

1999

Estudio de la reinserción laboral de personas trasplantadas de riñón y su relación con la terapia ocupacional en el partido de General Pueyrredón

Petrella, Gabriela Cecilia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/920>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TESIS DE GRADO

Tema:

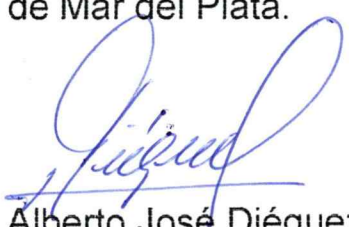
“ESTUDIO DE LA REINSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS TRASPLANTADAS DE RIÑÓN Y SU RELACION CON LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PARTIDO DE GENERAL PUEYRREDON”.

Autoras


Gabriela Cecilia Petrella


Claudia Rosana Rodriguez

Carrera: Licenciatura en Terapia Ocupacional.
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Universidad Nacional de Mar del Plata.


Director de Tesis: Dr. Alberto José Diéguez

Mar del Plata- Septiembre de 1999

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
inventario	Signatura top
1478	
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	



AGRADECIMIENTOS

Son muchos los agradecimientos a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de esta Tesis.

En primer lugar queremos agradecer a nuestro director, el Dr. Alberto José Dieguez, quién nos orientó y guió en este proceso.

Al Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Privado de Comunidad, por permitirnos realizar en el Servicio de Unidad Renal, nuestro trabajo de campo.

Y muy especialmente al Jefe de servicio, Dr. Introzzi, a los doctores Viva y Rubio, con quien trabajamos en forma más estrecha.

A nuestras familias, que nos apoyaron y acompañaron incondicionalmente, durante todos los momentos de nuestra carrera. A ellos nuestro más profundo y sentido agradecimiento.

A nuestros amigos, que estuvieron presentes, junto a nosotras con sus palabras de aliento.

A todos aquellos que con sus aportes y conocimientos, contribuyeron en esta etapa de crecimiento, maduración personal y aprendizaje.



INDICE

Introducción	3
Tema y objetivos	5

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO 1:

• Rehabilitación	6
• Salud y enfermedad	11

CAPITULO 2:

• Historia de la Terapia Ocupacional	16
• Rol del terapeuta ocupacional	22

CAPITULO 3:

• ¿Qué es la insuficiencia renal?	27
• Sistema renal	27
• Insuficiencia renal crónica	28
• Causas de la Insuficiencia renal crónica	28
• Factores de riesgo para el desarrollo de la Insuficiencia renal crónica terminal	29
• Evaluación de la Insuficiencia renal crónica terminal	30
• Sintomatología de la Insuficiencia renal crónica	31
• Consecuencias generalizadas de la Insuficiencia renal crónica	31
• Bases del tratamiento de la Insuficiencia renal crónica	33
• Diálisis peritoneal	36
• El trasplante renal	38
• La dieta	40
• Calidad de vida de los pacientes en diálisis	41
• Dimensión psicológica del paciente en diálisis	42
• Abordaje de la T.O. en la problemática del enfermo con Insuficiencia renal crónica en diálisis	46



CAPITULO 4:

• Los orígenes del trasplante	49
• ¿Qué es el trasplante renal?	51
• Supervivencia de pacientes y trasplante	51
• Receptores	52
• Donantes	52
• Complicaciones del trasplante renal	53
• Control ambulatorio en el trasplante renal	55
• ¿Qué se hace si el riñón trasplantado llega a perder totalmente su función?	56
• Hipertensión arterial	57
• Anemia	57
• Osteodistrofia renal	58
• Métodos de exploración para el seguimiento del trasplante renal	58
• Calidad de vida de las personas trasplantadas	59
• Estado actual del conocimiento	61

SEGUNDA PARTE

CAPITULO5:

Presentación de los resultados	64
• Definición de los términos fundamentales	66
• Operacionalización de las variables	69
• Tipo de diseño	72
• Población	73
• Muestra. Tamaño y selección	73
• Método e instrumento de recolección de datos	74
• Desarrollo del trabajo de campo	75
• Procesamiento de datos	75

CAPITULO 6:

Análisis e interpretación de los datos	76
Conclusiones	107
ANEXO	
Bibliografía	170
Encuestas	



INTRODUCCIÓN:

La problemática que viven las personas trasplantadas renales de la ciudad de Mar del Plata, en relación a las dificultades inherentes a la reinserción laboral, surge para nosotras como consecuencia de la experiencia compartida con algunas personas trasplantadas, durante la denominada "Semana Universitaria de la Donación de Organos" (Agosto, 1998). Dicha actividad fue un proyecto que generamos y concretamos, mientras realizábamos nuestra Práctica Clínica en la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

A partir de aquí comenzamos a plantearnos una serie de interrogantes: ¿qué dificultades encuentran estas personas cuando intentan recuperar su rol como trabajador?, ¿qué actitud adoptan los empleadores, frente a la demanda de empleo de una persona trasplantada renal?, ¿cuáles son los factores psicosociales que limitan la capacidad para integrarse a su vida laboral?, ¿Cuál es el rol profesional del T.O. en esta área? No encontrábamos respuestas concretas a estas preguntas..., no encontrábamos informantes claves que nos orientaran en nuestra búsqueda e inquietudes...

Actualmente se recurre a la implementación de políticas sociales, desarrolladas por instituciones específicas, responsables de la actividad trasplantológica a nivel local, que llevan a cabo, como paliativo, una acción asistencial.

Reconocer el carácter social del problema que sufre el trasplantado, nos lleva a identificar a una persona con connotaciones específicas y diferentes, valoradas negativamente por la sociedad.

No obstante, ante esta realidad, nuestro entusiasmo e interés nos impulsaron a realizar un análisis más profundo en el marco de nuestra Tesis de Grado.

La obtención de un trabajo resulta altamente deseable, ya que a través del mismo se logran los medios propicios para el sustento personal y su consecuente independencia y autonomía.



La falta de empleo o dificultad para la reinserción laboral del trasplantado, constituye una barrera que lo ubica en una situación de marginalidad y postergación social.

Consideramos que todo esto, atenta contra su salud psicofísica e integral, haciendo necesaria una intervención, dentro del marco de la dignificación humana, que tienda al logro de una auténtica calidad de vida.

Hoy en día gran parte de los trasplantados renales en nuestra comunidad, carecen de un empleo. La ausencia e interrupción de la ocupación, atentan contra su salud psico-física, generando un estado de estrés, y en consecuencia el riesgo de perder el órgano implantado. A este se suman otros factores tales como: la necesidad de redefinir su rol en la estructura familiar y social, la desocupación, el temor a su propia muerte y a la de un par, al sufrimiento, a las internaciones reiteradas por la vulnerabilidad a las enfermedades, a sentimientos de inseguridad, angustia y de inferioridad.

Para finalizar queremos destacar que este estudio abre un nuevo campo de investigación y práctica profesional, como así también la posibilidad de formar futuros terapeutas ocupacionales, capacitados en este tema.



TEMA:

“ESTUDIO DE LA REINSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS TRASPLANTADAS DE RIÑÓN Y SU RELACIÓN CON LA TERAPIA OCUPACIONAL, EN EL PARTIDO DE GRAL. PUEYRREDÓN”

OBJETIVOS GENERALES:

1. Indagar en las personas trasplantadas de riñón, las dificultades existentes para su reinserción laboral.
- 2.a. Indagar acerca de las políticas de incorporación de personas discapacitadas en las empresas locales.
- 2.b. Indagar sobre las actitudes de los responsables del área de personal y/o de recursos humanos, acerca de la contratación y/o empleo de las personas trasplantadas renales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Estudiar los factores psicosociales y de políticas laborales que inciden en la integración laboral del trasplantado renal.
2. Delimitar la incumbencia profesional del T.O, en relación con la inserción laboral del trasplantado renal
3. Sistematizar la bibliografía hallada sobre el tema.



Primera parte

CAPITULO 1



REHABILITACION

La rehabilitación es un término relativamente nuevo en la historia de la medicina, el campo de la misma se desarrolló durante y después de la segunda guerra mundial en respuesta a las discapacidades que afectaron a los soldados como consecuencia de las dos guerras mundiales y a la epidemia de poliomielitis en los años cuarenta. Ambos hechos presentaron exigencias y desafíos, que implicaron nuevos tratamientos, métodos y tecnologías de rehabilitación.

Cuando la enfermedad irrumpe en la vida de un sujeto dejando secuelas orgánicas o funcionales que disminuyen en grado variable sus capacidades, la rehabilitación es el medio terapéutico necesario para que se logre la reintegración del sujeto a su medio habitual de vida o la elección de un nuevo camino.

"La rehabilitación es un proceso de desarrollo de habilidades en relación al trabajo, tiempo libre y social de la vida diaria, que hacen posible la aceptación y superación de la enfermedad y su adaptación a un medio determinado, lo cual implica flexibilidad y efectividad para satisfacer y poder cumplir con los desafíos de la vida".(Las Heras 31,Modelo de Ocupación Humana).

El quiebre o desequilibrio generado por la enfermedad en la vida de un individuo, supone un problema que lo afecta no sólo funcionalmente, sino también en sus aspectos afectivos, familiares, sociales, económicos, etc.

Es así como se trata favorecer la adquisición de un nuevo sentido de la vida, que posibilite la aceptación de este nuevo estado, por medio del logro de una máxima recuperación. En tal sentido se establecen los siguientes objetivos :

1)cambiar la actitud del paciente hacia sí mismo tratando de que adquiera un nuevo concepto de su propia capacidad, a pesar de sus disminuciones físicas o psíquicas.

2)cambiar la actitud del grupo familiar, para permitir la participación activa del paciente como miembro de ese grupo.



3)cambiar la actitud y comportamiento de la comunidad para que lo acepte y respete como integrante de la misma con el cabal reconocimiento de sus derechos, deberes y obligaciones.

La función y el objetivo fundamental de los profesionales de rehabilitación, es el logro de una mejor calidad de vida y el más alto nivel de independencia posible en vista de las limitaciones psicofísicas de los pacientes.

La primera persona que destacó el enfoque holístico de la rehabilitación fue Marceline Yacques (1979), quien afirma que los profesionales deberían estar preparados para trabajar con los individuos como una totalidad, integrando todos sus aspectos.

Destacó la necesidad de que los mismos se informaran y estudiaran a cerca de la historia personal de cada individuo, indagando en su pasado y tomando conocimiento de los patrones constructivos que estas personas utilizaron en el pasado, como ayuda ante los desafíos presentes y futuros.

Enfatiza la necesidad e importancia de este enfoque holístico al reconocer que los problemas humanos tienden a juntarse.

Por ello es necesario la comprensión de todos los factores interactivos para determinar cuales son las intervenciones más efectivas.(Wright,1980).

La rehabilitación dirigida y encaminada hacia una u otra forma de reinserción social, industrial o vocacional del paciente, constituye la finalidad del terapeuta ocupacional, el cual trabaja apoyado en un enfoque interdisciplinario, que le permite unificar criterios, interrelacionarse, comunicarse y enriquecerse en forma recíproca. Esto favorece la coherencia en los planeamientos, la claridad y especificidad en los objetivos.

En un equipo interdisciplinario los integrantes del mismo trabajan juntos compartiendo roles con frecuencia. Las áreas de responsabilidad se determinan alrededor de casos individuales. La evaluación, el plan y el tratamiento se realizan en forma conjunta entre todos los especialistas de las diferentes disciplinas que constituyen el equipo.

Desde esta perspectiva la intervención del terapeuta ocupacional consiste en ayudar al paciente en la identificación y valoración de su



problema y en la utilización de las situaciones y actividades apropiadas a fin de desarrollar o recuperar sus aptitudes y capacidades en los aspectos físicos, psicosociales y económicos de su vida que lo promuevan a la adaptación y participación en su medio.

Dicha adaptación incluye la competencia para comunicarse, para establecer relaciones personales, como así también para lograr un desempeño satisfactorio en su vida laboral y disfrutar del tiempo libre. En síntesis, ocupar en la vida su lugar apropiado en la forma más conveniente.

Por lo tanto la rehabilitación desde T.O. es aquella que teniendo en cuenta la discapacidad adquirida, establece un plan de tratamiento cuyos objetivos están dirigidos a la recuperación funcional.

Lograda esta primera etapa se considera que el sujeto se encuentra en condiciones de ser evaluado laboralmente, a fin de relevar la existencia de una desventaja profesional, en relación a su ocupación anterior o a sus conocimientos o habilidades previamente adquiridos. Se inicia entonces el proceso de rehabilitación laboral, considerado éste como un proceso continuo y coordinado de acciones de adaptación y readaptación, cuya finalidad es la orientación, formación y ubicación de personas discapacitadas, a fin de obtener y conservar una ocupación adecuada.

El trabajo en la rehabilitación es aquel que restablece a las personas para " la más completa utilización física, mental, social, vocacional y económica de sus capacidades"(Duckworth, 1984).

Antes de describir y detallar el rol del terapeuta ocupacional en este proceso, es importante a los fines de este trabajo definir el término de rol.

El rol representa el tipo de conducta o pauta social situacionalmente apropiada, en términos de exigencias y expectativas de los que conforman un grupo.

El mismo se encuentra determinado por tres componentes: el cultural, el personal y el situacional, afectado por cada uno de ellos en distintos grados.



El rol es “una forma socialmente prescripta de comportarse en situaciones particulares para cualquier persona, que ocupa una posición social o status determinado”. (Coutu, pág.180)

En nuestro caso , haciendo particular referencia al desempeño del rol del terapeuta ocupacional podemos decir, que teniendo en cuenta los intereses y los roles de vida del paciente, el TO. Identifica la capacidad funcional y los déficit de los que es portador el sujeto.

Provee las actividades terapéuticas que mejoran el desempeño del paciente, de las tareas de autocuidado, trabajo y esparcimiento.(Spackman, pág.786).

Su rol está basado fundamentalmente en un mecanismo de interacción entre TO – paciente, en un vínculo dialéctico que comparte con el resto de las relaciones humanas fenómenos transferenciales y contra-transferenciales, en el que se juegan sentimientos, emociones y vivencias reactivadas.

Dentro de este proceso se establecen como metas el cambio de conductas, considerando importante la modificación en las relaciones con los demás para de este modo poder establecer la interacción con el mundo exterior.

La actividad, las acciones, la ocupación se presentan como medidas para lograr los fines del tratamiento, según el diagnóstico o patología.

La acción a efectuar no se elige libremente sino que se encuentra condicionada por el estado de enfermedad del paciente, por las características personales del mismo y por el momento de su evolución.

Por lo tanto el TO. está capacitado para analizar y entender cualquier tarea, trabajo o situación que se de en el área educacional, lúdica o laboral, indicando la tarea conveniente en particular en función de sus limitaciones orgánicas y del ritmo vital.

Como parte en el desempeño de su rol, es importante destacar la valoración crítica constante que el terapeuta ocupacional realiza de los progresos y resultados en los diversos tratamientos, posibilitando los ajustes y replanteos necesarios de los objetivos cada vez que estos sean requeridos.



La valoración debe entenderse como una observación organizada que necesita ser registrada, para sacar conclusiones y poder informar en forma clara y precisa al propio paciente, a su familia y al resto de los profesionales.

El primer paso de la intervención del terapeuta, es la recopilación de información en relación al paciente y a su situación. Una vez observada la acción, se evalúa también el resultado usando el razonamiento clínico para interpretar los datos, hacer los juicios necesarios y tomar decisiones en base a estos.

Con el término **evaluación** se designan al conjunto de acciones tales como examinar, medir, testear u observar al paciente, usando formatos estructurados y comparando el desempeño del mismo con parámetros estándares específicos.

El proceso a través del cual se determina el valor de los resultados en relación al individuo, se denomina **valoración**.

Estos dos procesos deben ir juntos y están estrechamente relacionados. La evaluación se limita a la recolección de datos, siendo independiente de la interpretación y de la valoración, la misma cobra sentido cuando se evalúa con un fin específico: obtener información precisa sobre la cual se pueda planificar, adaptar o concluir la intervención.

La evaluación puede ser:

- descriptiva: siendo una observación objetiva de la situación actual de la persona en comparación con alguna norma, escala o estándar predeterminados.
- valorativa: nota los cambios a través del tiempo.
- pronóstica o predictiva: relaciona al individuo con una relación dada en algún momento del tiempo futuro.



SALUD Y ENFERMEDAD

La salud como concepto no es uniforme para toda la humanidad, ni se ha mantenido idéntica a lo largo de la historia por lo que podemos decir que es un concepto dinámico y en constante evolución. Durante siglos la idea acerca de la enfermedad era la que indicaba el estado de salud.

En 1947, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) propuso la siguiente definición: "La salud consiste en un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente en la ausencia de enfermedad"(O.M.S, 1947,pág.1).

Esta definición abarca las tres características básicas de la salud:

- refleja el interés del individuo como un todo y no como el conjunto de sus partes.
- implica una visión de la salud en el contexto del medio interno y externo.
- identifica la salud con la creatividad y la productividad (Pender,1987,pág.17).

Sin embargo como cabía esperar esta descripción idealista e integradora, ha sido considerada a veces como inalcanzable y en gran parte inaplicable.

Por tal motivo es importante identificar a la salud como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder en forma positiva a los retos del ambiente.

Desde esta perspectiva la salud se considera como un recurso para la vida diaria, pero no como el objeto de la vida; es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas.

Los recursos básicos para la salud son los ingresos, la vivienda y la alimentación. La mejora de la salud requiere un nivel satisfactorio en estos aspectos fundamentales, pero supone también disponer de



información y habilidades personales. Requiere así mismo un entorno que la promueva y ofrezca oportunidades para poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y demás posibilidades. Se necesitan finalmente condiciones que favorezcan a la salud en el entorno económico, social y físico.

La O.M.S.(Organización Mundial de la Salud) y la O.P.S.(Organización Panamericana de la Salud), en 1992 establecen que la salud está determinada por cinco grupos de factores:

- factores biológicos, es decir las propiedades hereditarias (genéticas) de cada persona.
- El ambiente físico, influido por elementos inorgánicos (agua, aire, suelo, temperatura, sonidos, etc.), y aquellos de origen orgánico (microorganismos).
- El ambiente social, es decir las influencias de la familia y la sociedad sobre la salud psicofísica de una persona.
- Factores de estilo de vida, que ponen en riesgo la salud o de lo contrario evitan la enfermedad.
- Servicios de cuidado de la salud, importante determinante que no debe pasarse por alto, concentrándose prioritariamente en los problemas de salud evitables.

Teniendo en cuenta la complejidad del concepto de salud es que se han desarrollado diversos modelos y paradigmas que explican en qué consiste y cuál es su relación con la enfermedad.

Entre ellos podemos mencionar:

Modelo Clínico:

Define a la salud como un estado pasivo libre de enfermedad, una condición de relativa homeostasis (Dunn 1959.b, pág.447).

Por lo que se considera que la ausencia de síntomas determina el estado de salud.

Modelo ecológico:

Se basa en la interrelación de tres elementos que interactúan dinámicamente, por lo que la salud constituye un estado cambiante.



El huésped –persona o grupo pasible de suprimir o no una enfermedad.
El agente –cualquier factor que puede desencadenar o no una enfermedad, y el medio interno o externo –predisponete para la enfermedad. (Payne,1983.pág.394).

Modelo de capacidad individual:

Parsons, define a la salud en estos términos: "la salud es el estado óptimo de un individuo, que le permite llevar a cabo sus funciones en forma eficaz". (1972,pág.107). Por lo tanto, la enfermedad es la incapacidad de realizar un trabajo encomendado.

Consideramos que este concepto restringe el concepto de la salud a las capacidades individuales y desempeño laboral en la sociedad, sin tener en cuenta la variedad de roles sociales que ejercen la mayoría de los individuos, que no se los considera como un trabajo: ser padre, hijo, amigo, etc.

Modelo de adaptación:

El mismo se deriva de los trabajos de Dubos (1978), el cual define a la salud como un proceso creativo.

Los individuos se adaptan en forma activa y continua a su medio ambiente. Según las palabras de Dubos la salud es "la capacidad de cada persona de hacer lo que él quiere hacer y convertirse en lo que él quiere convertirse". (1978, pág.74)

La enfermedad surge en el proceso de la adaptación del individuo y el objeto de tratamiento es la recuperación de dicha adaptación.

La salud total consiste en la adaptación flexible al medio y su interacción recíproca entre individuo y medio ambiente, para obtener los mejores beneficios posibles (Smith, 1981, pág.45).

El principio fundamental es la estabilidad, aunque existe también un elemento de crecimiento y cambio.

Murray y Zentner definen la salud como "un estado de bienestar en el que la persona, es capaz de analizar los procesos de adaptación con fines determinados de forma física, mental, emocional, espiritual y



social, en respuesta a estímulos internos y externos, para mantener su estabilidad relativa, comodidad y para conseguir lograr sus metas personales y culturales" (1985,pág.4-5).

Hemos realizado hasta aquí una introducción en base a lo planteado por los distintos modelos antes mencionados, sobre el binomio salud-enfermedad.

Pasamos ahora a conceptualizar la visión de la salud desde Terapia Ocupacional.

El mantenimiento humano de la salud es un estado flexible entre el trabajo, el juego y las actividades de automantenimiento, las cuales se desarrollan y cambian a través de las etapas de la vida.(Christiansen.C.,Baum.C.1991).

En un estado saludable el individuo es capaz de adaptar y ejecutar los aspectos satisfactorios de vida y es capaz de funcionar adecuadamente en los roles elegidos, tanto en el aspecto personal, social como ocupacional (Wanda Mayberry, 1990).

[...] la habilidad de una persona para adaptarse y lograr finalmente el estado de salud, depende de la influencia de múltiples factores que pueden afectarlo tales como: posición socio-económica y legal, ideología política y religiosa, prejuicios sociales y étnicos, discriminación por sexo y edad, modificando la naturaleza psicobiosocial del individuo (Masagatani, G. 1998).

La vida requiere de un proceso continuo de adaptación, frecuentemente la enfermedad y la discapacidad, irrumpen en este proceso, y las personas resuelven sus problemas de adaptación, a través del compromiso en la ocupación, lo cual influye favorablemente en la salud.

La creencia acerca de que la ocupación es el medio y la habilidad únicos para mejorar y mantener la organización de los sujetos afectados por la enfermedad y el trauma, constituye el fundamento en el surgimiento de la Terapia Ocupacional.

Al respecto Reilly se expresa en estos términos: "ésta disciplina fue fundada y debe apoyar los principios postulados por las filosofías humanistas, lo que implica que su propósito inherente fue el de



proteger y mejorar la calidad de vida de la adaptación del paciente disfuncional" (De las Heras, C.G., pág.21).

La ocupación incluye, tanto las acciones conscientes como inconscientes, por medio de las cuales se manifiestan las emociones. El hombre está sano o enfermo en relación a las actividades o funciones expresadas en el mundo externo, en tal sentido, este y la ocupación se encuentran sustancialmente unidos, conforme a su naturaleza, descubre sus posibilidades y limitaciones.



Primera parte

CAPITULO 2



LA HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

La ocupación como medio de tratamiento se remonta y adquiere importancia desde el período de la magia y de la superstición.

La verdadera historia de la Terapia Ocupacional y de otras profesiones relacionadas con ella en sus orígenes comienza en la Edad Media, período de la historia caracterizado por avances científicos de idóneos en medicina que dieron origen a las distintas especialidades (cirugía, traumatología psiquiatría, etc.).

Posteriormente la sociedad se organiza según dos movimientos ideológicos importantes: el Humanismo primero y el Renacimiento después.

Durante el período del Humanismo, la sociedad se organiza según las normas religiosas, se enseñan los oficios de agricultura, el trabajo manual, el arte, la literatura, etc. El Humanismo hace hincapié en la dignidad y el valor de la persona. Uno de sus principios básicos, es que las personas son seres racionales que poseen en sí mismas, capacidad para hallar la verdad y practicar el bien. El término humanismo se usa con gran frecuencia, para describir el movimiento literario y cultural que se extendió por Europa, durante los siglos XIV y XV.

El Renacimiento corresponde al período de la historia europea, caracterizado por un renovado interés por el pasado grecorromano clásico y especialmente por su arte. Comenzó en Italia en el siglo XIV y se difundió por el resto de Europa durante los siglos XV y XVI. En este período, la fragmentaria sociedad feudal de la edad media, caracterizada por una economía básicamente agrícola y una vida cultural e intelectual dominada por la Iglesia, se transformó en una sociedad dominada progresivamente por instituciones políticas centralizadas, con una economía urbana y mercantil, en la que se desarrolló el mecenazgo de la educación, de las artes y de la música.

En el período del Renacimiento surge un espíritu creador y artístico en personas que supieron plasmar las dolencias físicas y espirituales del ser humano.



Desde épocas antiguas la belleza y el horror, la alegría y el dolor, lo bueno y lo malo, la angustia y el placer, la salud y la enfermedad, conviven en el ser humano.

Estas dicotomías más allá del avance científico y metodológico de los tratamientos, siguen subsistiendo en relación a las costumbres, hábitos y creencias.

Durante la etapa humanística y en relación al campo psicológico, el reconocimiento de la utilidad y necesidad de la ocupación como medio estimulante para la salud del paciente fue promovido por el Dr. Philippe Pinel, quien en 1791 en E.E.U.U. trabajó con pacientes psiquiátricos de ambos sexos, denominando al mismo Tratamiento Moral.

Las actividades desarrolladas con estos pacientes eran: carpintería, zapatería, talabartería, jardinería, granja y tejido.

El objetivo era estimular al paciente con actitud negativa a participar en dichas actividades, implementando el trabajo intrahospitalario como promotor de la salud.

Así mismo entre 1843 y 1889, también en los E.E.U.U., el Dr. Amariah Brigham, desarrolló diferentes actividades, teniendo como objetivo la implementación de la tarea, como un medio esencialmente curativo y el camino para salir del hospital a través de talleres.

A fines del siglo XIX con la Dr. Dorotea Lynde Dix, en Nueva York (EEUU), surge la ocupación como fenómeno productivo. Los hospitales eran manejados como pequeñas industrias en los cuales las ocupaciones desempeñadas por los pacientes, significaban por un lado un rédito económico para el Estado y por otro cumplían con un rol recuperativo, su principal fundamento fue la utilización de la mano de obra de menor costo y no la rehabilitación. Este momento histórico se denominó etapa económica.

En 1914, la Dra. E. Charlotte Reid propone el término de "ergoterapia", también surgen otros nombres como "tratamiento moral", "trabajos manuales" y "ocupaciones de inválidos", prevaleciendo el del Dr. George Barton como "Terapia Ocupacional", denominación que abarca al sujeto como una totalidad biopsicosocial.

En la etapa terapéutica, los precursores, los doctores Herbert Hall y D. Tracy en los años 1906-1910, desarrollan actividades reconocidas



como terapéuticas en su trabajo con pacientes psiquiátricos. Dentro de los objetivos que plantearon podemos mencionar :

- Crear el curso de capacitación en Terapia Ocupacional en Chicago en el año 1909.
- Capacitar a las enfermeras para realizar la formación en Terapia Ocupacional, como parte del curso de enfermería.
- Crear el órgano oficial para regir la profesión (1917).

Según la británica Evelyn M. Mac Donald , el surgimiento de la terapia ocupacional no fue casual ya que “a partir de 1850 se produjo una gradual emergencia de los distintos servicios terapéuticos suplementarios hasta convertirse en profesiones, formándose asociaciones, instituyéndose cursos de formación , y reconociéndose los exámenes de aptitud profesional.” (Sbriller Liliana, 1997, pág. 18).

Durante el proceso denominado Humanista, la terapia ocupacional se direccionó basada en los primeros principios que se organizaron en torno a la búsqueda del significado de la ocupación humana (bajo la influencia del tratamiento moral) y fueron:

- En primer lugar, los humanos fueron reconocidos como poseedores de una naturaleza ocupacional.
- Segundo, la enfermedad fue vista como poseedora de un potencial para interrumpir o romper la ocupación.
- Por último la ocupación fue reconocida como un organizador natural del comportamiento humano, que podría ser usado terapéuticamente para rehacer y reorganizar el comportamiento cotidiano. (Kielhofner, 1982, pág. 1266).

En la década del '30, momento en que la ocupación fue designada como “la acción cotidiana en su contexto físico, temporal y socio – económico” (Kielhofner y Gillette, 1979), estas premisas constituyeron el paradigma de la terapia ocupacional.

Durante este proceso el concepto de salud se definió como un estado de equilibrio, y la dolencia como el desequilibrio en la relación del hombre con su ambiente.

La terapia ocupacional basó sus objetivos en el crecimiento personal, favoreciendo los procesos de relación interpersonal y autoaprendizaje.



El tratamiento se centró en la relación terapéutica. Sin patrones preestablecidos ni divisiones del proceso en terapia ocupacional.

El abordaje o asistencia fue de tipo grupal, "Grupo de actividades" y el terapeuta ocupacional era un profundo conocedor de las relaciones humanas, y facilitador del proceso vivido por el paciente. La relación entre T.O. y paciente era mediatizada por la actividad dentro de un contexto natural y espontáneo.

"El Positivismo como corriente de pensamiento, constituye la nueva síntesis teórica de mediados del siglo XIX, ya que se acerca al Romanticismo en sus planteos antirrevolucionarios y conservadores y se aleja de él al reemplazar la fe en el dogma religioso por la fe en la ciencia experimental" (M.Taca,pág.93).

El triunfo de la ciencia significó el fin de las supersticiones. En el siglo XX este paradigma resultó altamente exitoso para la medicina y para el control de enfermedades infecciosas.

En estas circunstancias, "la concepción de la salud y alienación de las condiciones estructurales de la sociedad y de la reproducción social de la enfermedad son vistas como resultados de factores autónomos entre sí, asimismo, los de orden económico, las clases sociales y enfermedad, los individuos y sus síntomas son ahora estudiados por la óptica médica".(Léa Soares:1991).

Dentro de este marco los terapeutas ocupacionales abandonaron sus principios filosóficos y sociales, convirtiéndose en colaboradores de la medicina y poseedores de un status científico.

A partir de este posicionamiento la producción teórica de la terapia ocupacional estaría en relación a la postura adoptada con respecto al saber médico.

Dentro de este proceso positivista el concepto de salud se entiende como la ausencia de enfermedad, como proceso biológico vivido por el sujeto.

Tratar la dolencia y la patología se presentan como objetivo de la T.O, por medio de un tratamiento claro y definido. La planificación se basa en



una estructura rígida de procedimientos (objetivos prefijados, pronóstico, determinación de la duración del tratamiento y reevaluación). Lo cual establece un proceso artificial en el que el paciente debe adaptarse a condiciones rígidas.

La actividad surge como centro del proceso y medio viable para el logro de la mejoría del estado del paciente.

Se implementa la **actividad = ejercicio**, **actividad = producción** y **actividad = expresión** en salud mental.

El rol del terapeuta ocupacional adquiere importancia en función del cúmulo de conocimiento que éste posea, abalando su desempeño.

El abordaje es predominantemente individual, estableciendo un vínculo entre T.O.- paciente estructurado y objetivo, con una comunicación exclusivamente técnica y una participación pasiva del paciente que se somete y acepta los lineamientos del tratamiento.

La actividad = ejercicio surge en la década del '40 y '50, influenciado por el modelo médico-reduccionista. Se sistematiza la aplicación de actividades, se desarrollan ejercicios a partir del uso de las actividades que fueron analizadas a través de guías para permitir el desglosamiento, adaptación, selección y graduación de las mismas.

La actividad = producción se basa en la definición de productividad que considera al hombre como "una pieza dentro del sistema de trabajo y dentro del sistema general social debe adaptarse a él para no perjudicar el funcionamiento perfecto de estos.

La actividad fue utilizada a partir de entonces como instrumento para investigar, capacitar y entrenar a la persona en la realización de una tarea con eficiente uso de energía y tiempo (Sbriller, Liliana, 1997, pág.56).

La actividad = expresión es una modalidad que hace su aparición en las décadas del '50 y '60, basándose en el enfoque psicodinámico de la acción contempla el hacer humano cargado de contenido simbólico, la expresividad en las acciones.

Históricamente, la actividad = expresión prevaleció como medio facilitador de las relaciones interpersonales, lo cual destaca la diferencia



entre la actividad = ejercicio y la actividad = productividad que se expusieron anteriormente.

Definamos ahora el lugar que posee la Terapia Ocupacional en la actualidad.

Se trata de una profesión bien definida, cuyo interés no sólo está depositado en los principios éticos y de valoración, sino también en su posterior estudio y desarrollo.

A pesar de que su aplicación fuera al principio de carácter empírico, cada vez se hace más necesario y fundamental el trabajo del terapeuta ocupacional a través de los métodos científicos experimentales.

Yerxa Elizabeth (33, pág.199) sugiere adoptar diferentes puntos de vista de la ciencia considerándolos beneficiosos para el desarrollo de la profesión, siempre que se adapten a las siguientes premisas:

- 1) cada sujeto es una individualidad, siendo un ser dinámico y único.
- 2) la persona convive con otros en el medio y posee capacidades innatas para adaptarse.
- 3) la persona tiene un pasado y un futuro. Es un ser activo que tiene aspiraciones e intereses.
- 4) que es fuente de información creíble, sobre su experiencia de vida.

Se hace necesario entonces definir nuestro conocimiento, el cual involucra nuestra tradición y la convergencia de varias disciplinas científicas.

La Terapia Ocupacional es una disciplina científica, no es una ciencia, toma conocimientos de la medicina, psicología, ingeniería, antropología, y pedagogía, con la finalidad de mantener y favorecer el desarrollo del individuo, facilitándole de este modo la adquisición e integración personal – social.

Se denomina “ciencia” al cuerpo de ideas, que puede caracterizarse como conocimiento racional, sistemático, exacto, verificable y por consiguiente falible. La ciencia como actividad pertenece a la vida social y cultural siempre que contribuya al mejoramiento del medio natural y artificial.(Bunge,M. 1972,pág.7-8).



ROL DEL TERAPISTA OCUPACIONAL

“Toda profesión surge para dar respuesta a determinadas necesidades del medio. Lo que diferencia cada una de las profesiones es el saber delimitar y circunscribir su objeto de estudio, que nos llevará a conocer la coherencia interna entre éste, el perfil profesional, y las incumbencias para las cuales está capacitada”. (Nidia Martijena, pág.29).

La Terapia Ocupacional como disciplina terapéutica se basa en la recolección de datos, comprensión y manejo de la acción y cuya función sería provocar modificaciones en el estilo o la forma de trabajo del paciente hacia etapas más maduras del desarrollo.

El desarrollo es un proceso que posee características que lo definen como multidimensional porque abarca las dimensiones física, intelectual, emocional y social; integral ya que los cambios que se producen en un área influyen en otra, y continúa, es decir que dura toda la vida e interactúa con su ambiente biofísico y social. La meta final es el logro de una capacidad plena en cualquiera de sus dimensiones constitutivas.

El Terapeuta Ocupacional es el profesional capacitado para analizar, seleccionar, graduar e instrumentar los medios terapéuticos a través de actividades propias y otras que tienen características bordes, (compartidas con otras disciplinas), recreativas, socializantes, artesanales, industriales, de la vida diaria y el manejo de las relaciones interpersonales, en un encuadre que le es propio, a fin de **prevenir** la enfermedad, **mantener** y **favorecer** la salud, brindando asistencia profesional al paciente, realizando el análisis ocupacional y ubicación laboral. (definición de la UNDMDP. 1985).

“La constante evolución y modificación de la profesión se ha constituido en un problema a la hora de lograr una definición acabada. Sus objetivos son estudiar, investigar, prevenir, promover, tratar, orientar y rehabilitar la ocupación del hombre.



La ocupación del hombre como su objeto de estudio, comprende las tareas de producción y productividad, automantenimiento (alimentación, higiene, vestimenta, comunicación y otras actividades de la vida cotidiana), creación e invención y esparcimiento (recreación y tiempo libre): técnicas, usos y costumbres sociales y estilos singulares en los modos de ejecución.

Surgida originalmente en el área de la salud, su campo de acción se ha expandido rápidamente a la educación, minoridad, justicia, industria, ámbito comunitario y otros".(Liliana Sbriller, 1997 pág. 18).

El vínculo que se establece entre el T.O. y el paciente es la base esencial sobre la cual se irá desarrollando el **proceso terapéutico**. Dicho proceso aparece por la estrecha relación que se establece a través de la realización de una actividad: el proyecto.

El encuadre del proceso está constituido por el espacio de trabajo, tiempo, rol técnico, técnicas y métodos a seguir y materiales que se usan.

El vínculo es la estructura compleja que incluye al sujeto, al objeto, su interacción y momentos de comunicación y aprendizaje. Dicha relación entre sujeto y objeto es bidireccional, implica procesos de interacción, de intercambio, relaciones de interdependencia, de modificación mutua, de retroalimentación en la comunicación. La experiencia con el otro en la estructuración del psiquismo y el lugar que tiene el cuerpo en el vínculo tienen un lugar fundante.

(Pichón Rivière, 1980 pág.11).

El vínculo terapéutico, TO- paciente se constituye en el encuentro entre dos personas, una de las cuales expresa necesidades y expectativas, en tanto la otra se ofrece con sus conocimientos y experiencias. Existe por lo tanto una asimetría que proviene esencialmente del hecho que el T.O. posee una información e instrumentación que lo capacitan para abordar las necesidades que el paciente plantea.

La salud ha sido siempre el centro de interés y objetivo primordial de la Terapia Ocupacional.



La filosofía de la misma sostiene que el hombre puede influenciar y modificar el estado de su propia salud dentro de un proceso de actividades, favoreciendo el logro de una mejor calidad de vida.

Al comienzo se identificó a la Terapia Ocupacional con la rehabilitación pero el desarrollo profesional posibilitó la acción e incumbencia en el terreno de la prevención.

Las Naciones Unidas en su documento por el decenio 1983-1992, define a la prevención como: "la adopción de una serie de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas".

La prevención puede dividirse en cuatro instancias:

PREVENCION PRIMARIA: "comprende aquellos servicios que intervienen en los procesos sociales, económicos y familiares que conducen a la enfermedad. La vivienda inadecuada, oportunidades laborales mal compensadas, programas educativos escasos y mal enfocados, medidas inadecuadas de salud pública, facilidades recreativas mal conducidas y las tensiones resultantes de la discriminación, son problemas que ejercen un impacto grave y destructivo sobre la salud" (Willard y Spackman, 1973, pág. 123).

En estos problemas sociales el T.O. interviene con el fin de prevenir discapacidades físicas y psicosociales, y favorecer al logro de una mejor calidad de vida, implementando acciones graduadas y sistematizadas a nivel nacional, provincial y municipal.

Otra estrategia a usar por el T.O. es la educación comunitaria, utilizando los medios masivos de comunicación: prensa, radio, t.v., charlas en instituciones, conferencias, etc, así mismo es importante su participación en organismos de planificación y ejecución de proyectos de impacto comunitario, realizando capacitación y docencia e investigación.



PREVENCION SECUNDARIA: la misma se centra alrededor de la detección de la enfermedad potencial o temporaria y la intervención en el proceso con el fin de evitar la disfunción y la cronicidad.

El T.O. ejerce acciones graduadas y sistematizadas, colabora en el diagnóstico precoz de disfunciones y efectúa el tratamiento mediante métodos y técnicas adecuadas estableciendo como objetivo prioritario la recuperación psicofísica y funcional del individuo. ¿Cómo lo logra?

- a) Brindando asistencia profesional al paciente.
- b) Orientando al grupo familiar.
- c) Participando de un equipo interdisciplinario mediante la admisión, evaluación, tratamiento, como así controles y altas.

Las funciones que le competen al T.O. son **diagnóstica** (funcional), utilizando como instrumentos la entrevista y la evaluación y **terapéutica** en el desempeño del tratamiento.

PREVENCION TERCIARIA: el tercer nivel de prevención es el aspecto de la rehabilitación desde donde la Terapia Ocupacional ha contribuido al logro de la salud. La rehabilitación empieza en el momento en que el paciente es incapaz de recuperar todo cuanto tenía anteriormente o que es incapaz de alcanzar las destrezas que normalmente se consideran como formando parte del potencial humano. Este nivel de tratamiento se dirige a la prevención de la propia enfermedad, a evitar la pérdida de la función y de la autoconfianza.

Puede requerir la aceptación de ciertos aspectos de cronicidad, pero en modo alguno debe aceptar que el hombre es incapaz de mejorar su estado, por lo que la acción de la T.O. debe ayudar a aceptar pasivamente los efectos secundarios o tardíos de una enfermedad o un traumatismo. (Willard y Spackman, 1973 pág. 127).

En esta instancia el T.O. realiza:

- análisis ocupacional
- evaluación laboral
- orientación
- formación
- capacitación
- colocación selectiva, integrando al individuo a la sociedad como miembro útil.



El **profesiograma** es una técnica de registro que determina las capacidades del individuo y las exigencias del puesto de trabajo , de este modo está en condiciones de establecer un PERFIL y así cotejar ambos y seleccionar los puestos de trabajo que más se adapten sus posibilidades.

La orientación consiste en la rotación por distintos talleres para determinar sus intereses y desagradados y detectar la aptitud para determinados oficios.

El asesoramiento a los maestros de talleres en la formación y capacitación laboral y el control de aprendizaje se suman a las funciones del T.O. en esta área.

PREVENCION CUATERNARIA: se promueven acciones tendientes al desarrollo de la investigación al logro del máximo desempeño profesional en el ámbito educativo.



Primera parte

CAPITULO 3



¿QUE ES LA INSUFICIENCIA RENAL?

La pérdida de función de los riñones, independientemente de cual sea la causa se denomina insuficiencia renal.

Teniendo en cuenta la forma de aparición y, sobre todo la recuperación o no de la lesión, la insuficiencia renal se clasifica en aguda, subaguda y crónica. Por lo que podemos decir que la insuficiencia renal aguda se caracteriza por ser reversible en la mayoría de los casos, mientras que la forma subaguda lo es en menor frecuencia, y la crónica presenta un curso progresivo hacia la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT).

Las variantes de esta evolución dependen principalmente de la enfermedad causante, y dentro de la misma enfermedad, de unos pacientes a otros.

SISTEMA RENAL

Describiremos ahora como está constituido el sistema renal. El mismo comprende:

- dos riñones
- dos uréteres
- una vejiga urinaria
- una uretra.

Las principales funciones del riñón son:

1. Limpian el cuerpo de impurezas y eliminan los componentes químicos que están demás en la sangre y que el organismo no necesita, lo que realiza a través de la orina.
2. Eliminan el líquido extra que hay en el cuerpo.
3. Ayudan a mantener la presión de la sangre dentro de los límites normales.
4. Protegen los dientes y los huesos, evitando que pierdan minerales como calcio, que los mantiene fuertes y duros.



5. Ayudan a regular la producción de los glóbulos rojos.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Es un estado de enfermedad irreversible en el que los riñones no son capaces de llevar a cabo sus funciones de depuración y regulación hidroeléctrica, acumulándose en la sangre sustancias derivadas del metabolismo o de la dieta.

Es un proceso continuo cuyo comienzo se vincula con la pérdida de la función de algunas nefronas y finaliza ante la incapacidad que presentan el resto de las nefronas de mantener la vida del paciente, siendo necesario el comienzo de un tratamiento sustitutivo pudiendo ser el mismo la diálisis o el trasplante. Al estadio avanzado de la insuficiencia renal crónica se le conoce como uremia.

CAUSAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Las causas de enfermedad y las enfermedades renales son:

CAUSAS	ENFERMEDAD
Hipertensión , o elevada presión arterial no tratada, la cual causa daños en los pequeños vasos sanguíneos de los riñones. La nefroesclerosis es el daño sufrido por el riñón a causa de la hipertensión.	• Nefroangioesclerosis por hipertensión arterial.
Idiopáticas	• Glomerulonefritis crónica. • Enfermedad del colágeno, tal como el Lupus Eritematosos, es una enfermedad autoinmune y sistémica.
Obstrucción de vías urinarias	• Uropatía obstructiva, bloqueo causado por piedras en el riñón o por un defecto estructural congénito.
Infección Crónica , es la enfermedad más común de los riñones y del tracto urinario. Una infección severa de la	• Cistitis, es una infección de la vejiga. Los síntomas incluyen orinar frecuentemente de



vejiga puede llevar a una infección en el riñón. La repetición en las infecciones renales puede dar lugar a la insuficiencia renal.	forma urgente y dolorosa. Si no se trata puede ocasionar una infección renal. • Pielonefritis, es una infección renal. Puede presentarse sin síntomas, o con fiebre, dolor de espalda y escalofrío.
Condiciones hereditarias	• Poliquistosis renal • Enfermedad de ALPORT
Otras	• Accidentes • Daños causados por medicamentos, drogas, venenos y radiación. • Etc.

En los últimos años estamos asistiendo a un notable incremento de la nefropatía diabética y las causas vasculares (hipertensión arterial y arterioesclerosis) que en algunos países superan el 50% de las causas de IRCT. En tercer lugar se encuentran las glomerulonefritis, que son procesos inflamatorios del glomérulo. Otras causas como las nefropatías intersticiales son producidas por infecciones renales a repetición, abuso de algunos fármacos y otros motivos. Las enfermedades quísticas son hereditarias y en ellas los riñones presentan degeneraciones quísticas que acaban impidiendo su función. En todas estas enfermedades se afectan ambos riñones. La pérdida de un riñón por traumatismo u otra causa no produce IRC.

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE IRCT

Los cuatro factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la IRCT son la edad, la raza, el sexo, y los antecedentes familiares. La tasa de IRCT en adultos entre 65-74 años es seis veces superior que entre los de 20-44 años. Igualmente, las personas de raza negra presentan una tasa de IRCT tres veces superior que los blancos. Con relación al sexo, la incidencia de IRCT es mayor en los hombres que en las mujeres (entre 55 y 60% de los pacientes con IRCT son varones). A



pesar de esta mayor incidencia en los varones, algunas enfermedades causantes de IRCT son más frecuentes en mujeres.

En cuanto a la historia familiar en ciertas enfermedades como la poliquistosis renal del adulto, enfermedad quística medular, esclerosis tuberosa, enfermedad de Fabry, cistinosis, oxalosis, y enfermedad poliquística infantil, existen familiares con la misma enfermedad.

EVALUACION DE LA INSUFICIENCIA RENAL

La mejor forma de evaluar la función renal es mediante la valoración del filtrado glomerular renal (FGR) . Para explicar este hecho es necesario un breve recuerdo de la fisiología renal.

La unidad básica del riñón es la nefrona, de las que existen alrededor de 1 millón en cada riñón. Cada nefrona está formada por un componente que actúa como filtro, el glomérulo y un sistema de transporte, el túbulo. Parte de la sangre que llega a los riñones es filtrada por el glomérulo y pasa a través de los túbulos, donde se producen varios procesos de excreción y reabsorción que dan lugar a la orina finalmente eliminada. El flujo sanguíneo renal (FSR) es, aproximadamente en un adulto de 1.1 litro por minuto. De los 600 ml de plasma que entra en el glomérulo a través de las arteriolas, aproximadamente un 20% (125 ml/min) es filtrado, siendo conocido como filtrado glomerular renal (FGR). El FGR es, pues , el volumen de plasma filtrado por los riñones por unidad de tiempo. La cantidad de plasma filtrado al día es de 135 a 160 litros. Para prevenir la pérdida de líquidos entre el 98 y el 99% del FGR es reabsorbido por los túbulos, con lo que la cantidad de orina eliminada es entre 1 y 2 L/día.

En presencia de enfermedad renal, una o varias de las funciones descritas , están alteradas. Pero no todas las funciones están alteradas en la misma proporción. Si los 2/3 de las nefronas dejan de funcionar, pueden no producirse cambios significativos en el balance de agua, iones y otras sustancias, debido a las adaptaciones de las nefronas restantes. Así mismo, los cambios en la producción hormonal pueden pasar desapercibidos, siendo el cálculo del FGR la única forma de detectar la disminución en el número de nefronas funcionantes. Dado



que el FGR total es igual a la suma de la tasa de filtración de las nefronas funcionantes, la pérdida de 2/3 de las nefronas tendrá como consecuencia una reducción de 2/3 en la FGR total.

SINTOMATOLOGIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La mayoría de las enfermedades que causan IRC pueden, sobre todo en los estadios precoces, pasar totalmente desapercibidas. Los síntomas más frecuentes, si los hay, son:

- 1) los de la enfermedad causante de la afectación renal (orinas abundantes y sed intensa en el diabético, dolores de cabeza en el hipertenso).
- 2) orinas con espuma o de color oscuro.
- 3) Orinar varias veces por la noche (nicturia).

A medida que evoluciona la insuficiencia renal aparece irritabilidad, falta de apetito, vómitos, cansancio fácil y un gran número de síntomas como consecuencia de la afectación que se produce en todo el organismo.

CONSECUENCIAS GENERALIZADAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Son seis las alteraciones más importantes que se producen en órganos y sistemas y que se manifiestan a lo largo de la evolución de la IRC., que pueden presentarse como cuadros imperceptibles hasta una sintomatología florida.

Alteraciones hidro-electrolíticas: Durante la primera etapa de la IRC las nefronas sanas son capaces de mantener un buen equilibrio electrolítico. A medida que la enfermedad avanza y se destruyen más nefronas comienzan a aparecer en sangre un aumento del fósforo y del potasio al no eliminarse, disminuye el calcio porque se reduce la producción de vitamina D en el riñón y así mismo el sodio disminuye dada la dilución que se produce al retenerse agua.



Alteraciones hematológicas: Dentro de estas alteraciones las más frecuentes son la anemia y la tendencia al sangrado.

La eritropoyetina es la hormona producida por el riñón y encargada de estimular a la médula ósea en la producción de los hematíes (glóbulos rojos). El déficit en la producción de la misma genera anemia, que es compensada mediante tratamiento con eritropoyetina humana recombinante.

La tendencia al sangrado no se manifiesta a través de hemorragias espontáneas, pero es importante tener presente este dato en caso de cirugía. Las toxinas urémicas son las responsables en la alteración plaquetaria.

Alteraciones cardio.vasculares: Las cardiopatías isquémicas y los cuadros de insuficiencia cardíaca son predominantes en los pacientes con IRC.

En el desarrollo de la cardiopatía isquémica intervienen varios factores:

- hipertensión
- anemia
- trastornos en el metabolismo de los lípidos(grasas).
- engrosamiento de las paredes del corazón (hipertrofia ventricular izquierda).

A su vez, esta cardiopatía isquémica y la hipertensión desencadenan episodios de insuficiencia cardíaca, en los que también interviene el desarrollo de fibrosis del músculo cardíaco, producida por las alteraciones de calcio y por el ambiente urémico.

Alteraciones óseas: Las alteraciones en el manejo del calcio y fósforo y la disminución en la producción de vitamina D por el riñón, van a dar como resultado la intervención de las glándulas paratiroides que intentarán corregir estos defectos. Dichas glándulas, que en número de cuatro, se encuentran en el cuello detrás la tiroides, son las responsables de producir parathormona, hormona encargada de mantener las cifras de calcio y fósforo normales.

El aumento de esta hormona va elevar la eliminación del fósforo por el riñón y reabsorbe calcio del hueso. Todo esto dará como consecuencia la enfermedad ósea de la Insuficiencia Renal Crónica denominada



osteodistrofia renal, presentándose bajo dos formas principales: osteitis fibrosa y osteomalacia.

Alteraciones del sistema nervioso: Tanto el cerebro como los nervios periféricos pueden encontrarse afectados por los efectos de la uremia.

La afectación cerebral (encefalopatía urémica) es poco frecuente y se da generalmente en pacientes muy evolucionados y no controlados.

Por otra parte el compromiso de los nervios periféricos (neuropatía urémica), se manifiesta a través de adormecimiento, debilidad y dolores de pies.

Alteraciones en otros órganos: Las alteraciones más frecuentes a nivel endócrino se dan en las grasas, tendencia a la hiperglucemia, trastornos sexuales (impotencia sexual), y alteraciones en la menstruación (dismenorreas). La gastritis se presenta como una de las alteraciones más comunes del aparato digestivo.

BASE DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Se da comienzo al tratamiento sustitutivo de la función renal, cuando ésta ha caído por debajo del 10%, evitando y previniendo complicaciones graves que puedan ocasionarle la muerte al paciente.

Entre los tratamientos sustitutivos podemos mencionar: la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal (tratamiento quirúrgico de la enfermedad).

Hemodiálisis: es una técnica en la que mediante un circuito extracorpóreo se hace pasar la sangre del paciente por un filtro (dializador), con lo que se elimina el agua y las sustancias retenidas y se regula el equilibrio ácido-básico.

Para tal fin la sangre del paciente, mediante una bomba, circula a través de un circuito extracorpóreo que tiene colocado un dializador (filtro), y retorna nuevamente al paciente. El interior del filtro está formado por varios miles de fibras de celofán, las que tienen pequeños orificios microscópicos por los que circula la sangre, separados por una membrana semipermeable de una solución llamada líquido de diálisis. La función que cumple la membrana es no permitir pasar, de la sangre al líquido de diálisis, glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas (células sanguíneas) ni proteínas.



Para realizar hemodiálisis se necesita la máquina, la solución dializante, el filtro y un medio (vía de acceso) para conectar al paciente a la máquina. El tratamiento se realiza generalmente tres veces por semana con una duración de cuatro horas en las cuales entre 60-80 L de sangre pasan a través del filtro, produciéndose una depuración adecuada de sustancias y una pérdida del líquido acumulado durante las sesiones de hemodiálisis.

Vías de acceso para pacientes en hemodiálisis: Con el fin de lograr un flujo de sangre adecuado es que se hace necesario un acceso vascular mediante la inserción de un catéter en una vena de gran calibre, o realizando una fístula arterio-venosa.

Fístula arterio-venosa interna: esta se realiza mediante una práctica quirúrgica, uniendo una arteria con una vena gruesa del brazo lo que posibilita de este modo, un mayor flujo sanguíneo y calibre vascular.

Requiere de algunos cuidados y puede usarse luego de un mes de estar funcionando.

Fístula arterio-venosa externa: consiste en la introducción de una cánula en una arteria y en una vena, la práctica la realiza un cirujano, pudiéndose usar en forma inmediata.

Catéter subclavio: este catéter es colocado por el médico en una vena localizada cerca del cuello a nivel del hombro, y es de uso inmediato.

Complicaciones de la hemodiálisis

Las complicaciones pueden presentarse durante o después de la hemodiálisis.

Durante la hemodiálisis: existen dos tipos, las que están en relación con el paciente, y las propias del equipo.

Dentro de las primeras podemos mencionar: disminución de la presión arterial, calambres musculares, dolor de cabeza, dolor en el pecho acompañado de sudoración y frío.

En el segundo grupo se pueden incluir: embolia aérea, entrada de aire al paciente por ruptura o desconexión de las líneas, mal funcionamiento del calentador del líquido del dializador, ruptura del filtro, errores en el baño por defecto u omisión del concentrado.



Complicaciones después de la hemodiálisis: Hipertensión arterial, síndrome de desequilibrio (malestar general, dolor de cabeza, aumento de la presión arterial y convulsiones), sangrado espontáneo y calambres.

Cada persona tiene un modo particular de responder ante la realidad en situaciones similares. Lo que podría ser un factor positivo para una persona podría ser vivido como algo negativo por otra. Pero más allá de estas consideraciones en general se acepta que cada forma de hemodiálisis tiene las siguientes ventajas y desventajas :

Hemodiálisis institucional

Ventajas:

- El paciente tiene a su lado y en todo momento a profesionales entrenados.
- Puede llegar a conocer a otros pacientes.

Desventajas

- Las horas de tratamiento las fija el centro.
- Es necesario trasladarse al centro para recibir tratamiento

Hemodiálisis domiciliaria

Ventajas:

- Se puede realizar a la hora que el paciente lo decida, pero sin olvidar la frecuencia que indica el médico.
- No es necesario el traslado del paciente a ningún centro o institución.
- Genera un sentimiento de independencia y control sobre el tratamiento.

Desventajas:

- La participación de la familia en el tratamiento podría ser causa de estrés para los miembros de la misma.
- Requiere entrenamiento.
- Es necesario contar con un espacio físico en la casa para guardar la máquina y las provisiones.



DIALISIS PERITONEAL

El objetivo de esta técnica, al igual que en la hemodiálisis, es la depuración de sustancias que se acumulan en la IRC, a través de una membrana semipermeable, pero en este caso la membrana es el peritoneo.

El peritoneo es una membrana que envuelve, por un lado, las vísceras abdominales (peritoneo visceral), y por otro la pared abdominal (peritoneo parietal). Entre ambos existe un espacio (cavidad peritoneal) en el cual se infunde el líquido de diálisis, (aproximadamente 2 litros). Dada la gran vascularización que presenta el peritoneo, el paso continuo de sangre por sus paredes permite que por difusión se eliminen aquellas sustancias que están elevadas en sangre.

En la diálisis peritoneal es necesario implantar un catéter cuyo extremo interno se deja en la cavidad peritoneal y el externo sale por fuera de la pared del abdomen.

Existen tres modalidades de diálisis peritoneal, las más utilizadas hoy en día son la **diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)**, la **diálisis peritoneal cíclica continua (DPCC)**, y la **diálisis peritoneal nocturna intermitente (DPNI)**.

En todas las modalidades de diálisis peritoneal el principio básico es el mismo, infundir líquido de diálisis en el peritoneo. Mantener durante un período de tiempo variable dicho líquido, en el transcurso del mismo las sustancias acumuladas en exceso en la sangre pasan a la cavidad peritoneal por difusión. Y drenaje del líquido de diálisis al exterior para desecharlo y reanudar nuevamente la técnica.

En la diálisis peritoneal continua ambulatoria, el líquido de diálisis se infunde 4-5 veces al día en forma manual y se mantiene durante toda la noche.

En la diálisis peritoneal cíclica continua, el líquido peritoneal infundido se mantiene a lo largo del día en el abdomen del paciente y es drenado al acostarse, conectándose a una máquina que en forma automática



realiza los intercambios cada dos horas. Por la mañana se desconecta de la máquina y vuelve a infundirse el líquido que conserva durante todo el día.

La diálisis peritoneal nocturna intermitente presenta dos diferencias con la diálisis peritoneal cíclica continua, las mismas tienen que ver con los intercambios nocturnos más frecuentes que realiza la máquina a la cual el paciente permanece conectado y durante el día el peritoneo se encuentra vacío.

Una indicación muy importante a tener en cuenta en estas modalidades de diálisis es la asépsia rigurosa durante el intercambio de las bolsas de líquido de diálisis ya que al conectar y desconectar el catéter peritoneal se favorece el paso de gérmenes al peritoneo con el consiguiente desarrollo de peritonitis, siendo esta una de las complicaciones más frecuentes de la técnica.

A diferencia de la hemodiálisis, en la diálisis peritoneal es el propio paciente el que realiza los cambios en su domicilio lo que le otorga una mayor libertad.

Cada tipo de diálisis tiene sus **ventajas y desventajas**.

DPCA

Ventajas:

- El paciente puede administrarse por su cuenta el tratamiento.
- Tiene libre elección del horario que le convenga.
- Puede hacerla en distintos sitios.
- No se necesitan una máquina.

Desventajas:

- Desorganiza el día del paciente.

DPCC

Ventajas:

- Se puede realizar de noche mientras el paciente duerme.

Desventajas:

- Se requiere de una máquina y un ayudante.

DPNI

**Ventajas:**

- Por lo general, el procedimiento es administrado por profesionales.

Desventajas:

- Puede ser necesario concurrir al hospital.
- Requiere mucho tiempo.
- Se necesita una máquina.

EL TRASPLANTE RENAL

Es el mejor tratamiento sustitutivo para el enfermo con insuficiencia renal crónica, pero sin duda no todos los pacientes están aptos para ser trasplantados.

En primer lugar es importante aclarar que al ser el trasplante un acto quirúrgico implica riesgos, que no pueden ser asumidos por pacientes con ciertas patologías tales como: infecciones crónicas, problemas cardíacos, antecedentes de neoplasias, etc, como así mismo, el tratamiento posterior para evitar el rechazo supera los posibles beneficios del trasplante.

Para que un paciente con IRC sea incluido en una lista de espera, es necesario que se someta a una serie de estudios para descartar por un lado las enfermedades que contraindiquen el trasplante, y por el otro, definir el nivel de histocompatibilidad del paciente.

Todos los tejidos corporales contienen un conjunto de determinantes antigénicos propios de la persona como son el sistema HLA y el grupo sanguíneo. La búsqueda de compatibilidad donante-receptor se estudia a través de este sistema. Una vez conocido el HLA del donante se deben buscar los receptores con mejor compatibilidad. Luego de seleccionar a los receptores más adecuados, se realiza la prueba cruzada, que consiste en enfrentar suero del receptor con linfocitos del donante. Si el receptor tiene anticuerpos contra algunos de los antígenos HLA del donante, la prueba arroja un resultado positivo que frustra el trasplante, si en cambio es negativo el paciente es preparado para la intervención quirúrgica.



Los principales problemas que se presentan en el trasplante no están vinculados con la técnica quirúrgica, sino con el rechazo del riñón implantado, siendo el sistema inmunológico del receptor el encargado de esta repuesta, que considera extraños algunos de los determinantes antigénicos del órgano donado.

El éxito de las técnicas de trasplante depende en gran medida del desarrollo de procedimientos capaces de suprimir de manera transitoria esta respuesta inmune hasta que el riñón trasplantado se establezca en el nuevo huésped. Los fármacos inmunosupresores incluyen los corticoesteroides y principalmente la ciclosporina.

Sin embargo, al suprimir el sistema inmunológico del receptor, aumenta la posibilidad del desarrollo de infecciones y neoplasias.

Las posibilidades de rechazo son muchos menores cuando el riñón trasplantado procede de un familiar en primer grado, debido a que los determinantes antigénicos son mucho más compatibles, y en el mejor de los casos (gemelos idénticos), exactamente iguales.

Así pues, el rechazo y las infecciones han sido clásicamente las dos causas más frecuentes de complicaciones tras el trasplante renal. En la actualidad, las complicaciones cardio-vasculares están siendo una importante causa de morbi-mortalidad en el paciente trasplantado.

La supervivencia del trasplante renal es superior al 95% para el paciente y al 85% para el injerto en el primer año. La vida media de un injerto trasplantado con una aceptable compatibilidad es superior a los 10 años.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS EN EL TRASPLANTE RENAL

Ventajas:

- El nuevo riñón funciona como un riñón normal.
- El paciente se sentirá más sano.
- Impone menos restricciones en la dieta.
- No es necesaria la diálisis.

Desventajas:

- Involucra una intervención quirúrgica importante.
- Se impone la espera hasta que aparezca un donante.
- El trasplante puede fracasar como consecuencia del rechazo.
- La medicación está prescrita de por vida.



LA DIETA

Las recomendaciones sobre la misma en la insuficiencia renal varían según el momento de la evolución en el que se encuentra el paciente.

En las fases precoces, lo que se intenta es evitar aquellos factores que aceleran la evolución de la enfermedad renal.

Para evitar la desnutrición se recomienda ingerir proteínas de alto valor biológico (carne o pescado). No debe reducirse en exceso la ingesta de agua y sal, favoreciendo a cierto grado de deshidratación que repercuta negativamente en la evolución de la enfermedad.

En las fases más avanzadas no sólo se prioriza el intento por retrasar la evolución de la IR, es importante prevenir la aparición de síntomas urémicos, y sobre todo evitar transgresiones que puedan poner en riesgo al paciente (edema agudo de pulmón por excesos de líquidos y sal, arritmias por aumento del potasio sanguíneo, etc.). Además de reducir la ingesta proteica, debe vigilarse el aporte de agua y sal. Así mismo se tendrá cuidado con los alimentos ricos en potasio y se hace necesario utilizar quelantes de fósforo (carbonato cálcico) para controlar la enfermedad ósea. Los aportes de hierro, complejo vitamínico B y ácido fólico parecen necesarios en esta fase.

Llegada la etapa del tratamiento sustitutivo, el paciente debe incrementar el aporte de proteínas por encima de lo recomendado en un individuo normal, el motivo radica en la pérdida de aminoácidos que se produce durante la hemodiálisis o diálisis peritoneal.

La diuresis residual que pudiera mantener antes de comenzar el tratamiento sustitutivo, no disminuye sino desaparece, motivo por el cual es de suma importancia la reducción en la ingesta de agua y sal.

Deben vigilarse los alimentos ricos en potasio, ya que el riesgo de hiperpotasemia es alto. Es necesario continuar con el uso de quelantes de fósforo y en muchas ocasiones sumarle el aporte de vitamina D, al igual que los aportes de hierro, complejo B y ácido fólico. En todos los pacientes en esta etapa se utiliza eritropoyetina con el fin de evitar la anemia.



CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS

Para intentar una valoración de la calidad de vida de estos pacientes y una vez conocida la naturaleza de la enfermedad, llamada uremia, (correspondiente a la insuficiencia renal), es importante detenernos en los síntomas, aquellos que empeoran el bienestar clínico de los pacientes y su funcionamiento personal y social, mediatizados por el sistema nervioso.

Estos afectan principalmente el empeoramiento de las funciones cognoscitivas, estado consciente, funcionamiento muscular y control de algunas funciones como la regulación de la presión sanguínea y la temperatura corporal. Todos estos síntomas pueden mejorar y controlarse por el tratamiento de diálisis.

Una característica de la insuficiencia renal es que su gravedad aumenta con el tiempo, difiriendo en su rapidez de unos pacientes a otros.

Los síntomas incluyen una sensación de pesadez, fatiga fácil al esfuerzo, insomnio durante la noche y estado somnoliento durante el día, escozor, poco apetito, capacidad disminuida para prestar atención sostenida o para realizar ejercicios arrítmicos sencillos, o para expresar ideas en lenguaje algo superior al normal, memoria vaga, habla farfullosa, dolores de cabeza ligeros, interés sexual y potencia disminuidos, inquietud, irritabilidad emocional, náuseas, vómitos, temperatura corporal baja, sensación de frío, temblores musculares, calambres, "pies inquietos", hipo, temblor en aleteo de la palma y los dedos mantenidos en extensión, cambios de la personalidad paranoides y compulsivos: comportamiento extraño, ansiedad, desorientación, confusión, alucinaciones, tartamudeo, rigidez del cuello parecida a la meningitis, incapacidad de hablar, sordera, movimientos oculares a sacudidas, entumecimiento de las extremidades, vahídos, andar a tropezones y bandazos y parálisis variable.

El conjunto de síntomas mencionado caracteriza y define al síndrome urémico clínico reflejando claramente el desarreglo funcional del sistema nervioso, siendo los mismos reversibles y controlables mediante diálisis y trasplante.



DIMENSION PSICOLÓGICA DEL PACIENTE EN DIÁLISIS

La gran mayoría de estos pacientes, al ingresar a hemodiálisis desconocen la gravedad de su enfermedad y la perpetuidad del tratamiento, sin advertir que su vida de allí en adelante dependerá de un aparato. Por esto es importante decirles la verdad en cuanto al pronóstico y diagnóstico de la enfermedad, duración y características del tratamiento dialítico, que este no es curativo, ni detiene la enfermedad.

En este sentido, todo el personal de la unidad renal debe compartir un criterio común respecto de la información a suministrar.

La instauración de una enfermedad con las características de la insuficiencia renal crónica enfrenta al paciente con la amenaza de muerte.

La reacción de angustia concomitante va a manifestarse en cada enfermo de acuerdo con la estructura de personalidad previa.

Cuando se produce el fallecimiento de un paciente, se genera una situación altamente conflictiva por el proceso identificatorio establecido entre los enfermos y hay una toma de conciencia de la posibilidad de la propia muerte. Se pone en juego entonces en el paciente el mecanismo de **negación** que lo preserva de la angustia, olvidando rápidamente este episodio. Este mecanismo implementado ante una realidad dolorosa por un lado puede resultar exitoso y adaptativo; por otro puede transformarse en patológico, cuando esta negación de la realidad lo lleva a intentos de suicidio, al no reconocer la gravedad y pronóstico de su enfermedad. Dichos intentos de suicidio pueden presentar un carácter manifiesto o encubierto.

Dentro de los intentos manifiestos podemos mencionar el abandono del tratamiento, autoagresión, introdiálisis (arrancarse las tubuladuras), ingesta compulsiva de líquidos o alimentos ricos en sustancias nocivas para el enfermo.

Estas conductas se observan en pacientes con cuadros o episodios de descompensación psíquica donde la angustia invade al yo.

Los intentos encubiertos de suicidio se evidencian en la alteración o abandono de la ingesta de medicamentos, transgresiones dietéticas o en las alteraciones en el ritmo de asistencia al centro de diálisis.



La negación también se observa en el equipo asistencial, cuando se pierde de vista que los pacientes son terminales.

La angustia generada por la amenaza de muerte implicada en la enfermedad, origina otro mecanismo de defensa: la **regresión**. Se trata del retorno a una etapa del desarrollo ya superada evolutiva y cronológicamente, más primitiva que la actual.

Aquí es de gran importancia la personalidad previa del paciente, dado que el grado de regresión dependerá de la fuerza de los diferentes puntos de fijación libidinal y de la energía psíquica que implica toda pulsión de vida (en oposición a la pulsión de muerte).

Este mecanismo de regresión produce la reactivación de conductas infantiles, coadyuvadas por las características propias del tratamiento dialítico.

La imposibilidad de gratificación pulsional, produce la emergencia de agresión, que puede ser volcada a los demás a través de diferentes conductas (Ej. verbales) o hacia sí mismo.

Hay una agresión hacia el equipo asistencial, hacia su función y lo que representa para el paciente. La movilización de la agresión es una de las formas en las que se expresa la demanda del enfermo.

El personal adopta dos tipos de reacciones ante estos pacientes: o bien se los rechaza con conductas bruscas, agresivas o evitativas, como respuesta a la angustia ante el cuadro que presentan o se trata de sobreprotegerlos como una forma muy sutil de agresión.

Uno de los modos de comportamiento surgidos como resultado de la reactivación de conductas infantiles es la **dependencia**.

El paciente renal es muy demandante, especialmente en situaciones de angustia. Esta demanda, que refuerza la dependencia, nunca va a poder ser cubierta por el equipo asistencial o la familia, ya que lo que se demanda no es un objeto concreto.

El enfermo reproduce en la unidad renal su historia familiar y modos de vinculación temprana, generando relaciones afectivas muy intensas, ya sea de amor u odio entre éste y el equipo o con sus pares.



Es frecuente que el paciente tiende a dividir para reinar (actitud infantil) enfrentando a los miembros del equipo (elegidos vs. no elegidos) ahondando así los conflictos preexistentes en todo grupo humano.

La posibilidad de tomar conciencia de esta situación, por parte del equipo, adoptando un criterio común y corriéndose del lugar propuesto por el paciente, hace que se cumpla la función contención inherente a todo grupo asistencial.

Otra característica que estos pacientes presentan es la alteración del esquema corporal. Se trata de una representación psíquica compleja que se construye a partir de la temprana relación con la madre, de las primeras percepciones internas y externas. Las alteraciones corporales producen una modificación del yo. Por ello un acceso vascular permanente no solamente implica un cambio en el cuerpo sino que conlleva la modificación psíquica concomitante, a la que el yo debe adaptarse, siendo en algunos casos un proceso muy dificultoso.

El riñón artificial y las tubuladuras, cobran una dimensión de igual valor que el cuerpo del paciente, cuando determinados desperfectos en el funcionamiento del aparato pueden llevarlo a la descompensación o a la muerte.

La angustia ante la amenaza de muerte encuentra también su manifestación en el cuerpo, siendo los síntomas más frecuentes vómitos, mareos, hipotensiones, etc., que no tienen explicación desde la clínica médica.

Alteraciones sexuales: embriológicamente, tanto el aparato urinario como el genital tienen un origen común, por lo tanto, puede pensarse que un ataque hacia el primero puede ser sentido inconscientemente como una amenaza de castración psíquica en el orden genital.

En otro sentido la enfermedad y las vivencias relacionadas con ella adquieren gran importancia para el paciente, originando un repliegue de la libido hacia su propia persona, disminuyendo así el interés por el mundo externo.

Cuando el paciente ingresa a diálisis y se produce un alivio, la misma adquiere características ideales. Cuando el enfermo comienza a advertir su realidad este ideal cae, dando lugar a un proceso de depresión que es esperable que se produzca.



La situación de dependencia al tratamiento, la jubilación por discapacidad, las actitudes de sobreprotección y/o agresión y/o marginación que sienten o viven, las modificaciones corporales y las alteraciones sexuales lleven a estos pacientes a un sentimiento de inferioridad que será mayor o menor según la personalidad previa, el entorno familiar y social al que pertenezcan.

Los mecanismos de defensa puestos en juego ante esto permitirían en condiciones normales restablecer un cierto equilibrio como señal de adaptación a la situación.

La persistencia del cuadro depresivo pueden llevar al abandono del tratamiento y a la muerte.



ABORDAJE DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PROBLEMÁTICA DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIALISIS

Luego de haber caracterizado al enfermo renal desde todos aquellos aspectos mayormente comprometidos, hablaremos ahora acerca de los objetivos prioritarios en la rehabilitación psicofísica del mismo.

La terapia ocupacional para el paciente con problemas renales debe consistir en la evaluación y tratamiento de aquellas áreas afectadas por la presencia de los síntomas urémicos y por las consecuencias del tratamiento sustitutivo (hemodiálisis).

Se tendrán en cuenta las siguientes áreas:

- Destrezas físicas y motoras.
- Férulas.
- Resistencia y tolerancia a la actividad
- Actividades de la vida diaria
- Apoyo psicológico (Spackman, 1998, pág. 778).

Se evaluará del paciente con insuficiencia renal crónica el arco de movimiento, la fuerza muscular, y la coordinación, afectadas todas, generalmente como consecuencia de la evolución de la enfermedad y la perpetuidad en la diálisis.

Tanto el fortalecimiento muscular, con el fin de combatir el desuso de la musculatura proximal y distal, como el déficit en la coordinación, serán abordados a través de un plan de tratamiento que consista en ejercicios y actividades tendientes a controlar y mejorar dichos compromisos funcionales.

Los programas para ejercicios/actividades también favorecen el aumento de la circulación vascular.

Las complicaciones que comúnmente desarrollan estos pacientes en sus vías de acceso vasculares, predisponen a la deformidad en mano.

Es importante que el terapeuta ocupacional tenga en cuenta esta posibilidad para la indicación de una férula. Las férulas de posición se fabrican para prevenir deformidades, estando en relación con el lugar de acceso, y considerando cualquier precaución a seguir.



Es de fundamental importancia recordar que estos pacientes pueden tener neuropatías y sensibilidad disminuida lo que exige una minuciosa inspección visual de la piel, a fin de poder observar zonas de enrojecimiento que determinen la necesidad de modificar la férula.

Es significativa la baja tolerancia a la actividad que manifiesta el paciente con IRC, que se ve más acentuada los días que recibe hemodiálisis.

A través de un programa estructurado se puede aumentar la resistencia, modificando gradualmente el tiempo de tratamiento (intensificándolo), el número de repeticiones, y la dificultad en la tarea.

También son convenientes la simplificación del trabajo y la conservación de la energía para aumentar el nivel funcional a pesar de la baja tolerancia.

La evaluación de las actividades de la vida diaria debe ser completa y detallada teniendo en cuenta las necesidades del paciente mientras está internado y después del alta.

Deben evaluarse el equipamiento, asegurando la durabilidad del mismo, como así también las actividades de esparcimiento y tiempo libre e investigar intereses no-vocacionales.

Es de suma importancia tener en cuenta las reacciones psicológicas de estos pacientes, (detalladas anteriormente), que los asemejan a aquellos pacientes con enfermedades crónicas, en quienes son comunes los sentimientos de impotencia y depresión. Los cuales desmotivan y desinteresan al enfermo en su rehabilitación. Es necesario que el terapeuta ocupacional tenga en consideración todos estos factores en el planeamiento del tratamiento brindando un verdadero apoyo psicológico.

"La llave de una rehabilitación con éxito radica en alcanzar o restablecer un estado de dignidad personal al paciente. La dignidad debe desarrollarse hasta el punto en que el individuo ha alcanzado lo que Ericson llama integridad. El concepto que este término encierra es aplicable a cualquiera amenazado con una enfermedad terminal o



alguien que se vuelve dependiente de otros o de mecanismos artificiales.

En la adaptación, el individuo debe aceptar su propia vida y estilo de vida independientemente de otros estándares. La meta es la conciencia y la aceptación de que esta vida es importante y que no existe sustituto de esta vida y de este estilo de vida.

Si se alcanza, el individuo se vuelve menos temeroso de todas las amenazas físicas y económicas, y se acepta a sí mismo como ser valioso para la sociedad." (Freeman, Richard B. "Sustitución de la función renal", pág. 664).

Un paciente rehabilitado es la aceptación completa de todo tratamiento con todas sus implicaciones. El ha aprendido a vivir con su imagen corporal deficiente, con su problema renal, con su fístula y ha aprendido a aceptar que su situación no es reversible. La rapidez con que la rehabilitación psicofísica y laboral se consigue, depende de la buena orientación del tratamiento y de los siguientes factores:

1. La personalidad, madurez social, inteligencia y la sensibilidad de cada paciente.
2. Antecedentes de su enfermedad.
3. La facilidad con que el paciente vuelve a su empleo o consigue otro.
4. La calidad del vínculo del paciente con su familia y las relaciones de este con otras personas.
5. Las actividades del equipo interdisciplinario de salud para con el paciente.
6. El deterioro o rehabilitación que el paciente observe de sus compañeros.
7. La ayuda económica con que cuente para la hemodiálisis.

Los pacientes preparados con tiempo, antes de comenzar el tratamiento, por medio de una explicación detallada, logran una más rápida rehabilitación, al igual que las personas que mantienen un estímulo que los haga luchar por vivir.



Primera parte

CAPITULO 4



LOS ORÍGENES DEL TRASPLANTE

El sueño largamente acariciado por la humanidad se hace realidad cuando la sustitución de un órgano enfermo por otro sano, se constituye en la forma más espectacular de medicina reparadora.

En 1933 en Ucrania se realiza el primer trasplante de riñón humano al hombre practicado por parte de Voronoy. Se trasplantó el riñón de un cadáver de grupo sanguíneo B a una enferma de grupo O con fracaso renal secundario a intoxicación por cloruro de mercurio.

Este primer trasplante de riñón entre humanos resultó un fracaso. La receptora falleció a las 48 horas si haberse producido diuresis significativa por el riñón trasplantado.

Al principio de los años cincuenta se vive un momento histórico en el trasplante renal, un equipo americano y dos franceses ponen en marcha sus primeras experiencias en los trasplantes.

En 1953 Hume y cols. Publican los primeros resultados acerca de sus primeros nueve casos de riñones trasplantados en el mundo. La implementación de una técnica simple de implantación del injerto y trasplantectomía obedecía a escasa experiencia y pobreza en los resultados. En 1951 René Kuss pone a punto la técnica de trasplante renal habitualmente empleada desde entonces; riñón situado en la fosa ilíaca por vía retroperitoneal con anastomosis a los vasos ilíacos y reconstrucción urinaria por anastomosis uretrovesical.

El primer trasplante entre familiares se realiza el 24 de diciembre de 1952 en el Hospital Necker de París. Una madre dona un riñón a su hijo, un joven de 16 años que tras haber sufrido un accidente pierde su riñón derecho que le es extraído. Luego de la intervención quedó anúrico, y se descubrió que el riñón extraído era único. Seis días después, se le trasplantó el riñón izquierdo de su madre.

El injerto funcionó en forma inmediata, la mejoría del estado clínico y biológico del paciente se manifestaron rápidamente. A los 22 días del trasplante la función del riñón implantado fracasa como consecuencia de un episodio de rechazo que culmina con la muerte del receptor, teniendo



en cuenta que para entonces no existía otra posibilidad de tratamiento sustitutivo (diálisis) y no se conocían tratamientos para solucionar el rechazo.

“A finales de los años sesenta el trasplante renal seguía siendo una intervención experimental de elevado riesgo: entre un 30 y un 40% de los trasplantados con riñón de cadáver fallecían en el primer año, la sépsis era la primera causa de muerte. El porcentaje de riñones funcionantes al año del trasplante era muy bajo. A lo largo de los últimos 25 años el progreso en el trasplante renal ha sido constante: la mortalidad ha disminuido de forma notable y hoy es del 5% e incluso inferior en pacientes sin factores de riesgo.

Este progreso lógicamente también se ha traducido en un aumento de la supervivencia de los injertos. Al final de los setenta parecía que se había llegado al máximo conseguible: entre 60 y 70% de los riñones de cadáveres eran funcionantes al año del trasplante. En la última década se ha llegado a valores cercanos al 90%. Después del primer o segundo año del trasplante la pérdida porcentual está actualmente entre el 3 y el 5% por año.

El gran impacto del trasplante renal se produce a partir de la década de los ochenta, con la introducción de la ciclosporina .

La experiencia obtenida en el trasplante renal ha posibilitado la expansión y el progreso en el trasplante de otros órganos.” (Andreu.J, Torregrosa. JV., 1999).



¿QUÉ ES EL TRASPLANTE RENAL?

Como ya lo hemos mencionado en el capítulo anterior, en el cual hicimos una introducción al tema del trasplante, este es quizás la mejor alternativa de tratamiento para el paciente urémico crónico.

Al restituirse totalmente las funciones del riñón desaparece la uremia y casi todas sus complicaciones, posibilitando una mejor rehabilitación y la oportunidad de reasumir una vida normal.

La sobrevida del paciente y del implante renal son variables y dependen de múltiples factores que incluyen: edad, sexo, enfermedad original, enfermedades agregadas, tiempo y calidad del tratamiento dialítico, tipo del donador (vivo o cadavérico), características del donador y del injerto (estado de salud y funcionabilidad), histocompatibilidad, características de la operación, función inicial del injerto, centro de referencia, centro de trasplante, tratamiento inmunosupresor, etc.

SUPERVIVENCIA DE PACIENTES Y TRASPLANTES

Supervivencia en el 1º año:

-Trasplante de donante vivo:

- Supervivencia del paciente: 94% - 98%
- Supervivencia del trasplante: 86% - 95%

-Trasplante de cadáver:

- Supervivencia del paciente: 94%
- Supervivencia del trasplante: 80%

La mortalidad y la probabilidad de pérdida del trasplante son mayores en el primer año que en los siguientes y después del segundo año el riesgo anual de muerte o pérdida del trasplante es menor y casi constante. La supervivencia anual de los pacientes de los trasplantes después del segundo año varía entre el 90 y el 99%.



RECEPTORES

No existen criterios estandarizados para la selección de receptores de trasplante renal. Existe una larga lista de enfermedades que pueden causar enfermedad renal terminal; la misma se transforma en una condición necesaria y determinante para requerir de la posibilidad de un trasplante renal.

Los receptores de 16 a 45 años con enfermedad renal primaria son los que presentan un riesgo menor de morbi- mortalidad. Sin embargo la edad en sí misma no es ya una contraindicación de trasplante (se realizan trasplantes en pacientes con menos de un año y más de 70).

Se consideran contraindicaciones absolutas en la actualidad la enfermedad cardiovascular, las neoplasias malignas, las infecciones activas, la obstrucción del tracto urinario y los pacientes seropositivos para el virus del HIV, ante el riesgo de que el tratamiento inmunosupresor precipite el desarrollo de la enfermedad.

Los estudios de rutina que se les realizan a los candidatos al trasplantes se basan en una serie de pruebas analíticas, radiológicas y, en los pacientes diabéticos, de arterias coronarias. La valoración radiológica incluye:

- Radiografía de tórax
- Ecografía renal
- Ecografía de vesícula renal
- Cistouretrografía miccional para descartar reflujo renal y estenosis de uretra y comprobar la capacidad residual de la vejiga

DONANTES

Se realizan trasplantes de donantes vivos o de cadáveres.

Actualmente y a pesar de los tratamientos inmunosupresores , se obtienen mejores resultados con un donante vivo, especialmente si es un hermano o un pariente(siendo el donante ideal un gemelo idéntico), que con uno de cadáver.



COMPLICACIONES DEL TRASPLANTE RENAL

La colocación quirúrgica del injerto en el receptor desencadena una reacción inmunitaria humoral y celular que resulta de la activación específica de clonas de linfocitos citotóxicos y colaboradores dirigida hacia los antígenos de histocompatibilidad tipo I y II del donador, ésta reacción inmunitaria contra el injerto se conoce como reacción de rechazo. Para evitar esta respuesta se administran al receptor, desde horas antes del acto quirúrgico del trasplante, una serie de medicamentos que interfieran con la reacción inmunitaria (inmunodepresores : corticoides, azatioprina, ciclosporina).

El término **rechazo** significa no aceptación del órgano trasplantado.

El organismo puede expresar esta intolerancia mediante diversos mecanismos los cuales darán lugar a las diferentes formas de rechazo renal. Esta diferenciación de rechazo es importante pues cada una de ellas tiene una forma de expresarse clínicamente, un pronóstico diferente y un tiempo de presentación distinto. El rechazo se clasifica en hiperagudo, acelerado, agudo y crónico.

El rechazo hiperagudo supone la pérdida del riñón trasplantado, se debe a la presencia en la sangre del receptor de anticuerpos contra los antígenos HLA del donante. Se presenta en el mismo acto quirúrgico o en las horas que le siguen. Si se produce durante la operación, es llamativo ver como, una vez que el cirujano ha terminado la sutura vascular y permite el paso de sangre a través del riñón, la coloración rosada inicial del riñón se torna azulada, y el órgano pierde su turgencia. No hay tratamiento y se requiere la extirpación del órgano, a veces con carácter de urgencia. La única postura frente a éste tipo de rechazo es su prevención con la prueba cruzada previa al trasplante, aunque no siempre es posible. Afortunadamente es muy poco frecuente.

El rechazo acelerado se produce durante los primeros días después del trasplante y tiene una expresión clínica similar a la que se va a describir en el rechazo agudo.

El rechazo agudo supone la pérdida del equilibrio entre la respuesta inmune y el efecto de los medicamentos inmunosupresores. Se puede



expresar clínicamente de forma clara con fiebre, caída de la diuresis, subida de la creatinina y dolor en la zona del injerto motivado por la reacción inflamatoria de los tejidos próximos al riñón (el riñón trasplantado no puede doler). No siempre el rechazo agudo tiene una expresión clínica florida y en ocasiones las manifestaciones son tan inespecíficas, como por ejemplo en el caso de la fiebre, que es difícil hacer un diagnóstico; para ello es necesario recurrir a la biopsia renal que es el método clínico más exacto. El rechazo agudo se trata con dosis altas de esteroides durante tres días y aquellos casos que no respondan a este tratamiento se pueden tratar con globulina antilinfocítica o antitimocítica, o con anticuerpos monoclonales. Hay que destacar el alto índice de respuesta al tratamiento.

Además del rechazo agudo y la nefrotoxicidad existen otras causas que pueden llevar a una disminución de la función renal, aunque en forma crónica, como el rechazo crónico manifestado por proteinuria y declinación gradual de la función renal (causa principal de pérdida de injertos a largo plazo) y las glomerulopatías, ya sean de novo o recurrencia de enfermedad previa.

El tratamiento inmunosupresor antirrechazo, ya sea profiláctico o de rescate, trae consigo la otra gran complicación del trasplante renal: las infecciones, las cuales son variadas y en algunos casos graves, pueden llevar a la pérdida del injerto o poner en riesgo la vida del paciente (citomegalovirus).

Conforme pasa el tiempo del postrasplante y la función renal se conserva, el riesgo de complicaciones disminuye, ya que la posibilidad de rechazo agudo baja por la inmunotolerancia que se desarrolla y el riesgo de infección es menor junto con la reducción de la inmunodepresión.

Las complicaciones a largo plazo después de cinco años, casi siempre dependen de los efectos colaterales de los inmunodepresores (cardiovasculares, hepáticos, metabólicos, musculoesqueléticos y neoplásicos) y de la función renal con que curse el paciente.



CONTROL AMBULATORIO EN EL TRASPLANTE RENAL

Las mayores dificultades en el trasplantado renal se presentan en la primera etapa, es por tal motivo que necesita de un control muy estrecho hasta conseguir una estabilidad en su evolución.

Se cree que lo que ocurra en los tres primeros meses es un índice orientador del futuro del riñón trasplantado, siendo estos los que requieren de un control más riguroso.

Posterior al alta del hospital, durante las dos primeras semanas, el trasplantado debe llevar una vida tranquila; controlando la diuresis, la temperatura y el peso. En la consulta se realiza un examen físico con medida de presión arterial y control por palpación del tamaño del riñón trasplantado.

En esta etapa es habitual que exista alguna complicación es por ello que se hace necesario el control hasta alcanzar la estabilidad.

Durante esta fase, el paciente experimenta una mezcla de alegría por la nueva situación y de intranquilidad ante lo que pueda ocurrir. Las explicaciones a cerca de las complicaciones y la recuperación de las mismas, le ayudan a recuperar la confianza.

Junto con el examen clínico se le realizan exámenes de laboratorio de sangre y orina. Puede haber episodios de rechazo sin síntomas que sólo se manifiestan por la subida de creatinina en sangre.

Estos episodios de rechazo leves responden generalmente al tratamiento. La creatinina es una sustancia derivada del metabolismo de los músculos y se elimina por el riñón; por tanto un riñón afectado tiene menos capacidad para eliminar creatinina y su concentración en sangre se eleva.

Otros parámetros a evaluar en sangre son: leucocitos, hematíes, plaquetas e iones, y más periódicamente enzimas hepáticas, calcio, fósforo y cualquier otra especificación necesaria.

Pasadas las dos primeras semanas las visitas se van distanciando, a realizándose tres veces por semana. Estas normas no son estrictas y dependen del criterio del equipo médico y de la evolución del trasplantado.



Una mayor estabilidad llega a partir del tercer mes , aunque el rechazo agudo sigue siendo posible su frecuencia es significativamente menor. El trasplantado vive un estado de bienestar físico y psíquico, siendo este el momento más apto para integrarlo a una vida laboral activa si es posible.

Teóricamente no hay límite con un individuo sano de su misma edad; la persona trasplantada de riñón puede desarrollar una vida totalmente activa, realizando incluso trabajos pesados. Una vez superado el primer año de evolución habiendo logrado una función renal estable, la revisión se hace cada 3 –4 meses.

¿QUÉ SE HACE SI EL RIÑÓN TRASPLANTADO LLEGA A PERDER TOTALMENTE SU FUNCIÓN?

El criterio a seguir depende del momento en que esto ocurra, si sucede en una fase precoz se extirpa mediante cirugía, en cambio si sucede posteriormente a partir de los seis u once meses se intenta dejar en su lugar suspendiendo gradualmente la medicación inmunosupresora.

Muchas veces esto no es bien tolerado, apareciendo fiebre y dolor en la zona que ocupa el riñón trasplantado, manifestación esta del rechazo al injerto, ante lo cual se vuelve a administrar nuevamente la medicación inmunosupresora en dosis más bajas hasta que desaparezcan los síntomas para continuar luego con una nueva disminución hasta llegar a la supresión.

De este modo el paciente reingresa en programa de diálisis y en lista de espera de un nuevo trasplante. El haber rechazado el primer trasplante no implica repetir en una segunda oportunidad la misma experiencia.

Estudios realizados en Norteamérica demuestran que, a partir del tercer año, la causa más frecuente de pérdida del implante renal es el abandono de la toma de la medicación.



HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es una complicación que bien tratada, no debe representar ningún problema.

Se considera hipertensión arterial cuando la presión arterial supera los 150/90 mm de mercurio. Su frecuencia es muy variable, su origen es multifactorial y señala el aumento de renina en los riñones propios o del riñón trasplantado cuando existe un deterioro en su función, estenosis de la arteria renal y retención excesiva de agua y sal en portadores de trasplante renal con función renal afectada.

En los pacientes tratados con ciclosporina se ha observado una mayor incidencia de hipertensión arterial, se ha comprobado en estudios recientes que esta medicación puede favorecer la retención de sal.

Con dosis más bajas es posible que este efecto disminuya.

Es por ello que es necesario que el receptor de un trasplante renal tome conciencia de la necesidad de tomar precauciones en lo que a hábitos alimentarios, concretamente sobre la ingesta de sal, se refiere, junto con la utilización de la medicación necesaria para controlar la presión arterial.

ANEMIA

Es una de las manifestaciones más características de la insuficiencia renal crónica. De origen multifactorial, destaca la pérdida de la función renal, y se caracteriza por la reducción de la vida media de los hematíes y la disminución de la capacidad de la médula ósea para fabricarlos debido al déficit en la producción renal de eritropoyetina.

Cuando el paciente recibe el trasplante renal, la eritropoyetina producida por el riñón sano aumenta significativamente produciendo un incremento progresivo en la formación de hematíes en médula ósea, el hematocrito va aumentando alcanzando un 32 – 33%, la producción de eritropoyetina desciende hasta alcanzar cifras normales suficientes para que el hematocrito alcance su valor normal.



OSTEODISTROFIA RENAL

Con este nombre se denomina al conjunto de lesiones óseas producidas por la alteración de la secreción de una hormona llamada parathormona (PTH), la misma responde a la modificación de los niveles de fósforo y calcio en sangre, y por el déficit de una hormona fabricada por el riñón cuyo nombre es 1,25- dihidrocoleciferol , derivada de la vitamina D.

A partir del trasplante renal estas lesiones mejoran logrando una mejoría evidente, aunque no se da su corrección total en aquellos pacientes que llegaron con lesiones severas.

La rapidez con que después del trasplante renal la parathormona vuelve a su nivel normal es variable y depende del tamaño que alcanzaron las glándulas paratiroides, encargadas de fabricar dicha hormona, antes del trasplante.

El fósforo desciende cuando el riñón trasplantado comienza a funcionar adecuadamente siendo habitual que un 60-80% de los casos tenga niveles inferiores a la normalidad en los primeros meses después del trasplante, a excepción de aquellos en los que la parathormona sigue con valores elevados.

La osteomalacia producida por acumulación de aluminio en los huesos provoca importantes alteraciones limitando en ocasiones la capacidad funcional del paciente que luego del trasplante y en poco tiempo revierte considerablemente.

MÉTODOS DE EXPLORACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO DEL TRASPLANTE RENAL

Resulta de suma importancia el conocimiento sobre lo que ocurre con el trasplante, por ello es que se realizan determinadas exploraciones.

Lo ideal sería que estos métodos fueran no agresivos, carentes de riesgo y que brindaran la información deseada, aunque no siempre es así. Actualmente se cuenta con una multitud de métodos que ayudan a conocer los diferentes problemas y complicaciones que pueda presentar el trasplantado; destacan la ecografía, la ecografía- Doppler,



la citología aspirativa, la arteriografía, la resonancia magnética y la biopsia renal.

CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS TRASPLANTADAS

En un primer momento este concepto se utilizó para evaluar las condiciones de vida de la población en general, siendo esta una idea diferente de lo que se ha dado en definir como calidad de vida relacionada con la salud. Las variables consideradas en este término se relacionan con las condiciones de salud- enfermedad y su tratamiento concreto.

Para la evaluación de la calidad de vida se utilizan habitualmente los componentes que se corresponden con los definidos por la Organización Mundial de la Salud: Bienestar físico, emocional y social.

Teniendo en cuenta estas tres dimensiones, es interesante plantear la diferenciación entre calidad de vida objetiva y subjetiva.

La calidad de vida objetiva está en relación con los componentes de cada una de las tres dimensiones antes mencionadas, cuantificables en función de criterios externos. Mientras que la calidad de vida subjetiva hace referencia a la percepción del propio paciente de su estado físico, emocional y social; en todos los casos las condiciones ideales para valorar la calidad de vida de los pacientes se relacionan con la valoración tanto de 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 el enfermo de su calidad de vida actual (Magaz, 1992).



COMPONENTES		
FÍSICO	EMOCIONAL	SOCIAL
Clínicos	Bienestar emocional	Sexualidad
Supervivencia paciente	Afecto psicológico	Rehabilitación laboral
	Satisfacción vital	
Comorbilidad		Interacción social
Hospitalización		
Capacidad funcional	Depresión	Manejo del hogar
Capacidad de trabajo	Ansiedad	Ocio
Estado de salud	Autoestima	Relación familiar
Bienestar físico		

La mayoría de los estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud incluyen alguna de las variables que aparecen en la tabla.



ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

El trasplante renal es una modalidad terapéutica que favorece una mejor calidad de vida, en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Hoy en día, existen investigaciones que ponen de manifiesto la mejoría que implica el trasplante renal, tanto en la dimensión objetiva como subjetiva de la calidad de vida relacionada con la salud.

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.

La recuperación favorable de las personas trasplantadas, tiene una repercusión positiva en el estado emocional y en la adaptación social de los mismos, así como en la percepción subjetiva de la salud.

Según estudios, desde un punto de vista objetivo, el bienestar físico se puede evaluar utilizando como criterio las complicaciones clínicas, que parecen ser menos frecuentes en el paciente con trasplante renal funcionando.

Al evaluar la rehabilitación física de éstos pacientes se considera como otro dato útil la valoración de su limitación funcional. Con respecto a este punto existe bastante coincidencia entre los distintos autores, en cuanto a la menor limitación funcional de las personas con trasplante renal.

"El 80-85 % de los trasplantados presenta una capacidad funcional normal, mientras que este porcentaje es menor en los pacientes en diálisis". (Evans, 1985).

A pesar de las disidencias que en general existen con respecto a la capacidad para trabajar, numerosos estudios muestran que ésta es superior en los pacientes renales trasplantados, (Christensen, 1991).

A partir de la valoración de lo que piensan y sienten las personas trasplantadas, se ha podido evaluar el bienestar emocional, teniendo en cuenta el aspecto psicológico, la satisfacción de vida y bienestar. Los resultados en éste aspecto son mejores en los trasplantados, en comparación con los pacientes en diálisis. (Evans, 1985).



Otros estudios (Simmons, 1981) señalan y confirman una evolución positiva en el aspecto psicológico de estas personas, a través de un claro incremento en su autoestima, independencia y sentimiento de control de su destino.

No se manifiestan variaciones en los niveles de ansiedad como consecuencia de la posible pérdida del injerto.

Christensen y cols. 1991, realizan un estudio prospectivo confirmando el efecto positivo del trasplante renal en el bienestar del paciente y grado de depresión, variables valoradas en un grupo de pacientes en las etapas previas y posteriores al trasplante.

Evaluando el bienestar social, en donde se incluyen las relaciones se observa que estos vínculos mejoran en los pacientes trasplantados, influyendo positivamente sobre la unidad familiar. También otros factores importantes que se ven favorecidos a partir del trasplante renal son las dificultades en la interacción social, en el manejo del hogar y en el ocio, parecen disminuir.

Un aspecto fundamental a considerar dentro del bienestar social, es la rehabilitación laboral. "Aproximadamente el 65% de los pacientes en hemodiálisis trabajan (tiempo parcial o completo) un año antes del inicio del tratamiento, tras iniciarse éste el porcentaje de enfermos que trabajan desciende en forma espectacular, alcanzando solamente el 25% de los afectados. Este descenso no es tan importante entre los trasplantados (65% antes del inicio del tratamiento y 46% después). (Evans 1981).

Otros autores hablan de porcentajes de hasta el 82% de pacientes trasplantados de 5 a 9 años de post-trasplante renal, que trabajan o estudian. (Simmons 1982).

Laupacis y cols. Han realizado un estudio en 1995, señalando que el 51% de los pacientes con injerto funcional, desarrollan una actividad laboral. De igual modo estos autores en su estudio realizaron una valoración global teniendo en cuenta los aspectos físicos, funcionales y sociales de la calidad de vida en la persona trasplantada renal,



registrando en todos estos campos resultados relevantes en cuanto a la mejoría de estas personas.

Un trabajo realizado en Japón (Ohkubo, 1995) recoge también varios aspectos de la mejora en la calidad de vida, destacando el grado de satisfacción de los trasplantados.

Hasta aquí hemos detallado aquellas investigaciones que nos sirven como antecedentes de la problemática en diferentes países, continuamos ahora con un breve comentario sobre la realidad actual en la ciudad de Mar del Plata y Partido de Gral Pueyrredón.

Entre la población trasplantada de nuestra localidad, existe un alto porcentaje de personas, que no ha podido reinsertarse en la vida laboral anterior y/o en nuevas ocupaciones.

Se viene también observando, que las Instituciones específicas a cargo de la actividad trasplantológica, realizando una acción asistencial de apoyo para la satisfacción de las necesidades básicas. Todo esto estaría indicando la falta de actividad laboral e ingresos económicos de esta población. Dichas Instituciones locales y provinciales, desde su área de Servicio Social gerencian e intentan resolver las problemáticas vinculadas con los aspectos socio-familiares y económicos del trasplantado.

Los medios que se implementan para tal fin, son la autogestión y la formación de redes solidarias de soporte social.

Dentro de este proyecto podemos mencionar:

- microemprendimientos productivos;
- club del trueque;
- convocatoria para la organización de cooperadoras y/o asociación civil de pacientes;
- propiciar sistemas de práctica y/o pasantías de trabajo social.

Por último, cabe destacar, que previamente y durante la elaboración de nuestro trabajo de Tesis, nos abocamos a la revisión bibliográfica y de los trabajos anteriores relacionados con la temática, descubriendo a partir de esta búsqueda que el material bibliográfico es escaso o nulo a nivel local.



Segunda parte

CAPITULO 5



PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

Hemos destinado este espacio para la presentación de los resultados obtenidos mediante la implementación de las entrevistas realizadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, a las personas trasplantadas renales. Las mismas han sido intervenidas quirúrgicamente en la mencionada Institución y actualmente concurren para control médico.

Se presentan los resultados según las variables de estudio incluidas en el objetivo general que hace referencia a la reinserción laboral de las personas trasplantadas de riñón. Se incluyen las variables intervinientes según los objetivos específicos que se relacionan con el estudio de los factores psicosociales que inciden en la integración laboral de las personas entrevistadas; según el siguiente orden:

1. Variables de atributo

- **Sexo:** femenino- masculino
- **Edad:** número de años cumplidos según lo exprese el entrevistado.
- **Estado civil:** soltero, casado, viudo, divorciado.
- **Nivel educacional:** primario, secundario, terciario, universitario.
- **Trasplantes realizados:** 1º trasplante, retorno a hemodiálisis, 2º trasplante.

2. Variables de estudio y variables intervinientes

- **Grupo familiar**
- **Esfera personal**
- **Situación vincular**
- **Situación laboral**
- **Relaciones sociales y recreación**
- **Seguimiento clínico y pautas de tratamiento.**



A nivel Institucional:

- **Entidades empresariales**
- **Personas que integran la conducción**
- **Incidencia de políticas para el sector**
- **Políticas específicas de reinserción laboral**
- **Características del desempeño laboral del empleado con discapacidad**

Así mismo se presentan también los resultados de las entrevistas efectuadas a los Jefes de Personal de Empresas estatales y privadas de nuestra ciudad.

Los resultados obtenidos vinculados con las variables intervinientes en el objetivo de indagar acerca de las políticas laborales empresariales a nivel local, serán presentados a través de los respectivos gráficos y comentarios.



DEFINICIÓN DE LOS TERMINOS FUNDAMENTALES DE LA INVESTIGACIÓN

REINSERCIÓN LABORAL

Definición científica:

Se define así al proceso de reintegración de un individuo a una actividad productiva, brindándole los medios necesarios para adaptarse a la misma. Favoreciendo el ejercicio de sus derechos y obligaciones, de acuerdo con sus capacidades y desarrollo de su potencial psicofísico, en contraposición a los procesos de marginación y exclusión.

Definición operacional:

Para el presente estudio consideramos que implica:

- el nivel de conocimiento y cumplimiento de las Leyes de empleo por parte de los encargados del área de personal.
- el grado de información de las características, necesidades y derechos de las personas trasplantadas renales.
- la integración y relación con compañeros de trabajo y personal jerárquico
- la eficiencia y calidad del trabajo
- los horarios laborales
- la adaptación del puesto de trabajo o tarea.

PERSONAS TRASPLANTADAS DE RIÑÓN

Definición científica:

Son aquellas personas que mediante una práctica quirúrgica, han recibido la implantación de un riñón proveniente de otro individuo (donante), como consecuencia de la pérdida completa de la función de sus propios riñones (receptor). Consiguiendo a través de este



procedimiento la restitución total de la función renal, y la oportunidad de reasumir una vida normal.

Definición operacional:

Consideramos personas trasplantadas de riñón, a todos aquellos sujetos que a través de esta modalidad terapéutica, ven favorecida su calidad de vida, repercutiendo positivamente en su:

- estado físico
- estado emocional
- percepción subjetiva de la salud
- adaptación socio-laboral

RELACIÓN

Definición científica:

Toda conexión o vínculo entre dos o más personas o grupos, que surge de la interacción que se produce entre ellos.

RELACIÓN CON LA TERAPIA OCUPACIONAL

Definición operacional:

La Terapia Ocupacional como disciplina terapéutica, utiliza las actividades como medio viable para mejorar el desarrollo e incrementar en el sujeto la función independiente.

Incluye la adaptación a las tareas o el ambiente, con el fin de alcanzar la máxima independencia y mejorar la calidad de vida. La T.O. implementa la actividad como ejercicio, modo de expresión o producción. La actividad es utilizada en este último aspecto, como instrumento para capacitar y entrenar a la persona para la realización de un trabajo o tarea determinada. Es a partir de una actividad productiva que el sujeto



asume un rol social y se siente reconocido, se fortalece su autoestima y promueve una evolución positiva de su salud psicofísica.

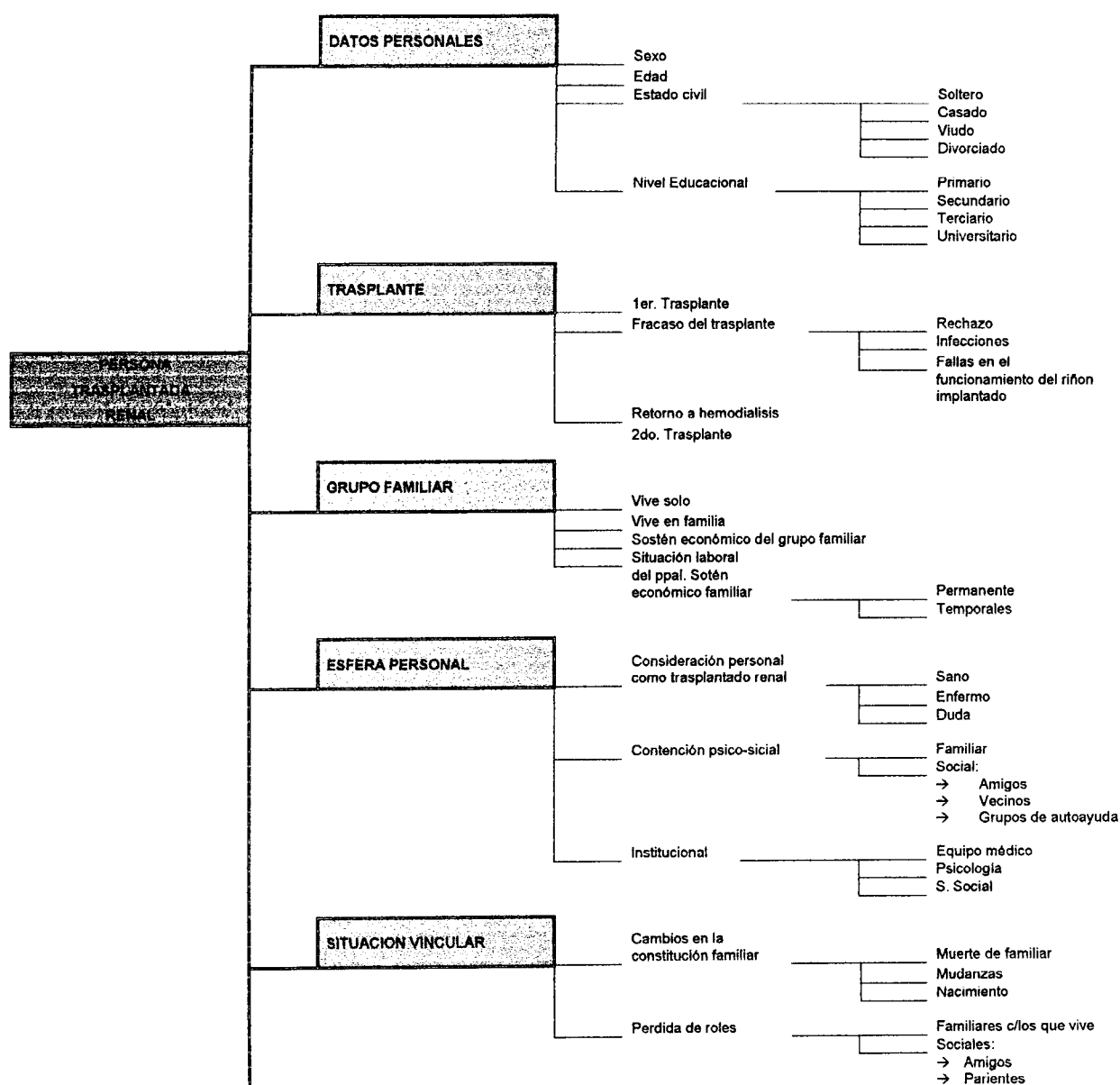
Destacando en su relación con la reinserción laboral del trasplantado de riñón, los siguientes objetivos:

- Apoyar y orientar en la identificación de intereses, habilidades y necesidades de trabajo.
- Posibilitar la adaptación y el desempeño laboral
- Favorecer la toma de conciencia acerca de sus posibilidades en el mercado laboral, y de su capacitación laboral.



OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

En función del estudio del presente trabajo, hemos operacionalizado distintos aspectos que hacen a la reinserción laboral del trasplantado renal y a las características de las empresas seleccionadas para la presente investigación. Ambas se diagraman en los siguientes cuadros.





SITUACION LABORAL	
Ocupación anterior	
Ocupación actual	Horario Relación c/empleador Relación c/compañeros de trabajo Tipo de tarea
Modificación de los ingresos	Aumentaron Disminuyeron No se modificaron
Motivo por el cual no trabaja	Por su condición de trasplantado Por problemas físicos No quiere trabajar No hay trabajo Jubilación por invalidez No contesta
RELACION SOCIAL Y RECREACION	
Actividades pasivas	Leer Mirar TV Escuchar música/radio Actividades manuales: → Jardinería → Moldería en yeso → Cotillón → Mantenim.del hogar → Otras: computación
Actividades Físicas	Caminar Correr Andar en bicicleta Deportes: fútbol Otras: gimnasia
Actividades Sociales	Salidas c/familiares Salidas c/amigos Otras salidas: → Vacaciones → Paseos → Ir a bailar Actividades religiosas Actividades socio-culturales: → Soc.de Fomento → Clubes → Bibliotecas → Exposic./muestras
SEGUIMIENTO CLÍNICO Y PAUTAS DE TRATAMIENTO	
Toma la medicación del modo indicado	Si No
Control médico (frecuencia)	
Estudios de laboratorio	Sangre Orina
Otros estudios	Electrocardiograma Biopsias
Hospitalización en el último año (causa)	
Contraindicación de actividades	Si No
Prescripción de periodos de descanso	Si No



EMPRESAS DE MDP	Profesión del entrevistado	
	Cargo del entrevistado	
	Implementación de políticas de incorporación de personas discapacitadas-año	
	Cantidad de personas discapacitadas empleadas	
	Problemas de integración y relación con el resto de los empleados	☐ Si ☐ No ☐ Otros
	Modificación en la eficiencia y calidad del trabajo	
	Cumplimiento en la asistencia	
	Cumplimiento en los horarios laborales	
	Modificación de la carga horaria	
	Adaptación del puesto de trabajo o tarea	
	Resultados de la implementación de las políticas de empleo	☐ Muy bueno ☐ Bueno ☐ Regular
	Nivel de conocimiento de la ley de empleo por parte del entrevistado	☐ Total ☐ Parcial ☐ Nulo
	Consideración acerca de la persona trasplantada renal por parte del entrevistado	☐ Sano ☐ Enfermo ☐ Discapacitado ☐ No sabe ☐ No contesta
	Empleados trasplantados renales en la empresa	☐ Posee ☐ No posee



ASPECTOS METODOLOGICOS:

Tipo de Diseño:

El diseño de nuestra investigación es de tipo no experimental, ya que nuestra intervención se vincula con la recolección de datos, es decir, explicar diversos fenómenos, sin intentar introducir cambios en la experiencia.

El estudio que hemos realizado es de carácter exploratorio-descriptivo, cuya finalidad se centra en el descubrimiento de ideas y aspectos profundos, relacionados con el trasplante renal. Describir con precisión las características de dichas personas, especialmente en relación a los factores: emocionales, familiares, clínicos, socioeconómicos y fundamentalmente las posibilidades laborales que influyen sobre la población seleccionada como objeto de estudio.

Metodológicamente, la primera etapa que nos planteamos fue la detección de bibliografía y documentación específica sobre el tema de ésta tesis, a nivel nacional e internacional. Encontramos abundante material bibliográfico especialmente en el ámbito internacional, que hacen referencia a la situación clínica del paciente en hemodiálisis, momentos quirúrgicos del trasplante y cuidados posteriores a la intervención. Respecto a la información relacionada con las posibilidades laborales de las personas trasplantadas renales, encontramos que es escasa.

La búsqueda de datos bibliográficos, que abarcó desde mayo de 1998 hasta julio de 1999, se realizó en: Biblioteca de las Naciones Unidas, Centro Médico de Mar del Plata, Biblioteca Pública Municipal, Biblioteca Central de la UNMDP, Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Hospital Privado de Comunidad De Mar del Plata. Recibimos información por vía Internet y por medio de e-mail con profesionales relacionados con el tema en la Fundación Favaloro de Bs.As, Servicio de Nefrología del Hospital Covadonga (España),



Asociación Mexicana Protrasplante Renal, AC, (AMPRAC), Centro Unico Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires (CUCAIBA), Instituto Nacional Centro Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

En función de lo anteriormente expresado y de los objetivos planteados, centramos nuestro interés en observar, estudiar y analizar las relaciones entre las variables establecidas.

Población:

Para nuestra investigación se tomó como población accesible o universo, a la totalidad (N= 70) de personas trasplantadas renales, que son pacientes y concurren a control médico al Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata.

Así mismo se eligieron empresas locales (N=14), según criterio de selección ellas fueron estatales (de orden municipal, provincial y nacional) y privadas (nacionales y extranjeras).

Muestra, tamaño, selección:

Tomamos una muestra aleatoria constituida por dos grupos:

- Uno de ellos integrado por pacientes trasplantados renales, por lo tanto consideramos que una muestra de (n= 14), es representativa para indagar en estas personas, las dificultades psicosociales existentes, para su reinserción laboral.
- El otro grupo incluye tres empresas estatales de orden: municipal (EMSUR - Ente Municipal de Servicios Urbanos), provincial (HIEMI – Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil) y nacional (UNMdP – Universidad Nacional de Mar del Plata).

Dos empresas privadas: una nacional: Eskabe y otra extranjera: Mc Donald's. A partir del contacto con las mismas, se logró indagar a cerca de las políticas empresariales locales que inciden en la contratación e integración laboral del trasplantado renal.



- La unidad de análisis y unidad muestral es toda persona trasplantada renal, que concurre a control médico al Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata.
- Cada uno de los jefes de personal o responsables del área de Recursos Humanos en las empresas seleccionadas.
- El procedimiento utilizado para la elección de la muestra, fue probabilístico. Las unidades muestrales se seleccionaron en forma aleatoria.

Método e instrumento de recolección de datos:

Para nuestra experiencia se utilizó una metodología cuali-cuantitativa y la aplicación de entrevistas estructuradas conteniendo preguntas abiertas y cerradas, con el fin de obtener información en forma exacta y precisa, tanto a las personas trasplantadas renales, como a los jefes de personal de las empresas seleccionadas.

Las entrevistas realizadas a los pacientes intervenidos quirúrgicamente, constan de siete items relacionados con: 1)datos personales, 2)grupo familiar, 3)esfera personal, 4)situación vincular, 5)situación laboral 6)actividades sociales y recreación, 7)seguimiento clínico y pautas de tratamiento.

Por otro lado, las entrevistas aplicadas a los responsables del área de personal de las empresas, contienen un total de catorce preguntas.

Se anexa el instrumento elaborado para cada caso.

Estos datos fueron complementados con información constatada en las Historias Clínicas: diagnóstico, estado clínico del paciente, tipo de donante, cobertura para el trasplante, si recibió apoyo psicoterápico durante las distintas etapas del proceso (pre y post trasplante), atención de otros profesionales y servicios, etc. Esto, ofreció un panorama general de la situación e historia de cada paciente.

Desarrollo del trabajo de campo:



Nuestro trabajo de campo se desarrolló entre los meses de junio-agosto de 1999 en el Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata (HPC) y en cinco empresas (dos privadas y tres estatales) de la mencionada ciudad.

Concurrimos al Hospital Privado de Comunidad, con una frecuencia semanal, durante tres meses, con el fin de entrevistar a los pacientes trasplantados renales que concurrían a control médico.

Con respecto a las empresas, enviamos cartas solicitando una entrevista al Jefe de Personal, en día y horario a confirmar.

Procesamiento de datos:

Fueron procesadas 19 entrevistas, utilizando los siguientes programas: Excel (Planilla de cálculos y estadísticas) y Word (Procesador de textos).



Segunda parte

CAPITULO 6



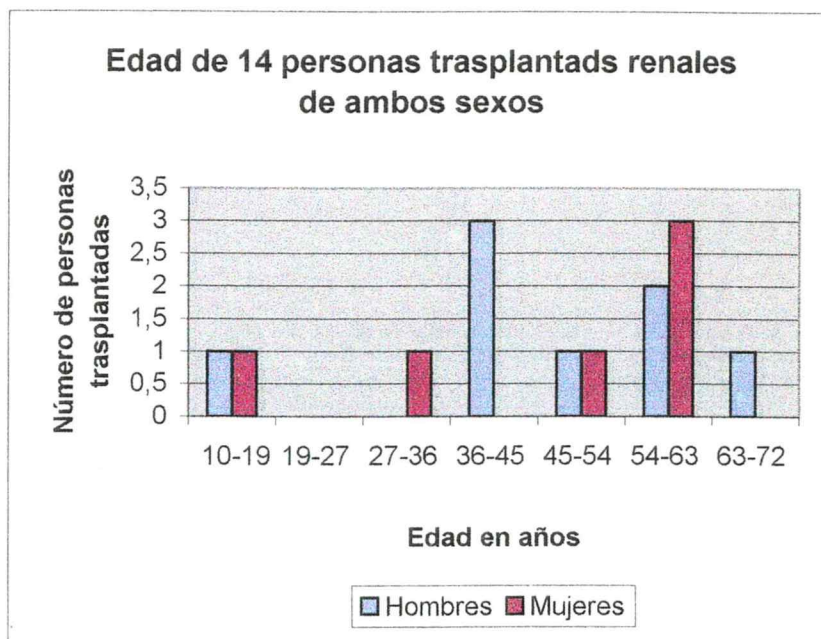
ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

**TABLA N° 1 :**

Edad de 14 personas trasplantadas renales de ambos sexos entrevistada en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. (Junio-Agosto de 1999).

Edad en años	SEXO			
	Hombres	Mujeres	Número	Porcentaje
10-19	1	1	2	14,3
19-27	0	0	0	0
27-36	0	1	1	7,14
36-45	3	0	3	21,43
45-54	1	1	2	14,35
54-63	2	3	5	35,71
63-72	1	0	1	7,14
TOTAL	8	6	14	100%

Fuente propia

GRAFICO N° 1 :

Si observamos la TABLA 1, podemos destacar que el mayor número de personas trasplantadas renales de ambos sexos, oscila dentro de la frecuencia de edad comprendida entre los 54 y 63 años, encontrándose aún en una etapa laboral productiva.

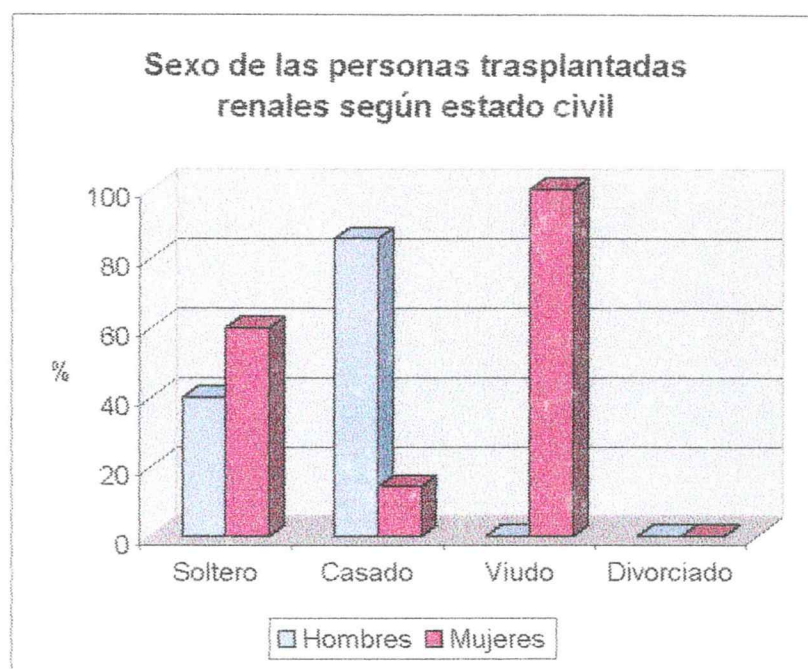
Por otra parte vemos que entre los 36 y 45 años, existe un mayor predominio de hombres trasplantados renales, mientras que el de las mujeres se encuentra entre los 54 y 63 años.

**TABLA N° 2:**

Sexo de las personas trasplantadas renales, entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, según estado civil. (Junio-Agosto de 1999).

SEXO	Hombres		Mujeres		TOTAL	
ESTADO CIVIL	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltero	2	40	3	60	5	100
Casado	6	85,71	1	14,28	7	100
Viudo	0	0	2	100	2	100
Divorciado	0	0	0	0	0	0
TOTAL	8	57,14	6	42,85	14	100

Fuente propia

GRAFICO N° 2 :

Según el estado civil de las personas entrevistadas de ambos sexos, el 85,7% de los hombres se encuentra casado, mientras que el 60% de las mujeres, son solteras.

Cabe destacar que la totalidad de los hombres casados, viven en familia siendo el 33,3% de los mismos, sostén económico del hogar.

De la totalidad de las mujeres solteras, el 33,3% vive en familia y el 16,6% vive sola, siendo ésta sostén económico de su hogar.



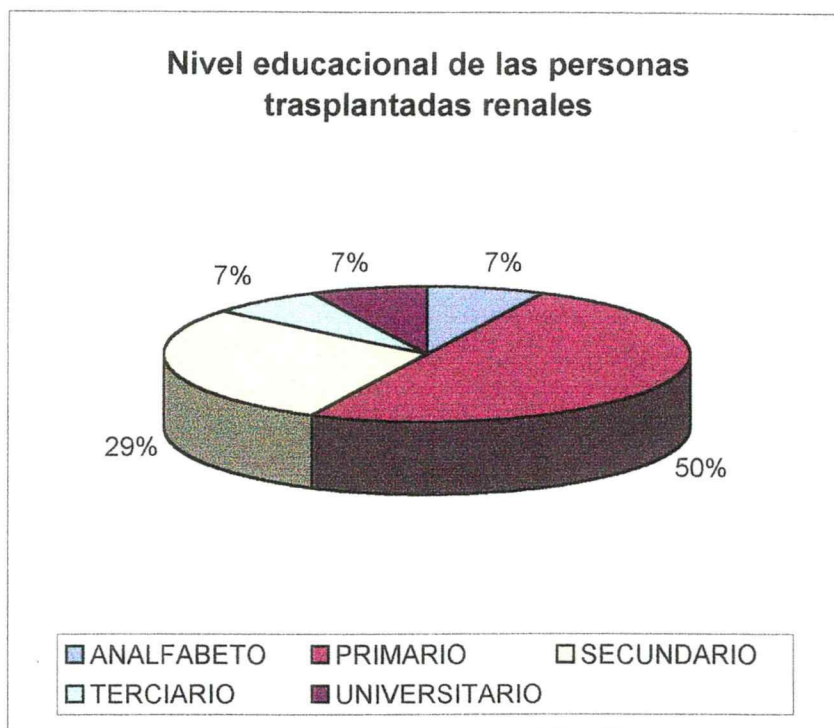
TABLA N° 3:

Nivel educacional de las personas trasplantadas renales entrevistadas vistas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. (Junio-Agosto de 1999).

NIVEL EDUCACIONAL	Número	Porcentaje
ANALFABETO	1	7,14
PRIMARIO	7	50
SECUNDARIO	4	28,57
TERCIARIO	1	7,14
UNIVERSITARIO	1	7,14
TOTAL	14	100

Fuente propia

GRAFICO N° 3:



La tabla n° 3 muestra que el 50% de la totalidad de las personas entrevistadas, recibieron un nivel educacional primario y el 28,57% poseen un nivel educacional secundario.

Es importante destacar que entre la población que constituye la muestra un 7% es analfabeta, situación que vive una sólo persona trasplantada del total de los 14 pacientes entrevistados.

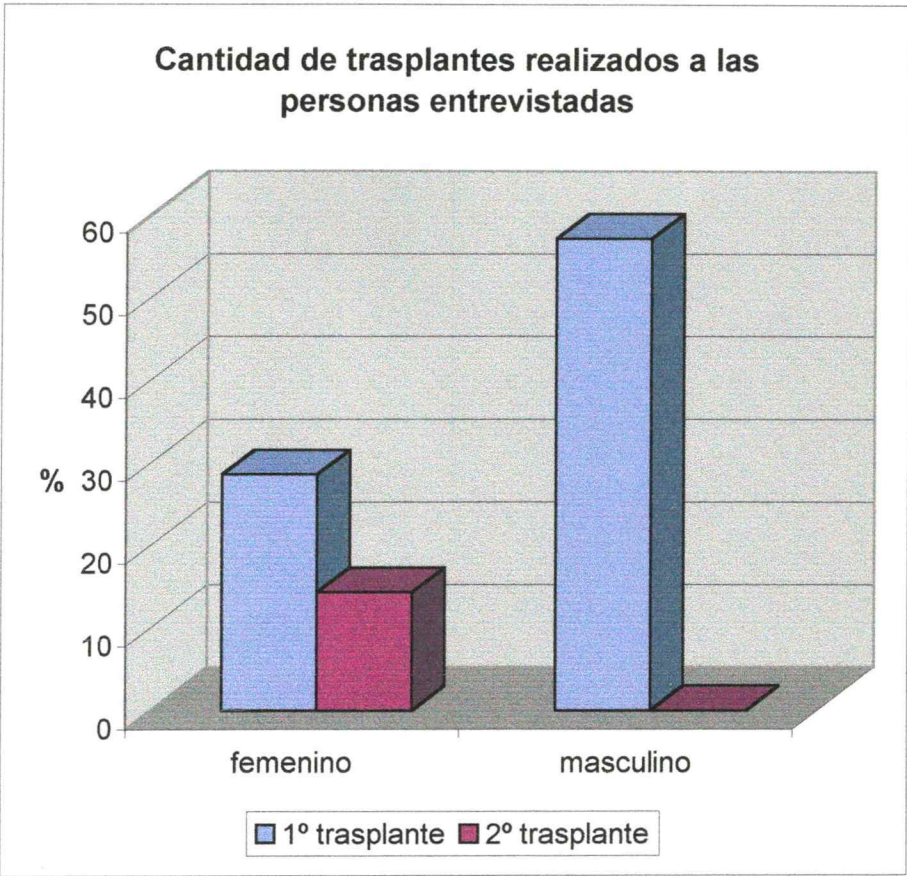


TABLA N° 4:
Cantidad de trasplantes renales realizados en las personas entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad del Mar del Plata, según sexo. (Junio-Agosto de 1999).

TRASPLANTES REALIZADOS						
SEXO	1º trasplante		2º trasplante		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
femenino	4	28,57	2	14,3	6	42,85
masculino	8	57,14	0	0	8	57,14
TOTAL	12	85,71	2	14,3	14	100

Fuente propia

GRAFICO N° 4 :



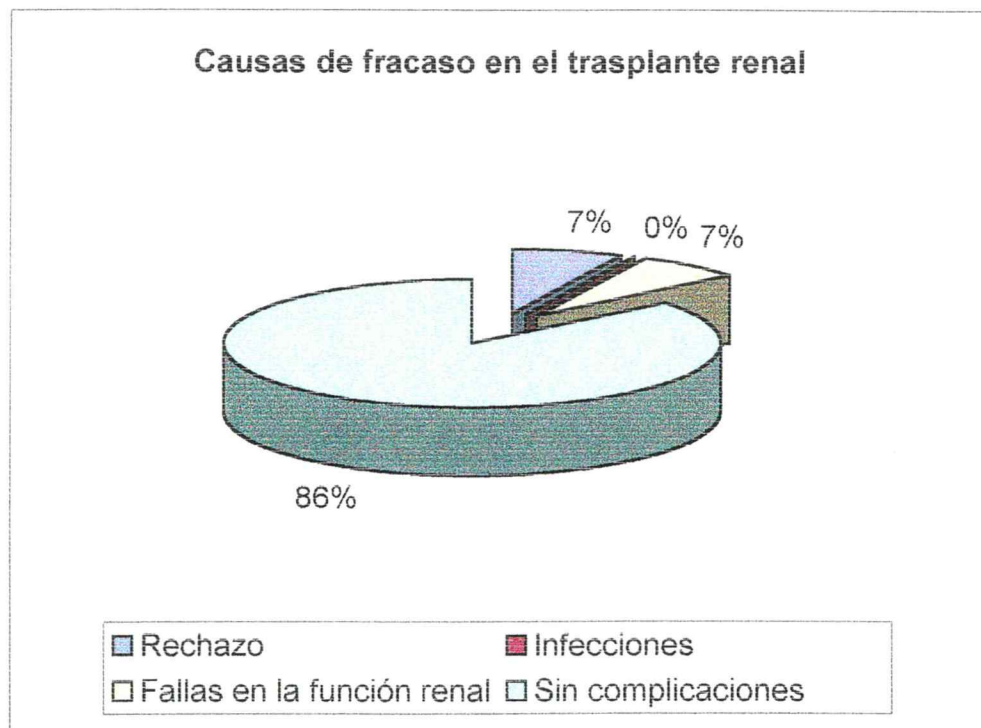
Si consideramos en la TABLA N° 4 el éxito obtenido en el 1º trasplante realizado, encontramos que el 57,14% corresponde al sexo masculino, mientras que el 28,57% es del sexo femenino; destacandose que el 14,3% de las mujeres han recurrido a un 2º trasplante.

**TABLA N° 5:**

Causas de fracaso en el trasplante de las personas entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. (Junio-agosto de 1999).

CAUSAS	Número	Porcentaje
Rechazo	1	7,14
Infecciones	0	0
Fallas en la función renal	1	7,14
Sin complicaciones	12	85,71
TOTAL	14	100

Fuente propia

GRAFICO N° 5:

Teniendo en cuenta las causas que determinan el fracaso del 1° trasplante renal, (TABLA N° 5), podemos observar que la mayoría de los pacientes, 85,71%, no presentan complicaciones, confirmando los resultados de éxito en el injerto renal obtenidos en la TABLA N° 4.

En aquellos casos en donde se produjo el fracaso del trasplante, vemos que un 7,14% responde al rechazo del riñón implantado, y el otro 7,14% a fallas en el funcionamiento del mismo.

**TABLA N° 6:**

Situación laboral de las personas trasplantadas renales entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata.
(Junio-agosto de 1999).

SITUACIÓN LABORAL	NÚMERO	PORCENTAJE
TRABAJA	4	28,57
NO TRABAJA	10	71,42
TOTAL	14	100

Fuente propia

GRAFICO N° 6:

Del análisis de la TABLA N° 6 surge que el 71,42% de las personas entrevistadas NO TRABAJAN, siendo el 28,57% población laboral activa.

El grupo de personas trasplantadas que no se desempeña laboralmente, se incrementó antes del trasplante. Este aumento porcentual puede referirse principalmente a que éstos trabajadores a tiempo completo pasaron a la categoría de jubilados por invalidez. Un porcentaje pequeño de personas que antes del tratamiento eran empleados, pasaron a ocuparse de actividades del hogar.



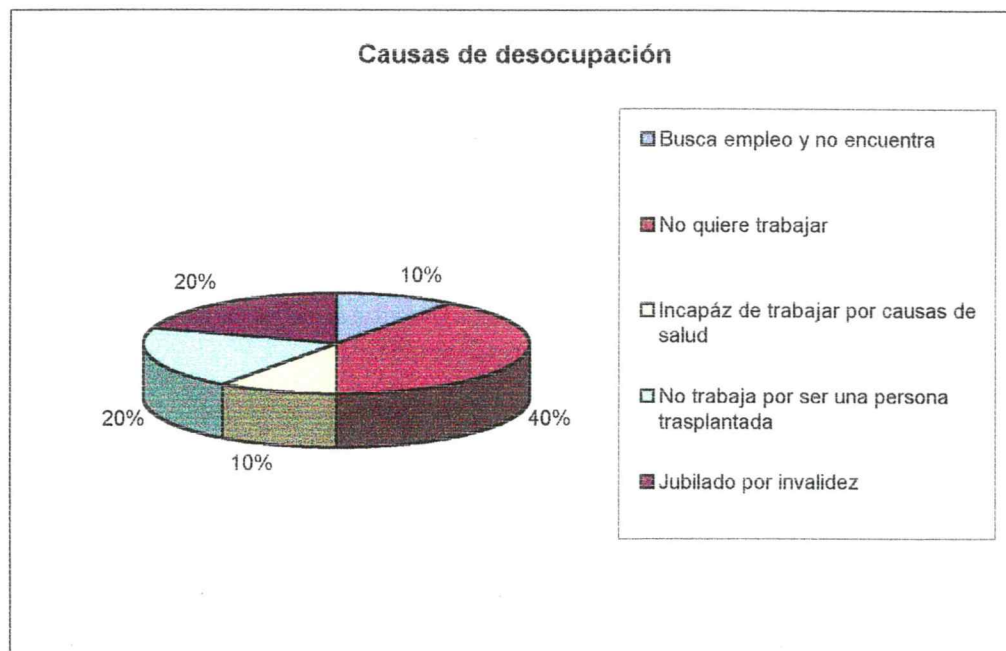
TABLA N° 7:

Causas de desocupación de las personas trasplantadas renales entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. (Junio-agosto de 1999).

CAUSAS DE DESOCUPACIÓN	Número	Porcentaje
Busca empleo y no encuentra	1	10
No quiere trabajar	4	40
Incapáz de trabajar por causas de salud	1	10
No trabaja por ser una persona trasplantada	2	20
Jubilado por invalidez	2	20
TOTAL	10	100

Fuente propia

GRAFICO N° 7



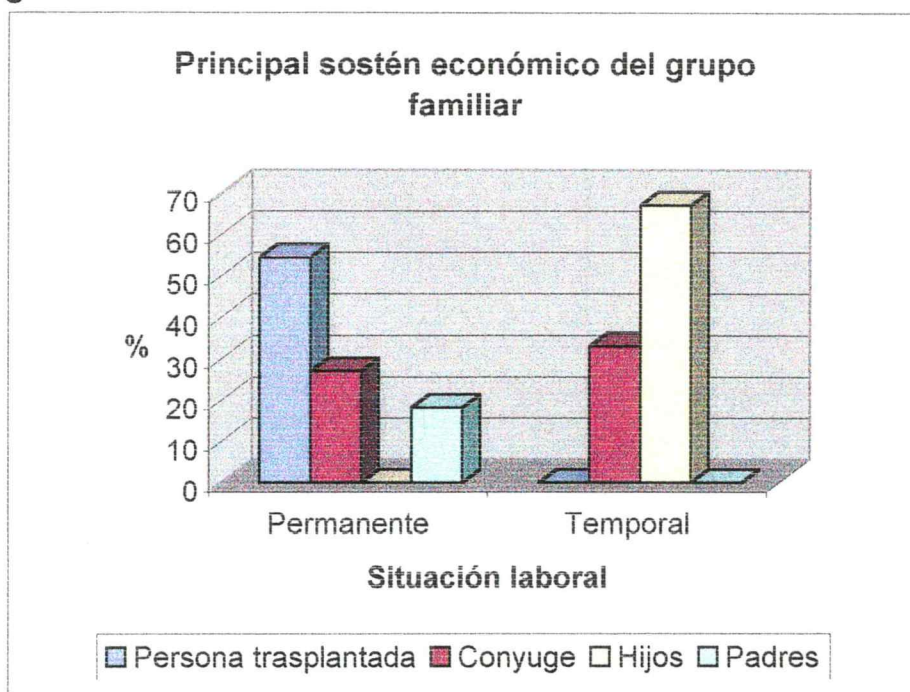
Con respecto a la TABLA N° 7, referente a las causas de desocupación de los pacientes trasplantados renales, es importante destacar que el 40% de las personas que NO TRABAJAN expresan que la causa de esta situación es porque NO QUIEREN TRABAJAR, un 20% no lo hace por su condición de trasplantado renal y el otro 20% por ser jubilado por invalidez.

**TABLA Nº 8:**

Principal sostén económico del grupo familiar de las personas trasplantadas renales en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, según situación laboral. (Junio-Agosto de 1999).

PRINCIPAL SOSTÉN ECONÓMICO FAMILIAR										
SITUACIÓN LABORAL	Pers.trasplantada		Conyuge		Hijos		Padres		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Permanente	6	54	3	27	0	0	2	18	11	100
Temporal	0	0	1	33	2	67	0	0	3	100
TOTAL	6	43	4	29	2	14	2	14	14	100

Fuente propia

GRAFICO Nº 8

En cuanto a la situación laboral del principal sostén económico familiar de las personas trasplantadas, se destaca que el 54,5% lo constituyen las mismas personas trasplantadas renales, el 27,27% el conyuge y el 18,18% los padres. La totalidad de los mismos posee un trabajo permanente.

El 66,6% lo conforman los hijos de las personas trasplantadas renales, el 33,3% el conyuge; ambos grupos constituyen el principal sostén económico familiar y trabajan en forma temporal.



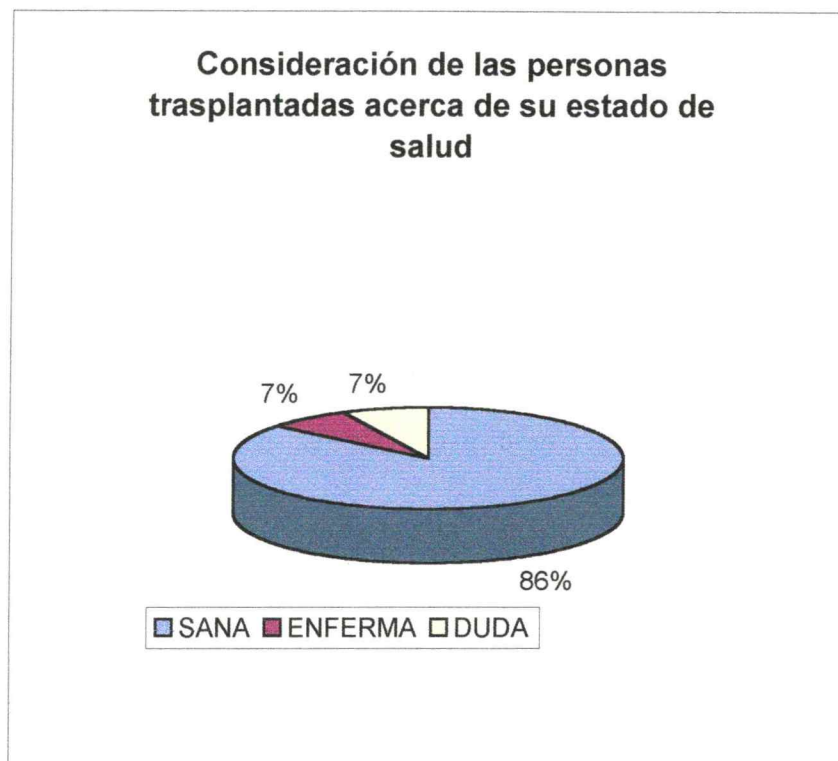
TABLA Nº 9:

Consideración de las personas trasplantadas renales acerca de su estado de salud, entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata (Junio-agosto de 1999).

Consideración personal	Número	Porcentaje
SANA	12	85,71
ENFERMA	1	7,14
DUDA	1	7,14
TOTAL	14	100

Fuente propia

GRAFICO Nº 9:



Con respecto a la consideración personal de los pacientes acerca de su estado de salud, el 85,71% de la población responde como persona sana y el resto 14,28% duda o se considera enferma haciendo referencia a la toma de medicación y controles clínicos frecuentes.

Cabe destacar que el paciente al recuperar sus condiciones físicas también recupera la confianza en sí mismo y en su estado de salud.

**TABLA N° 10:**

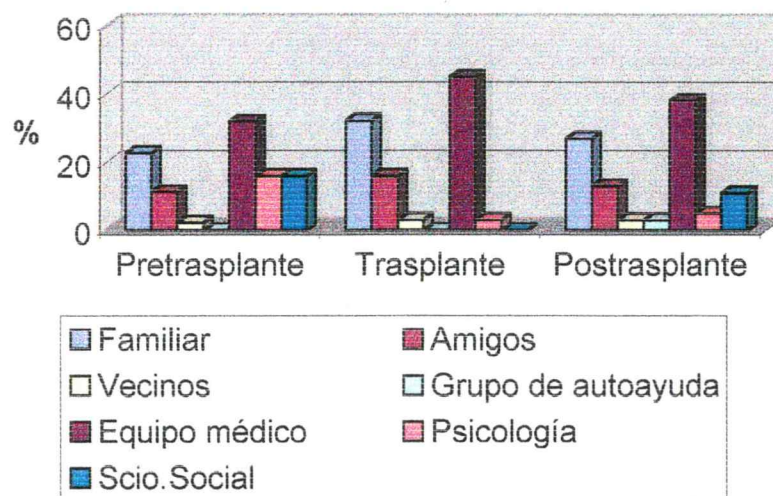
Contención psicosocial de las personas trasplantadas renales, entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, según etapas previas y posteriores al trasplante. (Junio-agosto de 1999).

CONTENCIÓN PSICOSOCIAL																
Etapas del trasplante	SOCIAL								INSTITUCIONAL						TOTAL	
	Familiar		Amigos		Vecinos		Gr. Autoayuda		Equipo Médico		Psicología		Scio.Social			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pretrasplante	10	23	5	11	1	2,3	0	0	14	32	7	16	7	16	44	100
Trasplante	10	32	5	16	1	3	0	0	14	45	1	3	0	0	31	100
Postrasplante	10	27	5	13	1	3	1	3	14	38	2	5	4	11	37	100

Fuente propia

GRAFICO N° 10

Contención psicosocial según etapas del tratamiento sustitutivo



En la TABLA N° 10 se presentan los datos correspondientes a la Contención psicosocial considerando las etapas: pretrasplante, trasplante y postrasplante.

Al detenernos a analizar los resultados obtenidos en el grupo social relevamos que el apoyo y contención se hacen más notorios durante el trasplante, en el grupo familiar en un 32%, en el de amigos en un 16%, y en el de vecinos en un 3%.



La familia generalmente adopta una actitud sobreprotectora facilitando y prolongado, "por el bien del paciente", su situación de dependencia psicosocial y laboral.

Se observa claramente que estas personas trasplantadas no concurren a grupos de autoayuda (en ninguna de las etapas), o bien por desconocimiento y falta de información o porque ese espacio de contención aún no se ha creado en nuestra ciudad.

Desde lo Institucional el Equipo médico acompaña en todo momento al paciente y su familia, orientando e informando sobre los aspectos importantes del trasplante incrementándose en un 45% durante la práctica del mismo.

Con respecto a los servicios desde Psicología y Scio.Social el 16% en ambos casos está presente durante el período pretrasplante, disminuyendo durante el trsplante y aumentando en un 5% desde Psicología y 11% desde Scio. Social después del trasplante.

La situación vincular de los trasplantados renales parece no sufrir modificaciones relevantes. Los cambios que se han dado en la constitución familiar han sido de baja incidencia 14,28% y no están en relación con el trasplante (nacimiento de un hijo, fallecimiento del conyuge).

Mantienen una buena relación y comunicación con sus familiares y amigos, destacando que el estado de enfermos renales crónicos en un comienzo y el de trasplandos actual, tuvo una influencia positiva sobre la unidad familiar, siendo más evidente en aquellos casos en los que el donante ha sido un miembro de la familia.

Se preguntó a los pacientes si habían experimentado la pérdida de roles, el 100% de la población entrevistada respondió que no; si han tenido que delegar responsabilidades en el hogar, sociales y laborales, en algún integrante de la familia, determinando esto cierto grado de dependencia que no ha podido ser modificado.



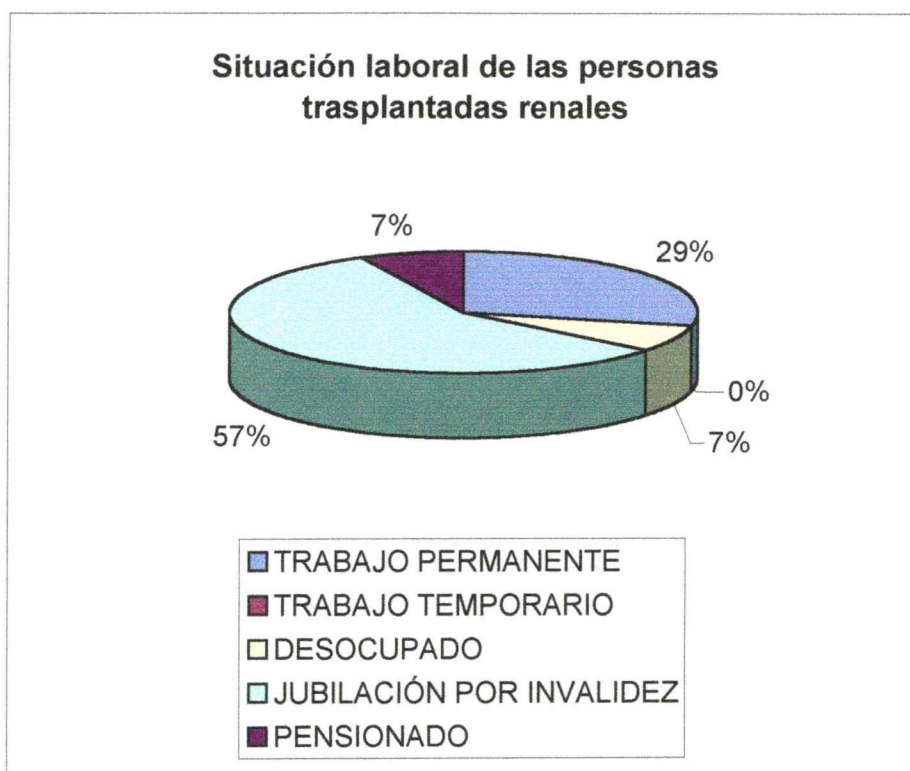
TABLA Nº 11:

Situación laboral de las personas trasplantadas renales, entrevistadas en el Hospital Privado de Mar del Plata. (Junio-agosto de 1999).

SITUACIÓN LABORAL	Nº	%
TRABAJO PERMANENTE	4	28,6
TRABAJO TEMPORARIO	0	0
DESOCUPADO	1	7,14
JUBILACIÓN POR INVALIDEZ	8	57,14
PENSIONADO	1	7,14
TOTAL	14	100

Fuente propia

GRAFICO Nº 11:



Los resultados de la TABLA Nº 11 evidencian que el 57,14% de las personas trasplantadas renales, actualmente están jubiladas por invalidez y el 28,6% posee un trabajo permanente.



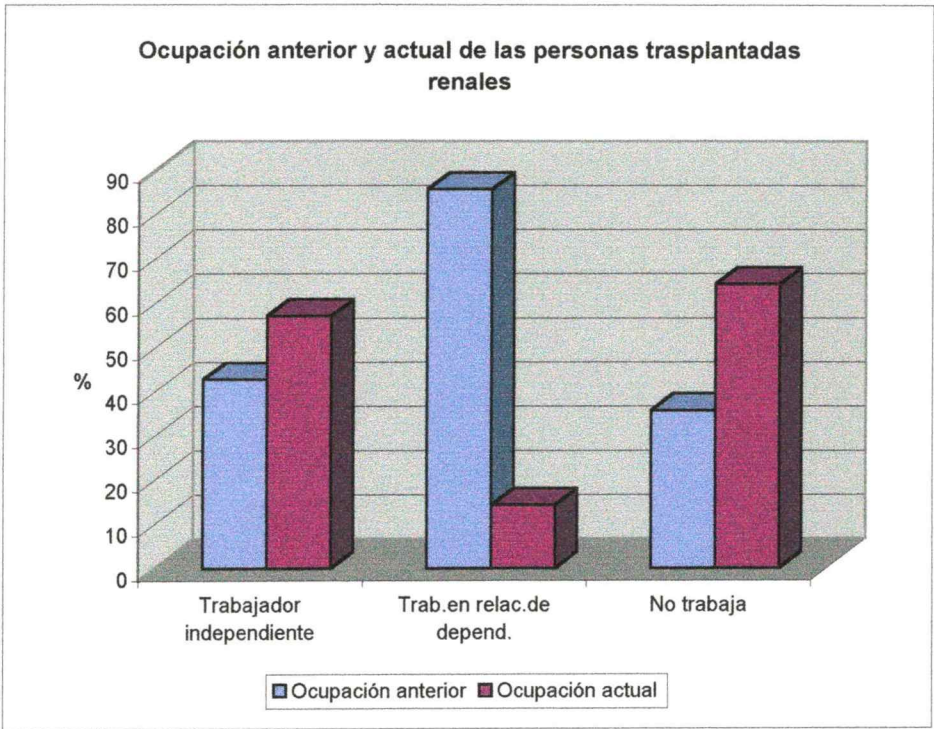
TABLA Nº 12:

Ocupación anterior y actual de las personas trasplantadas renales entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, según relación laboral. (Junio-agosto de 1999).

OCUPACION						
RELACION LABORAL	ocupación anterior		ocupación actual		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trabajador independiente	3	42,8	4	57,14	7	100
Trab.en relac.de depend.	6	85,71	1	14,28	7	100
No trabaja	5	35,71	9	64,28	14	100
TOTAL	14	50	14	50	28	100

Fuente propia

GRAFICO Nº 12:



Del análisis realizado de la TABLA Nº 12, se desprende que antes del trasplante el 42,8% de los entrevistados trabajan en forma independiente Actualmente y después del trasplante, dicha cifra aumentó al 57,14%.



Las personas que antes del trasplante poseían un trabajo en relación de dependencia constituyen el 85,71%, ésta cifra disminuye actualmente y después del trasplante al 14,28%.

Los sujetos entrevistados que no trabajaban antes del trasplante constituyen el 35,71%, esta cifra en la actualidad y después de la intervención quirúrgica aumentó considerablemente al 64,28%.

Como consecuencia de los resultados anteriormente mencionados no se ha obtenido información acerca de datos tales como: relación con el empleador, relación con compañeros de trabajo.

De la muestra entrevistada, el 28,6% son trabajadores independientes, cumplimentando una jornada laboral de 8hs aproximadamente.

El tipo de tareas que realizan son: comerciantes, reparto de soda y abogado.



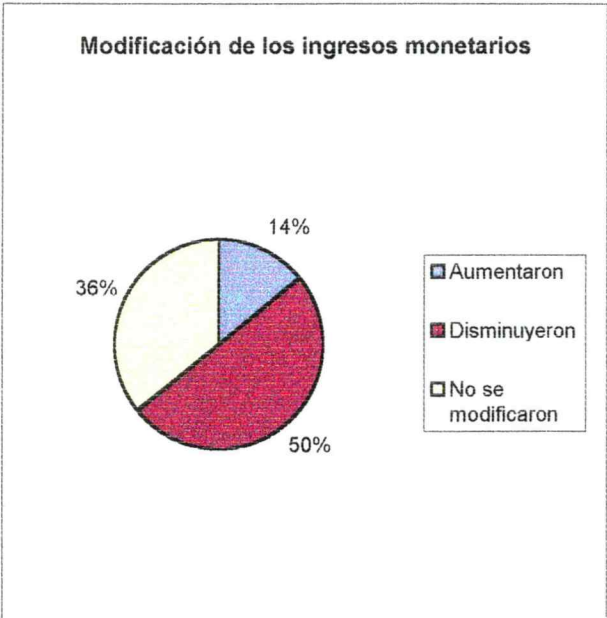
TABLA Nº 13:

Modificación de los ingresos monetarios después del trasplante de las personas entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata.
(Junio-agosto de 1999)

INGRESOS	Número	Porcentaje
Aumentaron	2	14,3
Disminuyeron	7	50
No se modificaron	5	35,7
TOTAL	14	100

Fuente propia

GRAFICO Nº 13:



Al estudiar la modificación de los ingresos monetarios después del trasplante, se evidencia que los mismos disminuyeron en un 50%, no se modificaron en un 35,7% y aumentaron en un 14,3%.

**TABLA Nº 14:**

Tipo y frecuencia de actividades pasivas que realizan las personas trasplantadas renales, entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata (Junio-agosto 1999).

FRECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES PASIVAS								
TIPO DE ACTIVIDADES	Todos los días		A veces		Nunca		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LEER	4	28,57	7	50	3	21,42	14	100
ESCUCHAR RADIO/MÚSICA	11	78,57	3	21,42	0	0	14	100
MIRAR T.V.	11	78,57	3	21,42	0	0	14	100
ACTIVIDADES MANUALES (*1)	0	0	8	57,14	6	42,85	14	100
OTRAS (*2)	0	0	2	14,28	12	85,71	14	100
TOTAL	26	37,14	23	32,85	21	30	70	100

Fuente propia

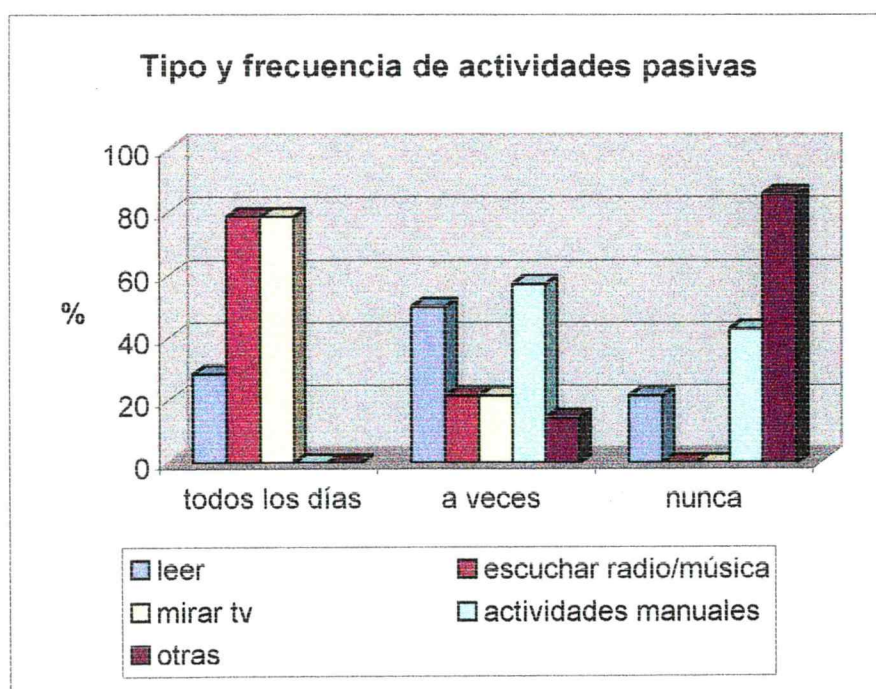
(*1) JARDINERIA

MOLDERIA EN YESO

COTILLON

MANTENIMIENTO DEL HOGAR.

(*2) COMPUTACION

GRAFICO Nº 14:



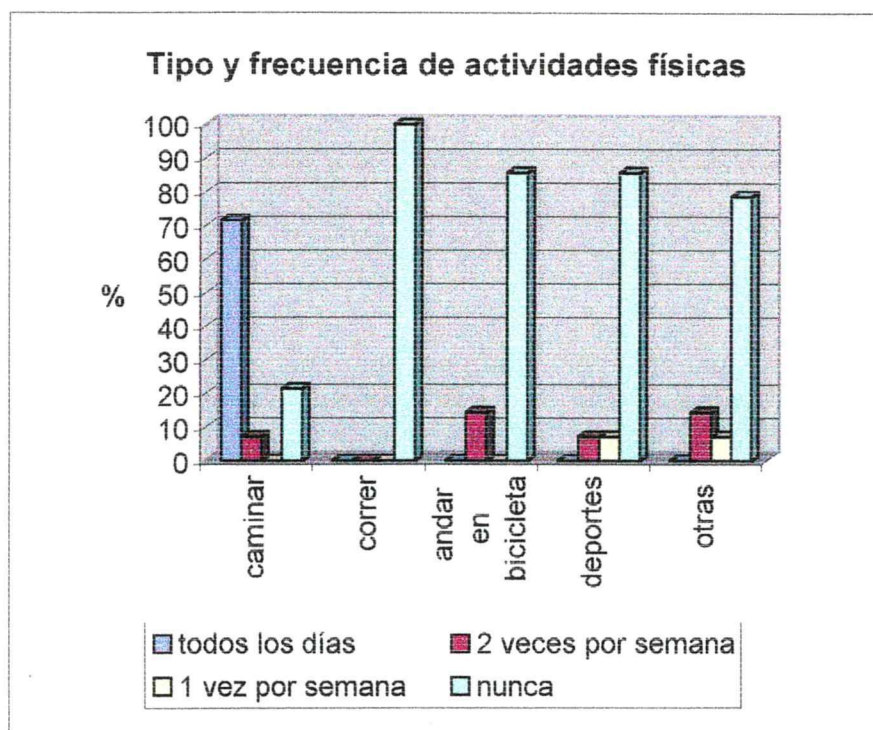
A partir de los datos obtenidos de la TABLA N° 14, podemos afirmar que las actividades pasivas que los pacientes trasplantados renales realizan con mayor frecuencia (todos los días) son escuchar radio/música y mirar TV (99,9%). Las personas que leen todos los días constituyen un porcentaje del 28,57%, que leen a veces el 50% y nunca leen el 21,42%. Otro tipo de actividades como las manuales y computación comprenden el 71,42%.

**TABLA Nº 15:**

Tipo y frecuencia de actividades físicas que realizan las personas trasplantadas renales, entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. (Junio-agosto de 1999).

FRECUENCIA DE ACTIVIDADES FISICAS										
TIPO DE ACTIVIDADES	Todos los días		2 veces x semana		1 vez x semana		Nunca		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CAMINAR	10	71,4	1	7,14	0	0	3	21,4	14	100
CORRER	0	0	0	0	0	0	14	100	14	100
ANDAR EN BICICLETA	0	0	2	14,3	0	0	12	85,7	14	100
DEPORTES (fútbol)	0	0	1	7,14	1	7,14	12	85,7	14	100
OTRAS (gimnasia)	0	0	2	14,3	1	7,14	11	78,6	14	100
TOTAL	10	14,3	6	8,57	2	2,83	52	74,3	70	100

Fuente propia

GRAFICO Nº 15:

En relación a las actividades físicas, el 71,42% de los entrevistados camina todos los días.

El 28,56% de las personas trasplantadas renales anda en bicicleta y realiza gimnasia con una frecuencia de dos veces por semana.

El 14,28% de los entrevistados realiza actividades físicas una vez por semana. El 57,16% restante nunca realiza actividades físicas.

**TABLA Nº 16:**

Tipo y frecuencia de actividades sociales que realizan las personas trasplantadas renales, entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. (Junio-agosto de 1999).

FRECUENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES								
TIPO DE ACTIVIDADES	Siempre		A veces		Nunca		TOTALES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Salidas con amigos	2	14,28	5	35,71	7	50	14	100
Salidas con familiares	2	14,28	7	50	5	35,71	14	100
Otras salidas (*1)	0	0	4	28,57	10	71,42	14	100
Actividades religiosas	0	0	3	21,42	11	78,57	14	100
Act. Sociocult. (*2)	0	0	2	14,28	12	85,71	14	100
TOTALES	4	5,71	21	30	45	64,28	70	100

Fuente propia

(*1) VACACIONES

PASEOS

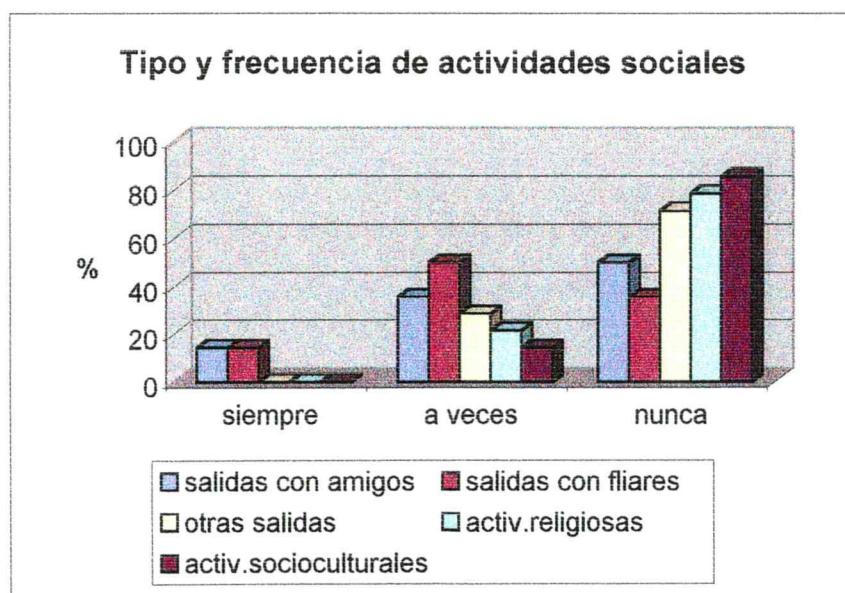
IR A BAILAR

(*2) SOCIEDADES DE FOMENTO

CLUBES

BIBLIOTECAS

EXPOSICIONES/MUESTRAS

GRAFICO Nº 16



Al analizar las actividades de tipo social, observamos que el 50% de estas personas nunca sale con amigos y a veces lo hace con familiares.

El 71,42% nunca realiza otro tipo de salidas.

Con respecto a las actividades religiosas, el 78,57% nunca realiza este tipo de actividades. El 85,71% nunca desarrolla actividades socioculturales.

Podemos concluir infiriendo, que los entrevistados después del trasplante desempeñan en su mayoría ACTIVIDADES PASIVAS (69,99%), luego ACTIVIDADES SOCIALES (35,7%) y por último se inclinan por el desarrollo de ACTIVIDADES FISICAS (25,7%).

**TABLA N° 17:**

Seguimiento clínico de las personas trasplantadas renales, entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, según frecuencia.
(Junio-agosto de 1999).

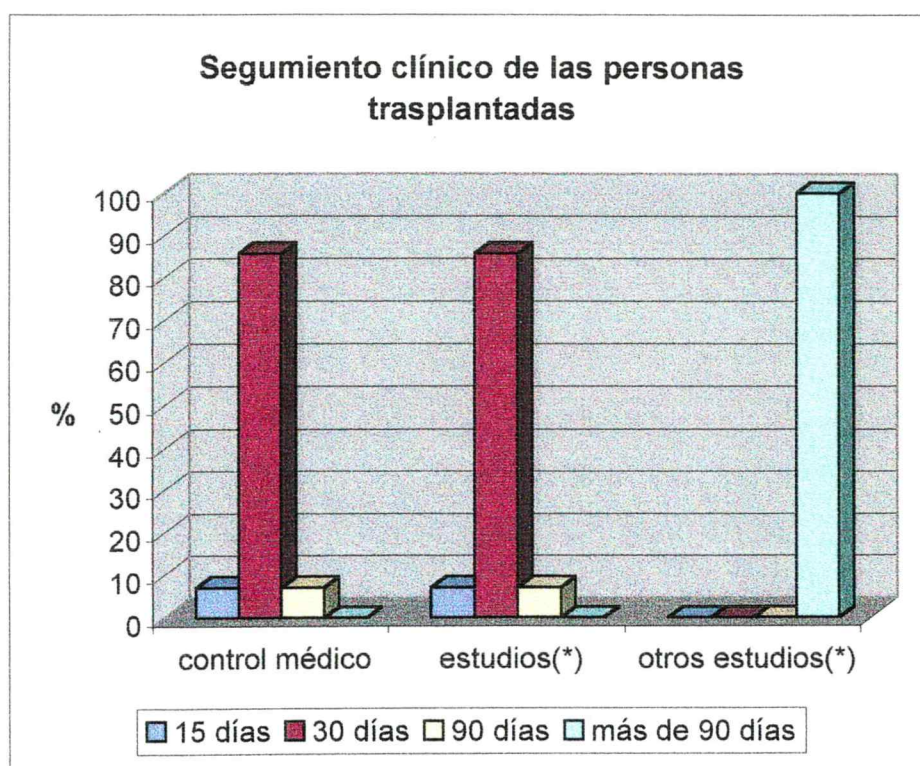
FRECUENCIA										
PAUTAS DE TRATAMIENTO	15 días		30 días		90 días		más de 90		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Control médico	1	7,14	12	85,7	1	7,14	0	0	14	100
Estudios (*1)	1	7,14	12	85,7	1	7,14	0	0	14	100
Otros estudios(*2)	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100
TOTAL	2	6,66	24	80	2	6,66	2	6,66	30	100

Fuente propia

(*1) ESTUDIOS DE LABORATORIO DE SANGRE Y ORINA

(*2) ELECTROCARDIOGRAMAS

BIOPSIAS

GRAFICO N° 17:



El seguimiento clínico de las personas con trasplante renal funcionante que se muestra en la TABLA N° 17 arroja los siguientes resultados: la frecuencia en el control médico es cada 30 días en un 85,7% de los pacientes, acompañado de igual porcentaje en relación a los estudios de laboratorio (sangre y orina) que se les practican.

Un 7,14% de los trasplantados recibe control clínico y de laboratorio cada 15 días correspondiente al primer trimestre post-trasplante. El 7,14% restante lo hace cada 90 días.

Con respecto a otros estudios no vinculados con el trasplante, podemos observar que el 100% se realizan pasados los 90 días.

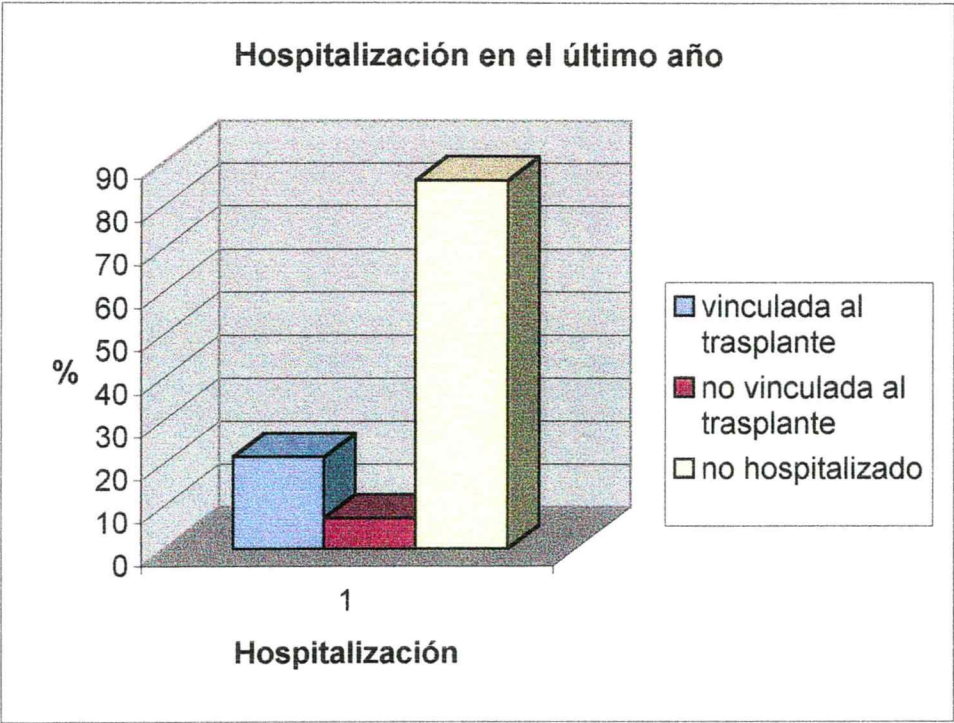


TABLA Nº 18:
Hospitalización en el último año de las personas trasplantadas renales, entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, según causas. (Junio-agosto de 1999).

HOSPITALIZACION	SI		NO		TOTAL	
CAUSAS	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vinculadas con el trasplante	3	21,42	11	78,57	14	100
No vinculadas con el trasplant	1	7,14	13	92,8	14	100
TOTAL	4	14,3	24	85,71	28	100

Fuente propia

GRAFICO Nº 18:



En la TABLA Nº 18, se ve claramente que el 85,72% de las personas entrevistadas no han necesitado ser hospitalizadas en el último año. El 21,42% han sido internados por causas vinculadas con el trasplante, mientras que el 7,14% restante por motivos ajenos al trasplante.



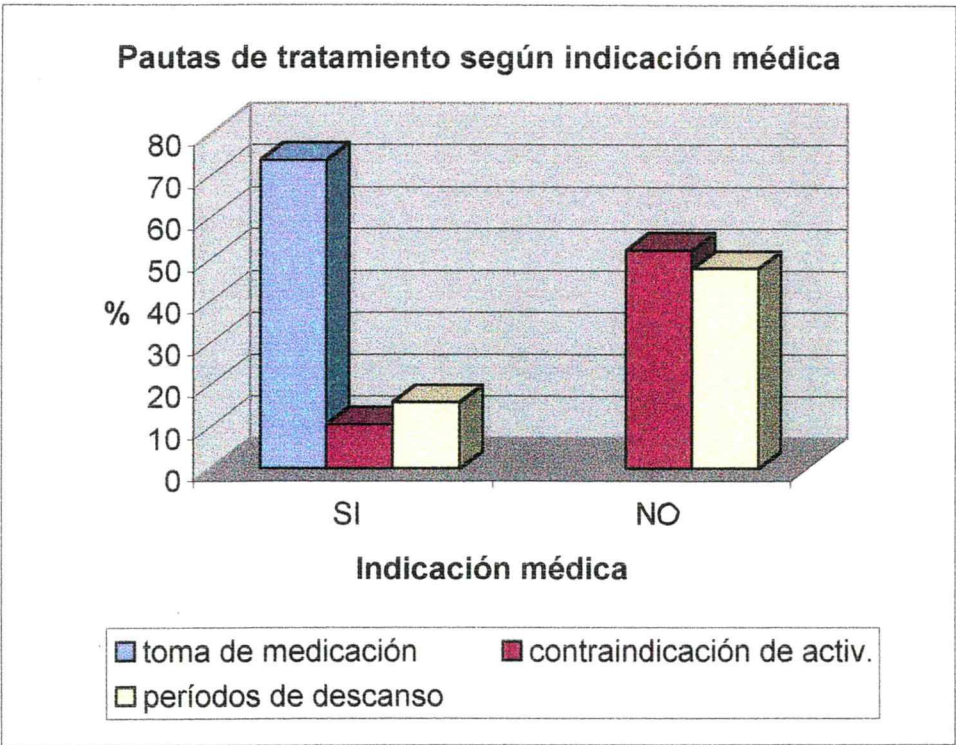
TABLA N° 19:

Pautas de tratamiento de las personas trasplantadas renales entrevistadas en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, según indicación médica. (Junio-agosto de 1999).

PAUTAS DE TRATAMIENTO	TOMA DE MEDICACIÓN		CONTRAINDICACIÓN DE ACTIVIDADES		PERÍODOS DE DESCANSO		TOTAL	
INDICACION MEDICA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	14	73,7	2	10,52	3	15,8	19	100
NO	0	0	12	52,17	11	47,8	23	100
TOTAL	14	33,3	14	33,3	14	33,3	42	100

Fuente propia

GRAFICO N° 19



Las pautas de tratamiento indicadas a los pacientes trasplantados, consisten en la toma de medicación diaria con un cumplimiento de un 73,7%. Con respecto a la contraindicación de actividades más de la mitad de los entrevistados (52,17%), respondió que no se les limitó la actividad en ninguna de las modalidades.



Los períodos de descanso fueron indicados con mayor frecuencia en un 15,8%, mientras que el 47,8% restante continúa con el tiempo de descanso habitual.

De las encuestas realizadas a los responsables del área de personal y recursos humanos de las empresas seleccionadas locales, recabamos como dato a tener en cuenta, que el 40% de las personas entrevistados que se desempeñan en el cargo de Jefe de Personal o Coordinadores de Recursos Humanos, son profesionales (psicóloga, docente); el 60% restante son empleados idóneos en el tema.



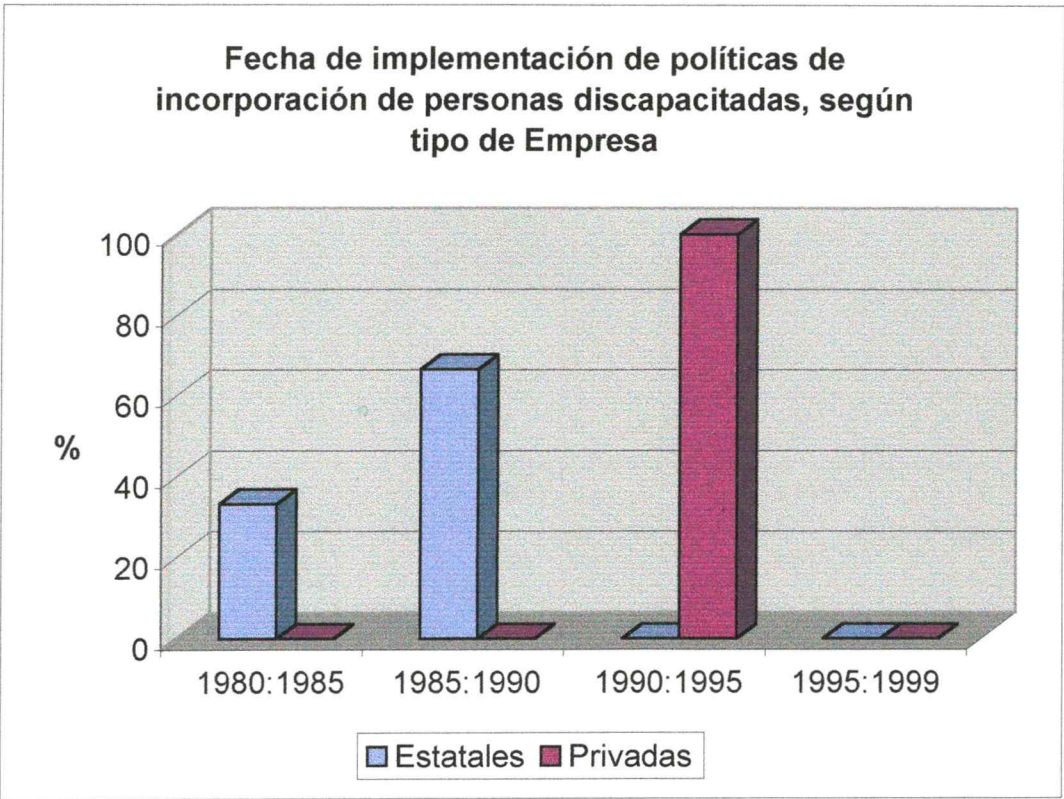
TABLA N° 20:

Fecha de implementación de Políticas de incorporación de personas discapacitadas en las últimas dos décadas en las Empresas seleccionadas, según tipo de Empresa Mar del Plata (Julio-agosto de 1999).

FECHA DE IMPLEMENTACION										
TIPO DE EMPRESAS	1980-1985		1985-1990		1990-1995		1995-1999		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estatales	1	33,3	2	66,6	0	0	0	0	3	100
Privadas	0	0	0	0	2	100	0	0	2	100
TOTAL	1	20	2	40	2	40	0	0	5	100

Fuente propia

GRAFICO N° 20



La TABLA N° 20 nos indica la fecha de implementación de las políticas de incorporación de las personas discapacitadas en el ámbito empresarial local, tanto estatal como Privado.

En lo que se refiere a las Empresas Estatales de nuestra muestra, el 66,6% implementa la incorporación en el período comprendido entre los años 1985-1990; en cuanto a las Empresas Privadas el 100% lo hace entre 1990-1995.



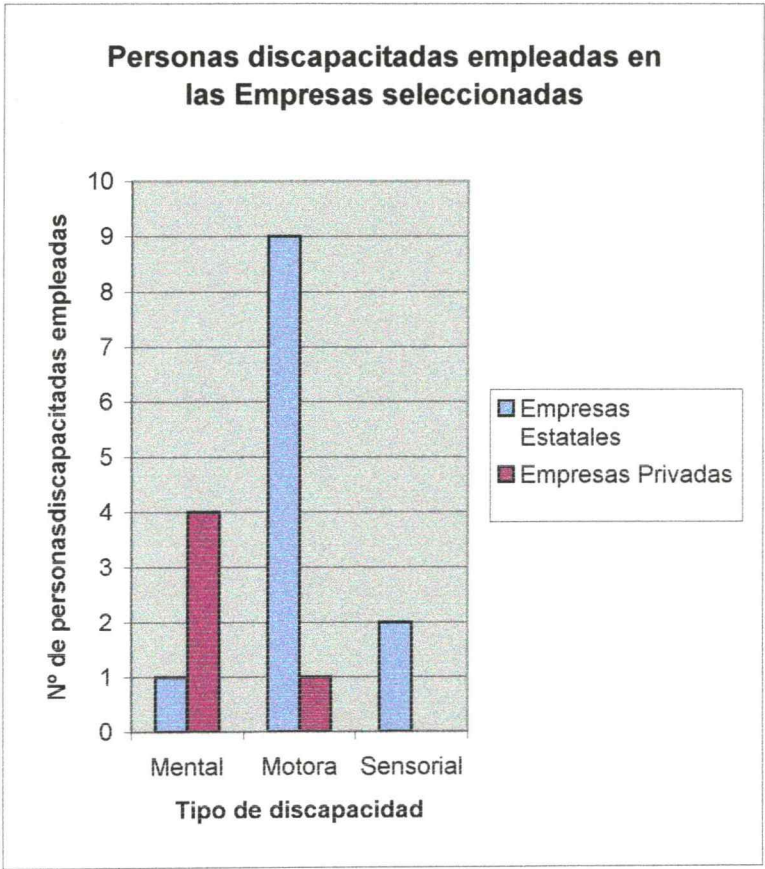
TABLA N° 21:

Número de personas discapacitadas empleadas en las Empresas seleccionadas en la ciudad de Mar del Plata, según tipo de discapacidad. (Julio-agosto de 1999).

N° DE PERSONAS DISCAPACITADAS EMPLEADAS EN EMPRESAS						
TIPO DE DISCAPACIDAD	Estatales		Privadas		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mental	1	20	4	80	5	100
Motora	9	90	1	10	10	100
Sensorial	2	100	0	0	2	100
TOTAL	12	70,6	5	29,41	17	100

Fuente propia

GRAFICO N° 21





Al estudiar el número de personas discapacitadas empleadas y teniendo en cuenta el tipo de discapacidad, observamos que en las Empresas Estatales el mayor predominio se registra en los discapacitados motores, seguidos de aquellos que presentan alteraciones sensoriales. En este punto debemos aclarar que el 100% de los empleados con estas características, responden a los dos casos encontrados en nuestra muestra.

En las Empresas Privadas el porcentaje más alto (80%), lo constituyen las personas con trastornos mentales y sólo el 10% aquellas con alteraciones motoras.

La integración de personas discapacitadas es bien aceptada por el resto de los empleados y personal jerárquico, entablándose una relación cordial y solidaria con los compañeros de trabajo.

La mayoría de las personas discapacitadas, trabajan la jornada laboral completa, excepto en un 20% de las Empresas privadas entrevistadas trabajan jornada laboral parcial.

La eficacia y calidad del trabajo realizado por estas personas merecen la misma calificación que el resto del personal.

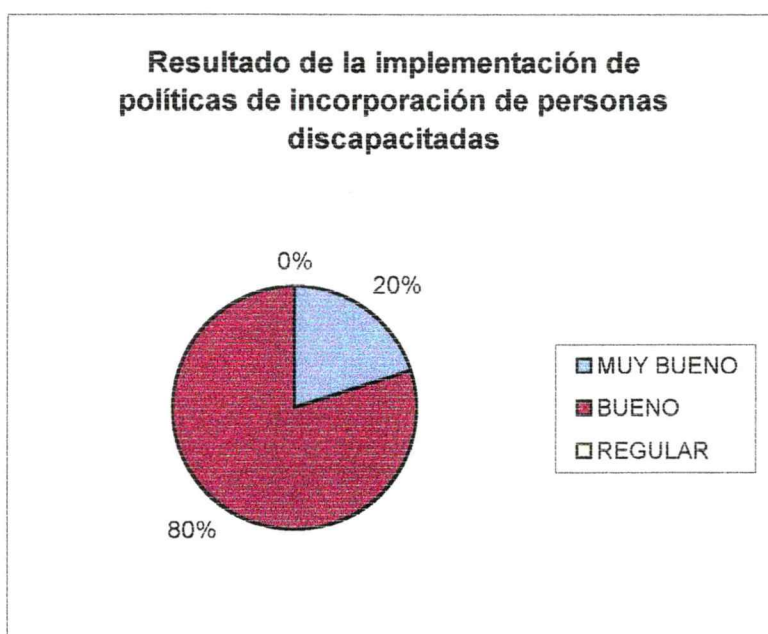
Considerando que si bien la tarea no se ha adaptado al empleado discapacitado, no es menos cierto que se le han asignado aquellas que responden al perfil ocupacional del mismo. El cumplimiento en la asistencia como así también en los horarios laborales merecen un "muy buen concepto" que supera al de sus pares no discapacitados, al decir de los Jefes de Personal entrevistados.

**TABLA N° 22:**

Resultado de la implementación de políticas de incorporación de personas discapacitadas, en las Empresas seleccionadas en la ciudad de Mar del Plata.
(Julio-agosto de 1999).

RESULTADOS	Nº	%
MUY BUENO	1	20
BUENO	4	80
REGULAR	0	0
TOTAL	5	100

Fuente propia

GRAFICO N° 22:

Al preguntarle al entrevistado sobre el resultado de la implementación de políticas de empleo de personas discapacitadas, se infiere de la TABLA N° 22, estas han sido en un (80%) buenas, y un (20%) muy buenas.



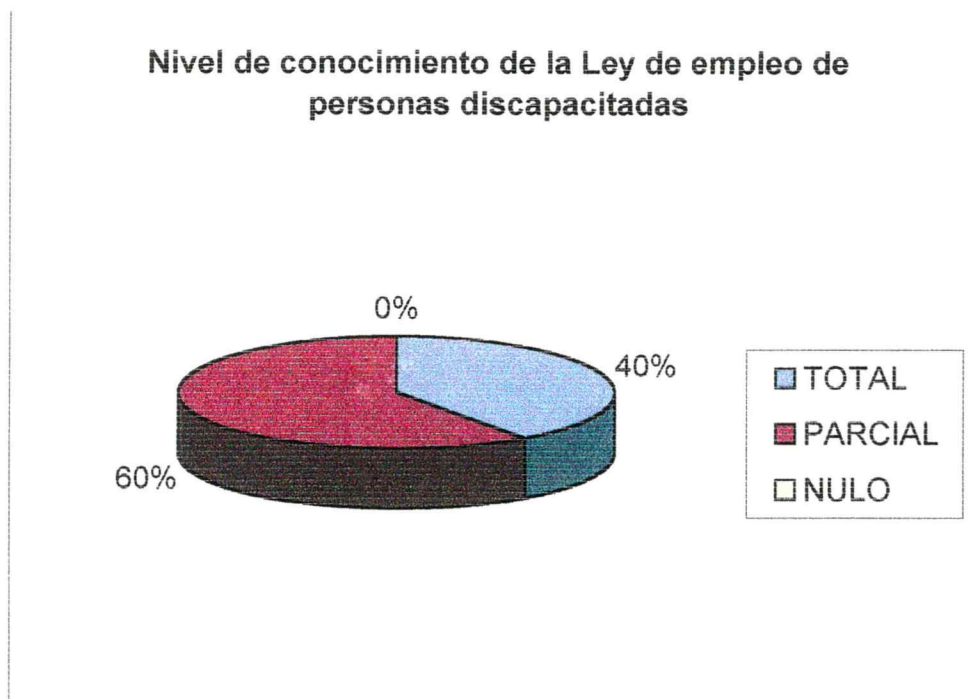
TABLA Nº 23:

Nivel de conocimiento del entrevistado sobre la Ley de empleo de personas discapacitadas, en las Empresas seleccionadas de la ciudad de Mar del Plata.
(Julio-agosto de 1999).

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Nº	%
TOTAL	2	40
PARCIAL	3	60
NULO	0	0
TOTAL	5	100

Fuente propia

GRAFICO Nº 23



En la TABLA Nº 23, observamos que el nivel de conocimiento, por parte del entrevistado, de la Ley de empleo de personas discapacitadas es PARCIAL en un 60%; y TOTAL en un 40%.



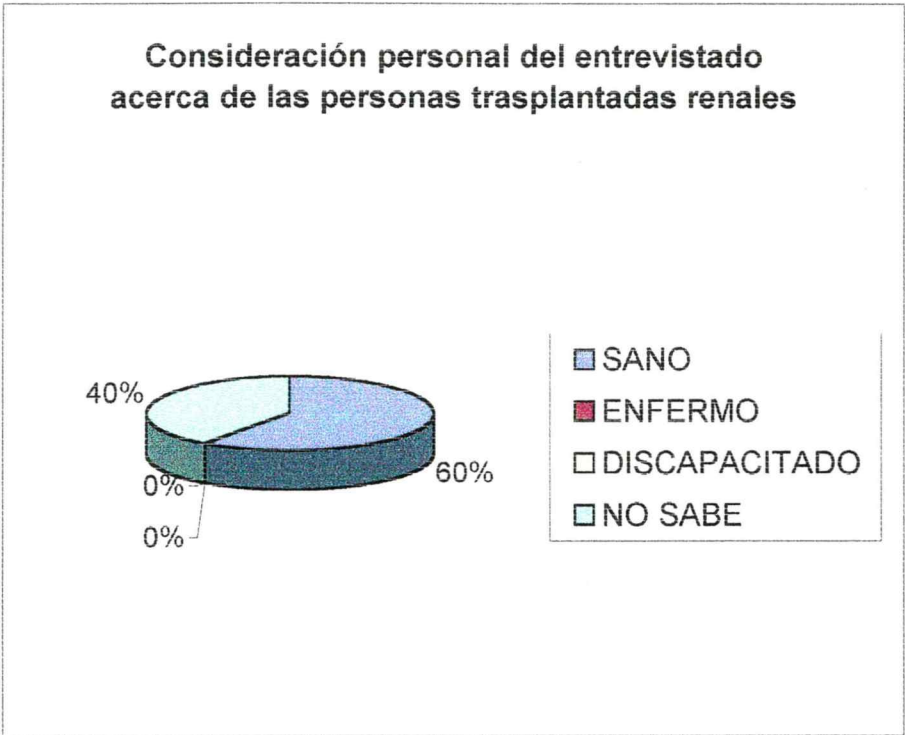
TABLA N° 24:

Consideración personal del entrevistado, acerca de las personas trasplantadas renales, obtenido en las Empresas seleccionadas de la ciudad de Mar del Plata. (Julio-agosto de 1999).

CONSIDERACION PERSONAL	N°	%
SANO	3	60
ENFERMO	0	0
DISCAPACITADO	0	0
NO SABE	2	40
TOTAL	5	100

Fuente propia

GRAFICO N° 24



Al preguntar como considera personalmente el entrevistado a las personas trasplantadas renales , un 60% las considera sanas y un 20% no sabe.

Actualmente, ninguna de las cinco Empresas posee empleados trasplantados renales, dentro de su población laboral.



CONCLUSIONES:

Al finalizar nuestro estudio y después de haber transitado un largo camino de trabajo y esfuerzo personal, llegamos a dar repuesta a algunos de los interrogantes que nos planteamos al comienzo de la investigación y que proyectamos y plasmamos en nuestros objetivos.

A fin de facilitar la explicación e interpretación de los resultados obtenidos, es que a partir del objetivo general de indagar en las personas trasplantadas de riñón, las dificultades existentes para su reinserción laboral, describiremos en primer lugar, aquellos aspectos personales, familiares, sociales y laborales que intervienen en dicha problemática. Explicaremos luego las políticas de empleo que implementan las distintas empresas, para la incorporación de esta población.

Es frecuente observar en estas personas, como consecuencia del ingreso y permanencia en el tratamiento dialítico, la reactivación de mecanismos regresivos, que generan una dependencia afectiva sostenida por la familia, mediante una actitud sobreprotectora, y la negación de su enfermedad; mecanismos que se mantienen luego del trasplante.

Frente a esta realidad se observa y en función de los datos obtenidos de la muestra, que las personas que recibieron un implante renal, no concurren a grupos de autoayuda en ningún momento del proceso terapéutico.

Otro dato interesante, consiste en el insuficiente apoyo y contención por parte de los profesionales en Psicología y Servicio Social, que únicamente asisten a aquellos casos derivados por el equipo médico.

Si bien los niveles de autoestima y confianza en sí mismo, varían positivamente después del trasplante, no lo hacen de modo suficiente, como para impulsar a un cambio de posición frente a su situación.

Adoptan, entonces, una actitud de automarginación y postergación personal, desde la cual pasan a delegar responsabilidades, a mantener un comportamiento pasivo, que interfiere negativamente en la reasunción de un rol e identidad laboral, con reconocimiento social.



Así lo pudimos comprobar al indagar entre los entrevistados acerca de su consideración personal, un 85% se define y valora como una persona sana en función de su bienestar físico actual, lo cual no condice con su actitud de retraimiento para la búsqueda y acceso a un empleo.

Es notable el alto porcentaje (71,42%), de personas trasplantadas que NO TRABAJAN, dato registrado en la TABLA N° 6, siendo la causa de mayor índice de desocupación la NEGATIVA a trabajar, seguida de un 20% que no lo hace por su condición de JUBILADO POR INVALIDEZ, y otro 20%, por ser una PERSONA TRASPLANTADA RENAL.

Nos detenemos aquí para aclarar la situación de aquellas personas jubiladas por invalidez. Durante la hemodiálisis a estos pacientes se los jubila para que posean una cobertura médico-asistencial, pudiendo acceder a un futuro trasplante.

Pero durante la etapa postrasplante, y estando el paciente en condiciones de reintegrarse a su medio laboral, al solicitar la baja de su jubilación a la entidad prestadora de dicho servicio, le es negada, imposibilitando así su acceso al mercado laboral.

El trasplantado renal, vive entonces en una situación de ambivalencia constante en nuestro sistema de vida. Por un lado se trata de contener, colaborar, asistir por medio de políticas de beneficiencia, programas, subsidios y declaraciones. Por otro lado, los condicionamientos que el mismo sistema tiene, actúan como determinantes en su situación de trasplantados, condenándolos al lugar de la incapacidad o invalidez, acompañados por la marginación cuando no, la automarginación.

También creemos necesario resaltar a ese 28,57% (TABLA N° 6), que trabaja actualmente en forma independiente, motivados por ser ellos el único sostén económico de la familia, porque a través del trabajo alcanzan su realización personal –social y el logro de una mayor autoestima.

Intentamos ahora dar respuesta a la actitud que adoptan los empleadores, frente a la demanda de empleo de las personas trasplantadas renales.

En cumplimiento con Ley de empleo para personas discapacitadas, encontramos que la totalidad de las Empresas visitadas, incorporan a su planta de operarios, en un porcentaje mínimo, personal con



discapacidades motoras, mentales y sensitivas. Ninguna de ellas, cuenta con empleados trasplantados renales.

Dichas políticas se vienen implementando en las empresas estatales a partir de la década del '80, y en las Empresas privadas desde el año '90 hasta nuestros días.

Comprobamos que existe por parte de los empleadores y jefes de personal, un gran desconocimiento y desinformación acerca del estado de salud y posibilidades laborales de las personas trasplantadas renales.

Al comenzar con nuestro proyecto nos planteábamos cuál sería el rol del T.O. en este nuevo campo de trabajo que intentamos abordar.

Son muchas las posibilidades de intervención profesional, teniendo en cuenta como objetivo prioritario, lograr una mejor calidad de vida del paciente durante la hemodiálisis, que mejore sus condiciones físicas y emocionales, en preparación al trasplante y a una pronta recuperación, facilitando su inserción en la vida social y laboral.

Creemos que la continuidad del tratamiento, sostenida en el trabajo interdisciplinario, implica el apoyo y orientación, en la exploración e identificación de objetivos laborales, de las posibilidades de adaptación y desempeño laboral.

Favorece la toma de conciencia del sentido del trabajo humano, como así también las oportunidades reales en el mercado laboral, las oportunidades de capacitación laboral, aptitudes y actitudes de la persona trasplantada ante el trabajo, estrategias alternativas ante las necesidades laborales, relaciones interpersonales en el trabajo, situación y actitudes familiares respecto al trabajo de la persona trasplantada, recursos para el sostenimiento económico, etc.

Ante la carencia de lineamientos de divulgación, información y accesibilidad sobre el tema en el ámbito empresarial, resulta de suma necesidad e interés, que el T.O. asuma dicha intervención, promoviendo: el conocimiento y la toma de conciencia, acerca de las características, necesidades y derechos, del trasplantado renal.

Todos los recursos y medios relacionados con la información y divulgación, tienen como objetivo principal dar a conocer y mejorar la



imagen de la persona trasplantada renal, defendiendo sus logros y realizaciones en el campo del trabajo.

Por último, es nuestra intención dejar abierto un nuevo campo de trabajo e investigación, basados en los resultados de esta experiencia, que contribuyan a acrecentar y profundizar los conocimientos y estudios en esta área.

El tiempo y esfuerzo dedicados a la búsqueda bibliográfica y al proceso de la investigación, nos dieron la posibilidad de concretar una ordenación temática de la misma, a fin de brindar un aporte más, a los futuros interesados en la tema.



ANEXO



1. **BIBLIOGRAFIA GENERAL**

- 1.1. McDonald. (1972). "Terapeutica Ocupacional en Rehabilitación". Editorial Salvat editores. Barcelona, España.
- 1.2. Willard & Spackman. (1973). "Terapéutica Ocupacional". Editorial Jénus. Barcelona, España.
- 1.3. Helmut Schoeck (1973). "Diccionario de Sociología". Editorial Herder. Barcelona.
- 1.4. Pichon Rivière, E. (1980). " Teoría del vínculo". Ediciones Nueva Visión SAIC. Bs. As. Argentina.
- 1.5. Enciclopedia de las Ciencias sociales. (1981). "La Sociología". Ediciones ASURI. S.A. Bilbao.
- 1.6. Larios de Dominguez, G.M. (1983). "La readaptación laboral del paciente minusválido: Centro de recuperación N° 1". Guatemala; Universidad Nacional de San Carlos, Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas.
- 1.7. Tessone, Juan O.(1984). "Rehabilitación: problema médico-fliar, educativo y social". Gráfica tres. CERENIL. Mar del Plata.
- 1.8. Pantano Liliana. (1987). "La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas". Editorial Eudeba. Buenos Aires.
- 1.9. Chemical & Engineering News, en Ciencia Hoy. (Febrero 1987). "Química Orgánica y Trasplante de Organos". Bs. As. Argentina.
- 1.10. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. (1990). Volúmen 108,N° 3, Washington DC, E.U.A.
- 1.11. Rotary Internacional. Distrito 4890. (Mayo 1992). "Una cuestión de conciencia: Dar Vida". Buenos Aires, Argentina.



- 1.12. K-Schaopueld; E-Bergsma; J-van Ginheken; H-van de Water. (1992). "Establecimiento de prioridades en materia de prevención". (OPS-OMS). Holanda-Washington DC.
- 1.13. C-Prieto. (1992). "Mi experiencia vivida. Criterio de tratamiento completo de T.O". Editorial Cenfer. Bahía Blanca.
- 1.14. Manual sobre equiparación de oportunidades para los impedidos. Decenio (1983-1992). Naciones Unidas.
- 1.15. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1992). "La investigación en Salud en América Latina". Publicación Científica Nº 543. Washington, DC. E.U.A.
- 1.16. Oficina Internacional del Trabajo, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. (1993). "Creación de empleo para personas discapacitadas: guía para organizaciones de empresarios".
- 1.17. (Marzo-abril 1993). "Gaceta Médica de Méjico". Volúmenes 128-129.
- 1.18. Asociación Argentina de Cirugía. (1993). "Procuración de órganos para trasplantes".
- 1.19. Sonnino Simonetta; Novick-M; Bianchi-E. (1993). "La investigación en salud en Argentina". Nº 36. Representación OPS/OMS. Buenos Aires.
- 1.20. A-Cañada; MA-Rossi.(1993). "Prevención primaria en Salud Mental". Tesis para la Lic. En T.O. (U.N.d M.d P.).
- 1.21. Friedrich Dorsch.(1994). "Diccionario de Psicología".
- 1.22. Desclos Jean. (1994). "Trasplante de Organos. Un acto de Amor". Ediciones San Pablo. Buenos Aires.



- 1.23. Ezequiel Ander-Egg. (1995). "Diccionario del Trabajo Social". Editorial Lumen. Buenos Aires.
- 1.24. Luciano Gallino. (1995). "Diccionario de Sociología". Editorial Siglo XXI. Madrid. España.
- 1.25. Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996). "Promoción de la Salud: una antología". Publicación Científica. N° 557. Washington DC. USA.
- 1.26. Cucaiba (Centro Unico Coordinador de Ablación e Implante Buenos Aires). (1996). "Programa de Trasplante de Organos y Tejidos de la Provincia de Buenos Aires. Resumen de actividades".
- 1.27. Javier Sádaba. (1997). "Diccionario de Etica". Editorial Planeta. Barcelona.
- 1.28. A-Escobar. (1997). "Organización de los Modelos Teóricos de T.O". Tesis para la Lic.en T.O. (U.N.d.M.d.P.).
- 1.29. Centro de Humanización y Pastoral de la Salud " San Camilo". (Religiosos Camilos). (Diciembre 1997/ Enero-febrero 1998). "Humanizar", N° 2. "Dar la vida por los demás.Donación y trasplante de órganos", pág,41.
- 1.30. Centro de Humanización y Pastoral de la Salud "San Camilo" (Religiosos Camilos). (Mayo-junio 1998). "Humanizar", N°4. "Done sus órganos. Por amor a la vida", pág,17.
- 1.31. Toboso Moreno-R. (dic 1998). "Servicios de integración laboral para personas con discapacidad". España.
- 1.32. Hopkins, Helen S; Smith Helen D; Willard Spackman. (1998). "Terapia Ocupacional". 8ª edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid.



- 1.33. A-Dell'Anno. (1998). "Política Social y discapacidad, sujeto y contexto". Editorial Lumen Humanitas. (U.N.d.M.d.P.). Bs.As.



2. Insuficiencia Renal Crónica.

- 2.1. Abram HS. (1968): "The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure and the prolongation of life". Am J Psychiatry 124:1351.
- 2.2. Jacobs A., Miller FM, Worwood M. y col.(1972). "Ferritin in the serum of normal subject and patients with iron deficiency and overload". Br.Med.J 4:206-209.
- 2.3. Calland C. (1972). "Iatrogenic problems in end-stage renal failure". N Engl. J. Med. 287:334.
- 2.4. Siegler M, Osmond H. (1973). "Aesculapian Authority".Hastings Cent Stud 1:41.
- 2.5. Strauss AL. (1975). "Chronic illness and the quality of life". St. Louis MO. Mosby.
- 2.6. Rettig R. (1980). "The politics of health cost containment: end-stage renal disease". Bulletin of the New York Academy of Medicine, 244:539.
- 2.7. Ferraris JR, Saenger P., Levinel L., New M., Pang S., Saxena B., Lewwy J. (1980). "Delay puberty in males with chronic renal failure". Kidney Int. 18:344-350.
- 2.8. Ferraris JR., Escobar ME., Domené HM., Rivarola MA.(1981). "Female puberty in chronic renal failure". Ped. Res. 15:190.
- 2.9. Brown EM., Wilson RE., Eastman RC, Pallott AJ., Marynick SP. (1982). "Abnormal regulation of parathyroid hormone release by calcium in secondary hyperparathyroidism due to chronic renal failure". J. Clin. Endocrinal Metab. 54:172-179.
- 2.10. W.F. (5 may 1983)"The Physician's Covenant"Philadelphia. Westminster.



- 2.11. Holahan, C.J; and Moos, R.H.(1983)."The quality of social support: Measures of family and work relationships".
Br.J.Clin.Psychol 22:157-740.
- 2.12. Hodson, E.M; Shaw, P.F; Evans, R.A y col.(1983)"Growth retardation and renal osteodystrophy in children with chronic renal failure". J.Pediatr. 103:735-740.
- 2.13. Levy, R.L(1983)"Social support and compliance: A selective review and critique of treatment integrity and outcome measurement".
Soc.Scl.Med. 17:1329-1338.
- 2.14. Wallston, B.S; Alagna, S.W; De Vellis, B.M; and De Vellis, R.F.
(1983)"Social support and physical health.". Health Psychol.4:367-391.
- 2.15. Iglehart, J.K.(1983)."The British National Health Service under the Conservatives". N.Engl.J.Med. 309:1264.
- 2.16. Wing, A.j.(1983)."Why don't the British treat more patients with Kidney failure". Br. Med.J., 287: 1157.
- 2.17. ESRD. Systems Branch, division of Information Analysis, Office of Statistics and Management, Bureau of Data Management and Strategy, End- Stage renal disease patient profile tables.(1984).Health Care Financing Administration. U.S. Department of Health and Human Services.
- 2.18. Follick, M.J, Smith, T., Ahern, DK.(1985). "The sickness impact profile: a global measure of disability in chronic.jow.back.pain. Pain 21-67-76.
- 2.19. Cohen, S., Wills, TA. (1985)."Stress, social support, and the buffering hypothesis.". Psychol. Bull. 98(29: 310-357.



- 2.20. Jasper H., Ferraris JR.(nov.1985). "Somatomedias y crecimiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal". SLAIP. XXIII Reunión Anual. Villa La Angostura, Neuquén. Argentina.
- 2.21. Eggers, PW. (1984). " Trends in medicare reimbursement for end-stage renal disease". Health Care Financing Review, 6: 31.
- 2.22. Evans RW., Manninen DL., Garrison LP., et al. (1985). The quality of life of patients with end-stage renal disease". N Engl. J.Med., 312(9): 553.
- 2.23. Ferraris JR., Ramírez J., Goldberg V., Rivarola M. (14-18 oct. 1986). "Estudio de la función glucocorticoide en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica cortical". VIº Congreso Argentino de Nefrología. Buenos Aires.
- 2.24. Ferraris Jr., Domemé H., escobar M., Caletti M., Ramírez JA., Rivarola M. (1986). "Female puberty in chronic renal failure". Pediatrics (enviado para publicación).
- 2.25. Christensen AJ., Turner CW., Slaughter JM., and Holman JM. (1989). "Perceived family support as a moderator of Psychological well-being in end-stage renal disease". J. Behav. Med. 12839:249-265.
- 2.26.** Felipe C., Naya M., Revilla R., Matesanz R. (1992). "Impacto económico de la incorporación de nuevos avances biotecnológicos en el tratamiento de insuficiencia renal crónica en España".Nefrología, 14(supl.1): 111-117.



3. Diálisis:

- 3.1. Pendras JP., Pollard TL. (1970). Eight years experience with a community dialysis center: The Northwest Kidney Center. *Trans Am Soc Artif Intern Organs* 16:77.
- 3.2. Friedman EA., Goodwin NJ., Chaudhry L. (1970). Psychosocial adjustment to maintenance hemodialysis. *NY State J Med.* 70:629.
- 3.3. Tyler HR. (1970). Neurological disorders seen in the uremic patient. *Arch Intern Med* 126:781.
- 3.4. Bullen M., Kincaid-Smith P., (1970). Asymptomatic pregnancy bacteriuria. A follow-up study 4-7 years after delivery, in *Renal Infection and Renal Scarring*, edited by Kincaid-Smith P., Fairley KF, Melbourne, Mercedes Publishing Services pág. 33.
- 3.5. Kaplan De-Nour A., and Czaczkes JW. (1972). Personality factors in chronic hemodialysis patients causing noncompliance with the medical regimen. *Psychosom. Med.* 34:333-344.
- 3.6. Reichsman F., Levy NB. (1972). Problems in adaptation to maintenance hemodialysis –a four year study of 25 patients. *Arch. Im. Med.* 130:859.
- 3.7. Gower PE. (1972). A long term study of renal function in patients with radiological pyelonephritis and other allied radiological lesions, in *Urinary Tract Infection*, edited by Brumfitt W, Asscher AW. London. Oxford, Medical, Publications, p 74.
- 3.8. De-Nour A, K; Czaczkes J.W; Lilos, P: (1972) "A study of chronic hemodialysis teams: Difference in opinions and expectations." *J Chron Dis* 25:441.



- 3.9. Teschan, P.E; Ginn H.E; Walker, P.J; Fristoe, M.W, Ward J.W(1974). "Quantitated functions of the nervous system in uremic patients on maintenance dialysis." Trans Am. Soc. Artif. Intern. Organs. 20:388.
- 3.10. Andrade, JD., Coleman, DL., Kin, SW., Lentz, DJ. (1975). "The coating of activated carbons for optimal blood compatibility". Artificial Liver Supports, edited by Willans, Murray-Lyon JM., Punbridge. Wells, Kent (uk), Pitman Medical, pág.84.
- 3.11. Freeman RB.(1975). Selection of patients for experimental dialysis studies. Kidney Int. 7,1, (suppl 2):S222.
- 3.12. Brunner, FP., Giesecke, B., Gurland, HJ., Jacobs, C., Parsons, FM., Schärer, K., Seyffart, G., Spies, G., Wing, AJ. (1975): "Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe" V. Proc. Eur. Dial. Transpl. Assoc. 12:3.
- 3.13. Sanford JP.(1975). "Urinary tract symptoms and infections." Ann. Rev. Med. 26:485.
- 3.14. Teschan PE.(1975). "EEG and other neurophysiological abnormalities in uremia". Kidney int 7(suppl 2): S210.
- 3.15. Ginn HE.(1975). "Nurobehavioral dysfunction in uremia ". Kidney Int.7 (suppl 2): S217.
- 3.16. Freeman RB., Smith, WM., Richardson, JA.(1975). "Long term therapy for chronic bacteriuria in men". US Public Health Service Study. And. Intern. Med. 83:133.
- 3.17. Beallo, R., Dallman, PR., Shoenfeld, PY., Humphreys, MH.(1976). "Serum ferritin and iron deficiency in patients on chronic hemodialysis". Trans. Am. Soc. Artif. Int. Organs. 22:73-79.



- 3.18. Stephen,RL; Atkin-Thor E; Kolff,WJ (1976). "Recirculating peritoneal dialysis with subcutaneous catheter ."Trans. Am. Soc. Artif. Intern Organs 22:575.
- 3.19. Ginn,H.E; Teschan P.E.(1976)."The nervous system in uremia" in Clinical Aspects of Uremia and Dialysis, edited by Massary S.G; Sellers.A.L; Springfield,I.L; Charles.C.Thomas.
- 3.20. Burns.S; Johnson.HK.(1976)."Rehabilitation potential of a dialysis versus a transplant population. Dialysis and Transpl.5no 6:54.
- 3.21. Mirahmad.KS; Paul WL; Winer RI.(1977)."Serum ferritin level. Determinant of iron requeriment in hemodialysis patients". JAMA . 238:601-603.
- 3.22. Cummings,NB.(1977)."Data Book Fiscal Year 1976. Research in Kidney and Urinary Tract Diseases. Bethesda MD. National Institutes of Health,p 4.
- 3.23. Ferraris,JR; Lewy JE.(may1978)."Growth in children with chronic renal failure." Dialysis and Transplantation.
- 3.24. .Bryan FA jr; Evans RW; Bergsten J (1978) "Final Report: Renal dialysis study; A study of factors affecting selection of dialysis treatment location. Research Triangle Park NC. Research Triangle Institute.
- 3.25. Chyatte, S.(Ed.).(1979)."Rehabilitation in chronic renal failure". Baltimore: Williams & Wilkins.
- 3.26. Fox, RC.(1979). "The madical profession's changing outlook on hemodialysis" 1950-1976, in Essays in Medical Sociology, Edited by Fox, RC., New York, John Wiley and Sons. Pág.122.
- 3.27. Dimond, M. (1979)." Social support and adaptation to chronic illness: The case of maintenance hemodialysis. Res. Nurs. Health 2:101-108.



- 3.28. Pierides, AM., Edwards WG.Jr., Cullam VX Jr., Mc Call Jr., Ellis II A.(1980). "Hemodialysis encephalopathy with osteomalacic fractures and muscle weakness".Kidney Int. 18:115-124.
- 3.29. Ferraris JR., Domené H., Escobar M., Caletti M., Rivarola M.(1980). "Female puberty in chronic renal failure: without dialysis". SLAIP, XVIII Reuniao Anual. Guarujá, Sao Paulo, Brasil.
- 3.30. Fox, RC.(1981). "Exclusion from dialysis: A sociologic and legal perspective (Nephrology Forum). Kidney Int.19:759.
- 3.31. Devins, GM., Binik, YM., Hollomby, DJ, et al.(1981)." Helplessness and depression in end- stage renal disease".J.Abnorm. Psy., 90:531.
- 3.32. Evans, RW., Blagg, CR., Bryan, FA. Jr. (1981). "Implications for health care policy: a social and demographic profile on hemodialysis patients in the United States". JAMA. 245:487.
- 3.33. Procci,WR.(1981). "Psychological factors associated with severe abuse of the hemodialysis diet".Gen. Hosp. Psychol.3:111-118.
- 3.34. Ramírez, JA., Ferraris JR., Gianantonio CA.(1981). "Experiencia de uan unidad de hemodiálisis pediátrica". Arch Arg. Pediatr. 79:587-593.
- 3.35. Kohaut EC.(1981). "Continuous ambulatory peritoneal dialysis: A preliminary experience". Am J Dis. Child. 135:270-271.
- 3.36. Victor-Gittleman, B.(1981). "The role of the occupational therapist in the rehabilitation of end-stage renal disease patients".Dialysis and transplantation, 10,738.
- 3.37. Kutner, NG., & Cardenas, DD. (1981). "Rehabilitation status of chronic renal disease patients undergoing dialysis: Variations by



age category". Archives of Physical medicine and rehabilitation, 62,62

- 3.38. O'Hare JA., Munaghan DJ. (1982). "Reversal of aluminum induced hemodialysis anemia by low aluminum dialysate". N. Engl J. Med. 306:654-6.
- 3.39. Auer, J.(1982)." Social and psychological issues of end stage renal failure". British Symposium.
- 3.40. Held P.J., Paul MV.(1982). "Competition and efficiency in the end-stage renal disease program". Working Paper N° 3064. Washington, D.C., The Urban Institute.
- 3.41. Lowrie, EG.; Hampers, CL. (1982). "Proprietary dialysis and the end-stage renal disease program. Dial. Transplant. 11:191.
- 3.42. Iglehart, JK.(1982). "Funding the end-stage renal disease program. N.Engl.J.Med., 306:492.
- 3.43. Ferraris JR, Domené HM., Escobar ME, Ramírez JA., Rivarola MA.(1983)." Pubertad femenina en la insuficiencia renal crónica (IRC)". 2º Congreso Latinoamericano y 1º Congreso Argentino de Trasplantes.Buenos Aires, Argentina.
- 3.44. Carney RM., McKevitt PM., Goldberg AP., et al. (1983). "Psychological effects of exercise training in hemodialysis patients". Nephron, 33, 179.
- 3.45. Andreoli SP., Bergstein JM., Sherrard DJ.(1984). "Aluminum intoxication from aluminum-containing phosphate binders in children with azotemia not undergoing dialysis". N Engl J Med.310:1.079-84.
- 3.46. Locatelli, A., de Bebedetti I., Fuentes, M., Chaya E., MarelliC., Castiglioni D., Marchetta N., Heibron A., Kef L., Valtuille R.(1984).



- 3.47. "4 años de experiencia en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). Vº Congreso Argentino de nefrología. Villa Giardino. Córdoba.
- 3.48. Cortines C., Ferraris J., Ramírez J., Baglivo H., Alvarez C.(1984). "Repercusión hemodinámica de fístulas arteriovenosas (FAV) en niños y adolescentes en hemodiálisis (HD) crónica. Vº Congreso Argentino de Nefrología. Villa Giardino. Córdoba.
- 3.49. Brahams D.(1984). "End-stage renal failure: the doctor's duty and the patient's right". Lancet, 1(8373):386.
- 3.50. Brahams D.(1985). "When is discontinuation of dialysis justified? ". Lancet i: 176.
- 3.51. Ferraris JR., Ruiz S., Ramírez JA., San Román JL.,Fromm G. (1985). "Osteodistrofia renal en niños y adolescentes en hemodiálisis crónica". Arch. Arg. Pediatr. 83:7-14.
- 3.52. Ramírez Ja., Bassani C., Ferraris . (1985). "La anemia en el paciente pediátrico con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis". Arch. Arg. Pediatr. 83:252-261.
- 3.53. Neu SC., and Kjellstrand C.(1986). "stopping long-term dialysis, an empirical study of withdrawal of life-supporting treatment". N. Engl. J. Med., 314:14.
- 3.54. Cortines M., Ferraris JR., Ramírez JA., Santini E., Jares G., Di Georgis N., Salusky I., Coburn J.(1986). "Aluminio (Al) en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica". VIº Congreso Argentino de Nefrología. Buenos Aires.
- 3.55. Rosenbaum M., and Ben-Ari Smira K.(1986). "Cognitive and personality factors in the delay of gratification of hemodialysis patients. J. Pers. Soc. Psychol.51:357-364.



- 3.56. Wolcott DW., Maida CA., Diamond R., and Nissenson AR. (1986). "Treatment compliance in end-stage renal disease patients on dialysis". *Am. J. Nephrol.* 6:329-338.
- 3.57. Ferraris JR., Domene H., Escobar ME., Ramírez J., Rivarola M. (1987). "Hormonal profile in pubertal female with chronic renal failure: before and under hemodialysis and renal transplantation". *Act. Endocrinol. (Copenh)*.
- 3.58. Office of Technology Assessment: Life Sustaining Technologies and the Elderly, in *Dialysis for Chronic renal failure*. OTA-BA-306, GPO Stock 052003010747. U.S. Government Printing Office Washington. D.C. (July 1987).
- 3.59. Ruiz S., Ferraris JR., Ramírez JA. (1987). "Una alternativa para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal: Diálisis peritoneal ambulatoria continua". *Arch. Arg. Pediatr.* En prensa.
- 3.60. Brown J., and Fitzpatrick, R. (1988). "Factors influencing compliance with dietary restrictions in dialysis patients". *J. Psychosom. Res.* 32:191-196.
- 3.61. Henderson G.E., Murphy EA., Sockwell ST., Jiongliang Z., Oingrui S., Zhiming L. (1988). "High-technology medicine in China, the case of chronic renal failure and hemodialysis". *N. Engl. J. Med.*, 218:1000.
- 3.62. Cummings NB. (1989). "social, legal and ethical issues involved in chronic maintenance dialysis. In *Replacement of renal Function by Dialysis*". Edited by Mather, JF., Boston, Martinus Nijhoff Publisher.
- 3.63. Poll IB., and Kaplan De-Nour, A. (1990). "Locus of control and adjustment to chronic hemodialysis". *Psychol. Med.* 10:153-157.
- 3.64. Christensen AJ., Smith TW., Turner CW., Holman JM., and Gregory MC: (1990). "Type of hemodialysis and preference for



behavioral involvement: Interactive effects on adherence in end-stage renal disease. *Health Psychol.* 9:225-236.

- 3.65. Díaz,M; Monteverde,M; Rovirosa,A; Caratazzolo,A; Vicich,R; Carmuega,E. (1994)"Dislipidemias y riesgo arterial en pacientes en diálisis y trasplante". *Medicina infantil*; 1(4):199-203.
- 3.66. Matesanz R. (1994). "Diferencias geográficas en el acceso a los tratamientos sustitutivos: diálisis y trasplante". *Nefrología*, 14(supl.1): 93-110.
- 3.67. Moreno,F; Sanz Guajardo,D. López J.M; Jofre R. Valderrábano,F;(july1995). COOPERATIVE SPANISH QL GROUP:"The relations of life in patients with ESRD on Dialysis".Spanish national study on QL in dialysis. XIII International Congress of Nephrology. Madrid. Spain.
- 3.68. Moreno,F; Sanz Guajardo,D; López JM; Jofre,R; Valderrábano,F. (june 1995). COOPERATIVE SPANISH QL GROUP:"Factors related to the quality of life (QL) of patients with ESRD on dialysis".XXXII Congress of the European Renal Associations Atenas. Grecia.
- 3.69. Moreno,F; Sanz guajardo,D; López,JM; Jofre R; Valderrábano F. (june 1995).COOPERATIVE SPANISH QL GROUP:"The relations of hemoglobin on quality of life patients with ESRD on dialysis".XXXII Congress of the European Renal Associations. Atenas. Grecia.
- 3.70. Moreno F; Sanz Guajardo D; López JM; Jofre R; Valderrábano F. (july 1995).COOPERATIVE SPANISH QL GROUP:" Evaluation of the quality of life in dialysis patients. Spanish national study on QL in dialysis". XIII International Congress of Nephrology. Madrid. Spain.
- 3.71. Moreno F; Sanz Guajardo D; López JM; Jofre R; Valderrábano F. (july 1995).ON BEHALF PF THE COOPERATIVE SPANISH QL



STUDY GROUP (CSQLSG). "Factors related to the quality of life (QL) of patients with ESRD on dialysis. Spanish national study on QL in dialysis" XIII International Congress of Nephrology. Madrid. Spain.

- 3.72. Moreno F; Sanz Guajardo D; López JM; Jofre R; Valderrábano F.(1996).On behalf of the Spanish Cooperative Renal Patients Quality of life Study Group:"Quality of life in dialysis patient."A Spanish multicenter study Nephrology Dialysis and Transplantation. (Supl. 2)125-129.
- 3.73. Moreno F; Sanz Guajardo D; López JM; Jofre R; Valderrábano F. (1996). Spanish Cooperative Renal Patients Study Group Quality of life in Diabetic Dialysis Patients. A Spanish Cooperative Study Journal of the American Society of Nephrology, 7(9):1458.
- 3.74. Moreno F; Sanz Guajardo D; López JM; Jofre R; Valderrábano F. (1996)."Factors related to the quality of life of patients with ESRD on Dialysis". Spanish National Study on QL in Dialysis. Kidney Int (in press).
- 3.75. Moreno F; Sanz Guajardo D; López JM; Jofre R; Valderrábano F(1996)."Evaluation of the quality of life in dialysis patients". Spanish National Study on QL in Dialysis. Kidney Int (in press).
- 3.76. Moreno F; Sanz Guajardo D; López JM; Jofre R; Valderrábano F. (1996). Grupo Español para el estudio de la Calidad de Vida de los pacientes con IRC."La Calidad de Vida de los diabéticos en diálisis". Estudio Nacional sobre Calidad de Vida en diálisis. Nefrología XVI, (supl):64.
- 3.77. Moreno F; Sanz Guajardo D; López JM; Jofre R; Valderrábano F. Grupo Español para el estudio de la Calidad de Vida en los pacientes con IRC."Factores relacionados con la Calidad de Vida de los pacientes con IRC en diálisis". Estudio Nacional sobre Calidad de Vida en diálisis Nefrología. XVI (supl): 64.



- 3.78. Moreno F; Sanz Guajardo D; López JM; Jofre R; Valderrábano F.(1996). "Resultados del estudio Nacional sobre Calidad de Vida". Nefrología XVI,(supl): 64.
- 3.79. Moreno F; Sanz Guajardo D; López JM; Jofre R; Valderrábano F.(oct.1996). "Factores relacinados con la Calidad de Vida de los pacientes con IRC en diálisis". Estudio Nacional sobre la Calidad de Vida en diálisis;XXVI Congreso de la Sociedad Española de Nefrología. Salamanca.
- 3.80. Moreno F; Sanz Guajardo D; López JM; Jofre R; Valderrábano F. (nov.1996). "Quality of life in diabetic. Dialysis patients". A Spanish Cooperative Study. 29th Annual Meeting ASM. USA.
- 3.81. Moreno F; Sanz Guajardo D; López JM; Jofre R; Valderrábano F. (1997). "Influence of Renal Transplant on quality of life in patients on dialysis". Spanish Multicenter Study International Congress, Austria.



4. Trasplante renal

- 4.1. Michon L, Hamburguer J, Ceconomos P, Delinotte P, Richet G, Vaysse J, et al.(1953). Une tentative de transplantation rénale chez l'homme aspects médicaux et biologiques. Press Med 61:1.419-1.423.
- 4.2. Hume DM, Merrill BF, Thorn GW.(1955). Experiences with renal homotransplantation in the human: Report of nine cases. J Clin Invest 34: 327-382.
- 4.3. Murray JE, Merrill JP, Harrison JH.(1958). Kidney transplantation between seven pairs of identical twins. Ann Surg 148:343-359.
- 4.4. Murray JE, Merrill JP, Dammann GJ, Deal JB, Walter CW, Brooke MS, et al. Study on transplantation immunity after total body irradiation: Clinical and surgical investigation. Surgery 48:272-284.
- 4.5. Calne RY.(1960). The rejection of renal homografts: Inhibition in dogs by 6-mercaptopurine. Lancet 1:417-418.
- 4.6. Goodwin WE, Kaufman JJ, Mims MM, Turnel RD, Glasscock R, Goldman R, et al.(1963). Human renal transplantation: Clinical experiences with 6 cases of renal homotransplantation. J Urol 89:13-24.
- 4.7. Dunea G, Kolff WJ.(1965). Clinical experience with the yatzidis charcocil artificial kidney. Trans. Am. Soc. Artif Inetrn Organs 11:178.
- 4.8. Starzl TE, Marchioro TL, Waddell WR.(1963). The reversal of rejection in human renal homografts with subsequent development of homograft tolerance. Surg Gynecol Obstet 117:385-395.



- 4.9. Goldberg.RT, Bigwood.AW, Donaldson.WH. (1972). "Vocational adjustment, interests, work values, and careers plans of patients awaiting renal transplantation. Scand J Rehabil Med 4:170.
- 4.10. Greenberg RP, Davis G, Massey R. (1973). The psychological evaluation of patients for a kidney transplant and hemodialysis program. Am J Psychiatry 130:274.
- 4.11. The 12th report of the human transplant registry.(1975). JAMA 233:787.
- 4.12. Stephen RL, Jacobsen SC, Atkin-Thor F, Kolff WJ.(1975). Portable wearable artificial kidney (WAK)- initial evaluation. Proc. Eur. Dial. Transpl. Assoc. 12:511.
- 4.13. Simmons.R.G, Klein.S, and Simmons,R.L.(1977). " Gift of Life: The Social and Psychological Impact of Organ Transplantation". John Wiley and New York.
- 4.14. Calne RY, White DJG, Thiru S, Evans DB, McMaster P, Dunn DC, et al.(1978). Cyclosporin A in patients receiving renal allografts from cadaver donors. Lancet 2:1. 323-1.327.
- 4.15. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, et al.(1982). Procedures Manual: national kidney dialysis and kidney transplantation study. Seattle.W.A : Health and population study center, Battelle Human Affairs Research Centers.
- 4.16. Koop.CE.(Nov-Dec. 1983). Increasing the supply of solid organs for transplantation. Public. Health Reports. 98:6.
- 4.17. Traeger J, Touraine JL, Malik MC.(1983). Globulina antilinfocitaria y drenaje del conducto torácico en el trasplante renal. En: Caralps A, Gil-Vernet JM, Vives J, Andreu J, Brulles A, Tornos D., editores. Trasplante renal. Barcelona: Toray 360-371.



- 4.18. Koop.C.E. (nov-dec,1983). "Increasing the supply of solid organs for transplantation. Public Health Reports. 98:6.
- 4.19. Organ Transplant and Procurement Act of 1984. S. 2048.
- 4.20. National Organ Transplant Act. (October 19,1984).Public Law 98-507.
- 4.21. Challah.S; Wing.A.J; Bauer.R; Morris.R.W; Sehroeder.S.A. (1984). " Negative selection of patients for dialysis and transplantation in the United Kingdom.Br. Med.J, 288:1119.
- 4.22. Ferraris J.R, Ramírez J A, Lejarraga H. (nov. 1985). "Crecimiento en pacientes con trasplante renal". SLAIP, XXIII Reunión Anual, Villa La Angostura, Neuquén, Argentina.
- 4.23. Evans,R.W. (1985). A comparative analysis of quality of life: Heart transplantation, kidney transplantation, kidney dialysis, and the general population. In National Heart Transplantation Study Volume I: " Historical Perspectives and Methodologies, Battelle-Human Affairs Research Centers, Seattle,pp.26-1 to 26-23
- 4.24. Novello.A.C; Sundwall.D.(1985). "Transplantation Proceedings. Vol.XVII.núm. 1:1585.
- 4.25. Task force on organ transplantation. Report to the Secretary and the Congress on Immunosuppressive Therapies. (October 1985). Washington, D.C., U.S. Department of Health and Human Services.
- 4.26. Task force on organ transplantation. Organ Transplantation: Issues and Recommendations. (April 1986). Washington D.C., U.S. Department of Health and Human Services.
- 4.27. The Canadian Multicentre Transplant Group. A randomized clinical trial of cyclosporine in cadaveric renal transplantation.(1986). N Engl J Med 314:1.219-1.225.



- 4.28. Khauli RB, Novick AC, Steinmuller DR, et al.(1986). Comparison of renal transplantation and dialysis in rehabilitation of diabetic end-stage renal disease patients. *Urology* 27(6): 521.
- 4.29. So.S.Mauer, M. Nevins T.E, Fryd D.Ascher,N.Simmons,R.Najarian J (1986) "Current results in pediatric renal transplantation at the University of Minnesota. *Kidney Int* 1986:30 (Suppl .19):S-25, S-30.
- 4.30. Novello AC, and Sundwall,D. (1987). *Transplantation Proceedings*. Vol. XIX, núm.1:1505.
- 4.31. Calne R. (1987). Cyclosporin in cadaveric renal transplantation: 5-year followup of a multicentre trial. *Lancet* 11:506-507.
- 4.32. Bachs FH, Sachs DH. (1987). Current concepts: transplantation immunology. *N Engl J Med* 317:489-492.
- 4.33. Edhit T. Oberley, MA, and Neal R. Glass, MD., F.A.C.S. Charles C. Thomas Publishers (1987). *Understanding Kidney Transplantation (Conocimiento del trasplante de riñón)*. 2600 South First Street Springfield, IL 62794-9265.
- 4.34. Pereyra, LH. (1987). *Complications of organ transplantation*. New York: Dekker.
- 4.35. Davis MM, Bjorkman PJ. (1988). T-receptor genes and T-cell recognition. *Nature (Londres)* 334:395-402.
- 4.36. Andreu J. (1988). Trasplante renal. Estado actual y perspectiva de futuro. *Med Clin (Barc)*. 91:546-555.
- 4.37. Mainetti Luis, Ferreyra Fernandez Sergio, Hilchenbach Guillermo, Vilá Norberto D. (1989). Trasplante renal/ Kidney transplantation. *Rev. Argent cir*; 57(6):272-4.



- 4.38. Surman OS. (1989). Psychiatric aspects of organ transplantation. American Journal of Psychiatry, 146,8,972.
- 4.39. Bremer BA, McCauley CR, Wrona RM; Johnson JP. (Dic.1989). Quality of life in end-stage renal disease: a reexamination . Am J Kidney, 13(3):200.
- 4.40. E vans RW. (1990). Quality of life assessment and the treatment of end-stage renal disease. Transplant Rev. 4(1):28.
- 4.41. Monaco, AP. (1990). Transplantation: The state of the art. Transplantation Proceedings, 22(3),896.
- 4.42. Alexander, JW.(1990). The cutting edge: A look to the future in transplantation. Transplantation, 49(2),237.
- 4.43. Perez R, Matas AJ, Gillingham K, et al.(1990). Lessons learned and future hopes: three thousand renal transplant at the University of Minnesota. In: terasaki P, ed Clinical transplants . Los Angeles: UCLA Tissue Typing Laboratory, 1991:217
- 4.44. Christensen AJ, Holman JM Jr., Turner CW,et al. (1991). A prospective study of quality of life in end-stage renal disease: effects of cadaveric renal transplantation. Clin Transpl.5:40.
- 4.45. Norris, MK; & House, MA.(1991). Organ and tissue transplantation nursing care from procurement through rehabilitation. Philadelphia: F.A. Davis.
- 4.46. Land, W. (1991). New potential options in clinical immunosuppressive therapy. Clin Transplan 5.493-500.
- 4.47. Christensen,A J, Holman,J.M, Turner,T.W, Smith,T.W, Grant,M.K,and De Vault,G.A. (1991). "A prospective study of quality of life in end-stage renal disease:Effects of cadaveric renal transplantation". Clin. Transplant.5: 40-47.



- 4.48. Cameron JS. (1993). The future of nephrology with special regard to advances treatment. *Kidney Int* 1992; Supl 38:203-212. *Med Clil (Barc)* 100 Supl 1:32-34.
- 4.49. Pérez Rojas, Gloria E, Boissiere Marcos, Dominguez Jorge, Palacios Marina, Chavez Marlen Ch. De. (1986). Inmunogenética clínica y trasplante renal: diez años de experiencia en Venezuela.
- 4.50. *Bol Oficina Sanit Panam*; 100(2):193-202. *Medicina (Bs.As.)*; 51(2):177-8, 1991.
- 4.51. Ball, P.(1986). Pancreatic transplantation. *AORN Journal*,43.632. Kuchler,T., Kober B., et al. (1991). Quality of life after liver transplantation: Can a psychosocial support program contribute? *Transplantation Proceedings*, 21(1),1541.
- 4.52. Torregrosa JV., Oppenheimer F,(1991). Transplante renal *Med Integr* 18:444-451.
- 4.53. Kaham BD. (1991). Transplantation timeline. Sobre el bloqueo del aparato reticuloendotelial en el hombre en algunas formas de intoxicación por el sublimado y sobre la trasplantación del riñón cadavérico como método de tratamiento de la anuria consecutiva a aquella intoxicación. *Siglo Med* 97:296-298.
- 4.54. Edith,T., Oberley, Ma., and Terry D. Oberley, MD., Ph.D.Fourth edition,(1991). *Your New Life Wuth Dialysis- A patient guide for physical and psychological adjustment (Su nueva vida con la diálisis- Guía de adaptación física y psicológica para el paciente)*.Charles C. Thomas Publishers 2600 South Firts Street Springfield, IL 62794-9265.
- 4.55. Gordillo, Paniagua,G. (1992). La muerte, el donador cadavérico y la obtención de órganos para trasplantes. *Gac méd Méx*; 128(1):83-5.Nº Inventario: AR3.1.



- 4.56. Madero,L, Merino JM, Diaz MA, Pareja J. (Oct.1992). Coma relacionado con ciclosporina en trasplante de médula ósea./ Ciiyclosporin-related coma in bone marrow transplantation letter. Sangre (Barc); 37(5) : 412-3.
- 4.57. Torrez Hernández, Rosa María; Arévalo Salazar, Ana; Vargas Zamora, Héctor Raúl; Estrada Oros, Jorge; Martínez de Jesús, Fermín.(mayo-ago.1992). Anestesia en trasplante renal/ Anesthesia in renal transplant. Bol Col Mex Urol; 9(2):101-5. Tab. N° Inventario: MX1.1-10116.
- 4.58. Hernández Ordóñez, Octavio Francisco. (Ene-abr. 1992). El urólogo en el trasplante renal/ The urologist in renal transplant. Bol Col Mex Urol; 9(1):1-3. N° Inventario: MX1.1-10101.
- 4.59. Besteiro, Julio Morais; Aki, Fabio Ezo; Mendes, José de Arimateia; Ferreira, Marcus Castro.(1992). Trasplantes microquirúrgicos para depresores faciales/ Microvascular transplants for facial depressions. Rev Hosp Clin Fac Med Univ Sao Paulo; 47(6):271-5, N° Inventario: BR66.1-012036.
- 4.60. German, José Carlos; Flores, José H; Chiesura, Gustavo; Martinez Ruiz, Eliana; Sirur Flores, Sonia; Laudanna, Antonio Atilio.(1992). Estrongiloidiasis fatal en pacientes inmunodeprimido pos-trasplante renal/ Fatal strongyloidiasis in immunodepressed patient after kidney transplantation. Rev Hosp Clin Fac Med Univ Sao Paulo; 47(1):31-3. N° inventario: BR66.1-011980.
- 4.61. Russell JD, Beecroft ML, Lidwin D, Churchill DN. (1992). The quality on life in renal transplantation-a prospective study. Transplantation; 54(4):656.
- 4.62. Manninen DL, Evans RW, Dugan MK. (1991). Work disability, funcioinal limitation, and the health status of kidney transplantation recipients posttrasplant. In: Terasaki P, ed. Clinical transplant. Los Angeles : UCLA Tissue Typing Laboratory, 193.



- 4.63. Krook, E; Mortel, Ch.E. (Abril/mayo 1992). Normas sobre el trasplante de órganos humanos. Informaciones Roemmers; (118):4-5.
- 4.64. Cano Valle, F; Moctezuma Barragán, G; Cacho Salazar, JM; Castellano Coutino, J; Madrazo, I. (mar/ abril 1993). Derechos humanos y trasplantes de órganos. I. Introducción./ Human rights and organ transplantation. I. Introduction. Gac méd Méx; 129(2):165-9. N° Inventario: AR3.1.
- 4.65. Madrazo, I. (mar/ abril 1993). Derechos humanos y trasplantes de órganos. V. Trasplantes de tejido embrionario al cerebro humano./ Human rights and organ transplantation. V. Transplantation of embryonic tissue into the human brain. Gac méd Méx ; 129(2):179-82. N° Inventario: AR3.1.
- 4.66. Ciardullo, M; dir.; Andriani, O. (1993). Procuración de órganos para trasplantes 1993. Buenos Aires; Asociación Argentina de Cirugía; 103p.p. WO 690 PRO 1993. N° Inventario: 4075.
- 4.67. Trasplantes de tejidos fetales.(1993). Medical MAG; 4(34):41-46.
- 4.68. Patel K, Matalon TAS, Ali A. (1994). "Radiology of renal transplantarion " en putman C and Ravin C: Text Book of diagnostic imaging. Segunda edición. Vol II. Editorial Saunders.
- 4.69. Kerman RH. (1994). Importancia de las pruebas de histocompatibilidad en trasplante clínico/ Relenvance of histocompatibility testing in clinical transplantation. Departament of Surgery, University of Texas Medical School at Houston. Clin Quir Norteam; (5):1065. N° Inventario: AR3.1.
- 4.70. Johnston TD; Katz, SM. (1994). Consideraciones especiales para el paciente de trasplante que requiere otras operaciones/ Special considerations in the transplant patient requiring other surgery. Department of Surgery , University of Texas Medical School,



Hermann Hospital, Houston. Clin Quir Norteam; (5):1275. N° Inventario: AR3.1.

- 4.71. Nicholson,V; Johnson, PC. (1994). Complicaciones infecciosas de los receptores de trasplantes de órganos sólidos/ Infectious complications in solid organ transplant recipients. Center for Infectious Diseases, Houston, TX. N° Inventario: AR3.1.
- 4.72. Eggers-PW; Kucken-LE. (1994). Aspectos de los costos del trasplante/Cost issues in transplantation. Clin Quir Norteam; (5) : 1323, N° inventario: AR3.1 ; Program Evaluation Branch, Health Care Financing Administration, Baltimore, MD.
- 4.73. Stepkowski-SM. (1994). Inmunobiología de los trasplantes : actualización/ Trnsplantation immunobiology. An update. Clin Quir Norteam; (5) : 1041, N° Inventario : AR3.1; Departament of Surgery, University of Texas Medical School at Houston.
- 4.74. Frider-B; Sookoian-S; Castano-G. (1994). Porfiria cutanea tarda y trasplante renal. / Porphyria cutanea tarda and kidney transplantation letter. Medicina (Baires) ; 54(3) : 285-6. N° Inventario : AR3.1.
- 4.75. Ravinowich, R. Rev.com.(1994). 159 p.p. Argentina Régimen de trasplantes de órganos y materiales anatómicos Ley 24193. Complemenada con el decreto 773/93 y la resolución RNP 1000/93. Buenos Aires; Astrea; WO 32 ARG 1994. N° Inventario: 4114.
- 4.76. Dilonardo Ana María (1994). Etica y trasplantes./ Ethic and transplantation. Rev. Asoc. Médica Argentina.
- 4.77. Oliver JH: (may 1995) . Clinical indications, recipient evaluation, surgical considerations and the role of CT and MR in renal transplantation. Radiologic clinics of North América 33:435-446.



- 4.78. Tublin ME and Dodd GD, (may 1995). "Sonography of renal trasplantation". Radiologic clinics of North América 33:447-460.
- 4.79. Orons PD and Zajko AB.(may 1995). "Angiography and interventional aspects of renal trasplantation". Radiologic clinics of North América 33:461-472.
- 4.80. Merritt CRB.(1995). "Organs transplantation: liver,kidney and pancreas " en Taylor KIW, Burns PN and Wells PNT: "clinical applications of doppler ultrasound". Second edition. Raven Press.New york, P 203-220.
- 4.81. Chavers B, Matas AJ, Gilligham KJ, et al. Pediatric renal transplantation at the University of Minnesota (1994). "The cyclosporine years". In Terasaki P, ed Clinical transplants. Los Angeles : UCLA Tissue T Typing Laboratory, 1995:203.
- 4.82. Matas-AJ; Lawson-W; Mchugh-L; Guillin.Gham-K; Payne-WD. Punn-DL.(1996). "Employment patterns after suuccessful Kidney transplantation". Transplantation.61(5):729-33.
- 4.83. Binet-I; Bock.AH; Vogelbach-P; Gasser T; Kiss-A; Brunner-F; Thiel-G;(1997). "Outcome in emotionally relatice living kidney donor transplantation". Nephrol-Dialysis,Transplantation. 12(9):1940-8.
- 4.84. Pertusa-Pena.C; Llarena-Ibarguren.R; Lecumberri-Castanos.D; Fernandez del Busto.E. (1997). "Relation between renal transplantation and work situation". Archivo. Español. Urología;50 (5):489-94.
- 4.85. Kramar-RT; Eymann-A; Ramirez-JA; Ferraris-JR. (1997). "Quality of life after kidney transplantation in children". Transplantation 64(3):540-1.
- 4.86. Markell-MS; Di Benedetto-A; Maursky-V; Sumrani-N; Hong-JH; Distant-DA; Miles-AM; Sommer-BG; Friedman-EA:(1997).



"Unemployment in inner city renal transplant recipient". AM-J.Kidney-Dis;29(6):881-7.

- 4.87. F.Moreno, D.Sanz, J.M.López, R.Jofre F.Valderrábano. (1997). "On behalf of the Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life Study Group. Renal Transplant on Quality of Life. Influence og Gender". 30 th Annual Meeting, ASM november 1997, USA.

Congresos/ Reuniones en España.

- 4.88. Chantada Abal, Gómez Veiga, González Martín. (sept.1988). "Dilatación endoscópica de estenosis ureterales". (vídeo). I Simposium Nacional de Urolitiasis y Endoscopia en Urología. Palma de Mallorca.
- 4.89. González Martín, García Buitrón.(dic.1988). "Extracción de riñones para trasplante". (vídeo). Simposium trasplante hepático experimental y humano.La Coruña.
- 4.90. García Buitrón, Chantada Abal, Gómez Veiga, Busto Castañón.(abr.1988). "Complicaciones linfáticas en los primeros 200 trasplantes".IX Reunión Nacional de Urotrasplante. Oviedo.
- 4.91. Gómez Veiga, Chantada Abal, Busto Castañón, García Buitrón.(abr.1988)."Complicaciones vasculares en los primeros 200 trasplantes". IX Reunión Nacional de Urotrasplante.Oviedo.
- 4.92. Busto Castañón, Gómez Veiga, Chantada Abal, García Buitrón, González Martín.(abr. 1988). "Reflujo vesico-ureteral congénito en el trasplante renal". Oviedo.
- 4.93. Chantada Abal, Gómez Veiga, García Buitrón, Busto Castañón, González Martín. (abr.1988). "Fístula calicial y estenosis ureteral simultáneas en el trasplante renal". IX Reunión Nacional de Urotrasplante. Oviedo.



- 4.94. García Buitrón, González Martín, Serrano Barrientos, Míguez Codesido, Casas Muiño, Bustos Castañón, Chantada Abal, Gómez Veiga, Sánchez R. Losada.(may.1988). "Complicaciones quirúrgicas en los primeros 200 trasplantes". XXXII Reunión Nacional de la Regional Gallega de Urología. Santiago. Regional Gallega de Urología. Santiago.
- 4.95. Chantada Abal, Gómez Veiga, García Buitrón, Gozález Martín.(jun.1988). "Nuestra experiencia en fístulas caliciales en los primeros 200 trasplantes". LIII Congreso Nacional de Urología. Bilbao.
- 4.96. JM. García Buitrón. (jun. 1989). "Resultados de trasplante renal. Nuestra experiencia". Reunión de Coordinadores de trasplante. San Sebastián.
- 4.97. JM. García Buitrón.(nov.1990). "Resultados del programa de extracción y trasplante en el Hospital Juan Canalejo". Symposium Nacional Coordinador trasplante. Cádiz.
- 4.98. García Buitrón, Sáchez R. Losada, Gámez Veiga, Chantada Abal, González Martín.n (marz. 1990). "Trasplate renal. Neoplasia iatrogénica". XI Reunión Nacional de Urotrasplante. Sevilla.
- 4.99. García Buitrón, Chantada Abal, Sánchez R. Losada, Gómez Veiga, González Martín. (marz.1990). "Manejo endourológico de la vía urinaria en el trasplante renal"(vídeo). XI Reunión Nacional de Urotrasplante. Sevilla.
- 4.100. Sanchez R. Losada, Chantada Abal, Gómez Veiga, García Buitrón, González Martín. (marz.1990). "Manejo endourológico de las complicaciones de la vía urinaria post-trasplate". XI Reunión Nacional de Urotrasplante. Sevilla.
- 4.101. Chantada Abal, Sousa Escandón, García Buitrón, Sánchez R. Losada, Gómez Veiga, González Martín. (may.1990).



"Trasplante de riñones pediátricos en receptor adulto".(poster).
XXXV Reunión Gallega de la A.E.U. Ponferrada.

- 4.102. García Buitrón, Chantada Abal, Gómez Veiga, Sánchez R. Losada.(may.1990)." Alternativas terapéuticas en la obstrucción del trasplante renal".(vídeo). XXXV Reunión Gallega de la A.E.U. Ponferrada.
- 4.103. Gómez Veiga, Rodríguez Rivera, García Buitrón, Picallo Sánchez, Sousa Escandón, Chnatada Abal, González Martín. (4-5 abr.1991)."Trasplante renal: complicaciones de la biopsia del injerto". XII Reunión Nacional de Trasplante Renal de Asociación Española de Urología. La Coruña.
- 4.104. Sánchez-Rguez; Losada, Garcia Freire; Chantada Abal; García Buitrón, Gómez Veiga.(4-5 de abril 1991)."Trombosis venosa en el trasplante renal".XII Reunoón Nacional de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. La Coruña.
- 4.105. Rguez-Rivera, García Buitrón, García Freire, Picallo Sánchez, Sánchez Rguez-Losada, Chantada Abal, González Martín.(4-5 de abril,1991)."Trasplanctectomía,nuestra experiencia."XII Reunión Nacional de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. La Coruña.
- 4.106. Chantada Abal, García Buitrón, Sánchez Rguez-Losada, Picallo Sánchez, Rguez Rivera, González Martín.(4-5 abril,1991)."Trasplante Renal: Estudio de la Mortalidad".XII Reunión Nacional de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. La Coruña.
- 4.107. García Buitrón; Gómez Veiga; Sánchez Rguez-Losada; Rguez-Rivera; Sousa Escandón; Gonzálaz Martín.(4-5 de abril,1991)."Trasplante Renal con Injerto Traumatizado".XII Reunión Nacional de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. La Coruña.



- 4.108. García Buitrón; Chantada Abal; Sousa Escandón, Sánchez Rguez-Losada, Gómez Veiga, Rguez-Rivera; Picallo Sánchez; Gózález Martín.(4-5 de abril,1991)."Tratamiento de las fístulas caliciales".XII Reunión Nacional de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. La Coruña.
- 4.109. Sánchez Rguez-Losada; Chantada Abal; García Buitrón; Rguez-Rivera; González Martín.(5-8 de mayo,1991)."Valor de las técnicas conservadoras en el tratamiento de las fístulas ureterales".LVI Congreso Nacional de Urología. Lanzarote.
- 4.110. Sousa Escandón, Chantada Abal; Rguez-Rivera; García Buitrón, Sánchez Rguez-losada, González Martín.(5-8 de mayo,1991)."Fístulas caliciales en 370 trasplantes renales".LVI Congreso Nacional de Urología. Lanzarote.
- 4.111. J.M.García Buitrón. (Junio 1991)."Protocolo de Extracción Mmultiorgánica".Simposium Nacional de Coordinadores de trasplantes. La Coruña.
- 4.112. . Matesanz R.(1991). "La donación de órganos: un problema de todos". Nefrología,11(supl.1): 1-1.
- 4.113. Felipe C., Vilafruela J., Rengel M.(1992)."Motorización de ciclosporina: documento de consenso Ont-Sen. Nefrología,12(3): 223-230.
- 4.114. Sánchez Rguez-Losada, García Buitrón, Rguez-Rivera, Picallo Sánchez, Sousa Escandón, García Freire, Gómez Veiga, González Martín.(21-26 de enero,1992)."Trasplante Renal de alto riesgo:utilización de la neovejiga intestinal".XIII Reunión Nacional de Grupo de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. Formigal (Huesca).



- 4.115. Rguez –Rivera, García Buitrón, Cao Vilariño, Chantada Abal, Picallo Sánchez, Sousa Escandón, García Freire, González Martín, M.(21-26 Enero, 1992). "Trasplante renal de alto riesgo: procedimientos quirúrgicos en el post-operatorio inmediato." XIII Reunión Nacional de Grupo de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. Formigal (Huesca).
- 4.116. García Buitrón, Rguez-Rivera, Sánchez Rguez-Losada, Chantada Abal, Picallo Sánchez, García Freire, González Martín.(21-26 enero, 1992). "Trasplante renal de alto riesgo: utilización de un injerto con rotura traumática". XIII Reunión Nacional de Grupo de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. Formigal (Huesca).
- 4.117. Rguez-Rivera; García Buitrón, Gómez Veiga, Picallo Sánchez, Sousa Escandón, García Freire, González Martín.(21-26 enero. 1992). "Trasplante renal de alto riesgo: injertos procedentes de donantes pediátricos". XIII Reunión Nacional de Grupo de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. Formigal (Huesca).
- 4.118. Cao Vilariño, Alonso Hernández, Oliver, Arrojo, Rivera, Falcón, Rguez-Rivera, Valdés.(21-26 enero, 1992). "Trasplante renal de alto riesgo: el receptor de edad avanzada". XIII Reunión Nacional de Grupo de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. Formigal (Huesca).
- 4.119. Cao Vilariño; Oliver; Alonso Hernández; Arrojo; Rivera; Rguez-Rivera; Valdés.(21-26 enero, 1992). "Trasplante renal de alto riesgo: El retrasplante". XIII Reunión Nacional de Grupo de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. Formigal (Huesca).
- 4.120. Picallo Sánchez; Rguez-Rivera; García Buitrón; García Freire; González Martín.(21-26 enero, 1992). "Trasplante renal de alto riesgo: injertos procedentes de extracción en parada cardio-



circulatoria".XIII Reunión Nacional de Grupo de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. Formigal (Huesca).

- 4.121. González Martín,M.(marzo,1992)."Endourología en las complicaciones del trasplante renal".III Curso Internacional de Avances en Urología. Valencia.
- 4.122. García Freire; Chantada Abal; Rguez –Rivera; Picallo Sánchez; Díaz Bermúdez; González Martín.(12-13 junio,1992)."Incidencia de neoplasias malignas en el trasplante renal".II Congreso de la Sociedad Gallega de Urología. La Toja (Pontevedra).
- 4.123. Rguez-Rivera; García Buitrón; Picallo Sánchez; Sánchez Rguez-Losada; Gómez Veiga; García Freire; González Martín.(15,16,17 y 18 de febrero,1993)."Injertos renales procedentes de donantes menores de 1 año. Posibilidades de utilización en adultos".XIV Reunión Nacional del Grupo de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. Principat d'Andorra.
- 4.124. Matesanz, R. (1993). "El trasplante renal en España". Nefrología,13 (supl.2): 6-11.
- 4.125. Matesanz, R., Miranda B., Felipe C.,(1993)."Obtención y trasplante de órganos sólidos en España-1992". Nefrología, 13(1): 23-29.
- 4.126. Rguez-Rivera; Picallo Sánchez; García Buitrón; González Martín.(15,16,17 y 18 de febrero,1993)."Trasplante renal con injertos de donantes pediátricos".XIV Reunión Nacional del Grupo de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. Principat'Andorra.
- 4.127. Picallo Sánchez; Rguez-Rivera; García Buitrón; González Martín.(15,16,17 y 18 de febrero,1993)."Injertos renales procedentes de donantes en parada cardíaca".XIV Reunión



Nacional del Grupo de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. Principat d'Andorra.

- 4.128. Sánchez Rguez-Losada; Chantada Abal; Gómez Veiga; García Buitrón; González Martín.(25-26 de marzo, 1993). "Trasplante renal. Vejiga Neurógena". Reunión del Grupo Español de Urodinámica. Benidorm.
- 4.129. González Martín; Chantada Abal; Picallo Sánchez; García Freire; Rguez-Rivera.(13-16 de junio, 1993). "Estenosis uretral. Dilatación percutánea". LVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Urología. Málaga.
- 4.130. Gómez Veiga; Chantada Abal; Sánchez Rguez-Losada; García Buitrón; Rguez-Rivera; González Martín.(13-16 junio, 1993). "Biopsia ecodirigida en el trasplante renal". LVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Urología. Málaga.
- 4.131. González Martín; Rguez-Rivera; Picallo Sánchez; Sánchez Rguez-Losada; Chantada Abal; Gómez Veiga; García Freire; Díaz Bermúdez.(13-16 junio, 1993). "Trasplante renal de alto riesgo. Factor edad". LVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Urología. Málaga.
- 4.132. González Martín; García Buitrón; Vilela; García; Gómez Gutiérrez; García Freire.(18-20 de mayo, 1994). "Trasplante de riñones procedentes de cadáver en asistolia". XXIX Congreso Nacional de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. La Coruña.
- 4.133. García Freire; Rguez. Lozano; Sánchez Rguez-Losada; Lancina Martín; Picallo Sánchez; Rguez-Rivera; Díaz Bermúdez; Alonso Hernández; García Buitrón; González Martín.(17-19 febrero, 1994). "Fístulas vesicales en el trasplante renal". XV Reunión Nacional de Trasplante Renal. Tenerife.



- 4.134. García Freire; Rguez-Lozano; Gómez Veiga; Chantada Abal; Rguez-Rivera; Díaz Bermúdez; Alvarez Castelo; Alonso Hernández; García Buitrón; González Martín.(17-19 febrero,1994)."Neoplasias malignas en el trasplante renal". XV Reunión Nacional de Trasplante Renal. Tenerife.
- 4.135. González Martín; García Buitrón; Gómez Gutiérrez; Chantada Abal; Sánchez Rguez-Losada; Rguez-Rivera; Gómez Veiga.(28 mayo-1 junio,1994)."Obtención de riñones mediante la técnica de evisceración abdominal total". LIX Congreso Nacional de la Asociación Española de Urología. Sitges.
- 4.136. González Martín.M; García Buitrón.J; Chantada Abal.V; Sánchez Rguez-Losada.J; Gómez Gutiérrez; Picallo Sánchez.J.A; García Freire.C.(28 mayo-1 junio,1994)."Trasplante de riñón procedente de cadáver en asistolia". LIX Congreso Nacional de la Asociación Española de Urología. Stiges.
- 4.137. García Freire; Chantada Abal; Sánchez Rguez-Losada; Lancina Martín; Gómez Veiga; Míguez Codesido; Rguez-Rivera; Díaz Bermúdez; García Buitrón; González Martín.(28 mayo-1 junio,1994)."Incidencia de fístulas vesicales en el trasplante renal". LIX Congreso Nacional de la Asociación Española de Urología. Stiges.
- 4.138. García Freire; Sánchez Rguez-Losada; Chantada Abal; Rguez-Rivera; Díaz Bermúdez; Alvarez Castelo; Lancina Martín; García Buitrón; González Martín.(10 y 11 de junio,1994)."Trasplante renal: Riñones procedentes de donante cadáver en Asistolia". IV Congreso de la Sociedad Gallega de Urología. Vigo.
- 4.139. Rodríguez Rivera, García Buitrón, García Freire, Díaz Bermúdez, Alvarez Castelo, Sanchez Merino, Sánchez Rguez.- Losada, Gómez Veiga, Bouza, González Martín. (6-9 marz. 1995)." Trasplante renal con donantes menores de tres años". XVI



Reunión Nacional del Grupo de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. Granada.

- 4.140. ONT Plan Nacional de Intercambio renal para trasplante de pacientes hiperinmunizados. (1995). *Nefrología*,15(3): 230-232.
- 4.141. Grupo de trabajo ONT-SEN. (1995). Documento de consenso ONT-SEN sobre trasplante de riñón- pancreas. *Nefrología*,15(2): 122-123.
- 4.142. García Freire, García Buitrón, Rguez.- Rivera, Díaz Bermúdez, Alvarez Castelo, Sánchez Merino, Chantada Abal, Bouza, González Martín. (6-9 marz.1995). "Trasplante renal con riñones procedentes de donantes en Asistolia". XVI Reunión Nacional del Grupo de Trasplante Renal de la Asociación Española de Urología. Granada.
- 4.143. Gómez Veiga, Alvarez Castelo, Díaz Bermúdez, Sánchez Rguez. Y cols. (6-9 marz.1995). "Complicaciones vasculares sépticas. Aneurisma micótico en el trasplante renal". XVI Reunión Nacional del Grupo de Trasplante Renal de la AEU. Granada
- 4.144. Rguez.-Rivera, García Buitrón, García Freire, Díaz Bermúdez, Alvarez Castelo, Sanchez Merino, Sánchez Rguez.- Losada, Gómez Veiga, Bouza, González Martín.(6-9marz.1995). "Complicaciones quirúrgicas en el trasplante renal. Segunda etapa". XVI Reunión Nacional del Grupo de Trasplante de la AEU. Granada.
- 4.145. García Freire, Rguez.- Rivera, Díaz Bermúdez, Álvarez Castelo, Sánchez Merino, Bouza, Sánchez Rguez.- Losada, García Buitrón, González Martín. (6-9marz.1995). "Estudio comparativo de líquidos de conservación renal: Eurocollins vs. solución de Wisconsin". XVI Reunión Nacional del Grupo de Trasplante de la AEU. Granada.



- 4.146. Matesanz R.(1995). "La necesaria ordenación del trasplante de riñón-pancreas". Nefrología,15(29: 120-121.
- 4.147. Gómez Veiga, Alvarez Castelo, Díaz Bermudez, Sánchez Rguez.-Losada, Chantada Abal, Garcia Buitrón, González Martín.(11-14 jun.1995). "Infecciones arteriales en el trasplante renal". IX Congreso Nacional de Urología. Santiago de Compostela.
- 4.148. Sánchez Rguez.-Losada, Chantada Abal, Gómez Veiga, González Martín, San Millán M. (11-14 jun.1995). "Marsupialización laparoscópica de linfocele en trasplante renal". IX Congreso Nacional de Urología. Santiago de Compostela.
- 4.149. González Martín, Chantada Abal. (11-14 jun. 1995). "Cirugía de las complicaciones del trasplante renal". IX Congreso Nacional de Urología. Santiago de Compostela.
- 4.150. Sánchez Merino, Álvarez Castelo, Duarte, Rguez.-Rivera, Míguez Codesido, García Buitrón, González Martín. (29-30 marz.1996). "Tumores malignos del aparato urinario postrasplante renal". XVII Reunión Nacional del Grupo de Trasplante de la AEU. Madrid.
- 4.151. Duarte Novo, Alvarez Castelo, Chantada Abal, Sánchez Merino, Sánchez Rodríguez, García Buitrón, González Martín.(29-30 marz. 1996). "Neovejiga intestinal en el trasplante renal". XVII Reunión Nacional del Grupo de Trasplante de la AEU. Madrid.
- 4.152. Matesanz R. (1996). "La proyección internacional de la ONT". Nefrología, 16(2): 1-7.
- 4.153. Matesanz R., Fernández Lucas M.(1996). "Pasado, presente y futuro del trasplante renal en España" Urología integrada y de investigación. Tema monográfico: Avances en el trasplante renal, 1(4): 336-344.



- 4.154. Alvarez Castelo, Chnatada Abal, Duarte Novo, Sánchez Merino, García Buitrón, González Martín. (29-30 marz.1996). "Prótesis vasculares en el trasplante renal". XVII Reunión Nacional del Grupo de Trasplante de la AEU. Madrid.
- 4.155. Lanciana Martín, García Buitrón, Díaz Bermúdez, Alvarez Castelo, Sánchez Merino, Duarte Novo, Ruibal Moldes, González Martín. (29-30 marz.1996). " Litiasis en el injerto renal".XVII Reunión Nacional del Grupo de Trasplante de la AEU. Madrid.
- 4.156. González Martín, Chantada Abal, Sánchez Rodríguez. (29-30 marz.1996). "Tratamiento de las complicaciones del trasplante renal". (Vídeo). XVII Reunión Nacional del Grupo de Trasplante de la AEU. Madrid
- 4.157. Alvarez Castelo, Sánchez Merino, Díaz Bermúdez, Lanciana Martín, Gómez Veiga, Lorenzo Patiño, Gonzáles Martín. (27-30 may.1996). " Cáncer urológico en el trasplate renal". IXI Congreso Nacional de Urología. Santander.
- 4.158. Alvarez Castelo, Sánchez Rodríguez, Díaz Bermúdez, Gómez Veiga, Ruibal Moldes, Lancina Martín, González Martín. (27-30 may. 1996). "Trasplante reanal sobre prótesis vascular". IXI Congreso Nacional de Urología. Santander.
- 4.159. Alvarez Castelo, Duarte Novo, Lancina Martín, Ruibal Moldes, Gómez Veiga, Chantada Abal, González Martín. (27-30 may.1996). "Trasplante renal en paciente con patología del tracto urinario inferior". IXI Congreso Nacional de Urología. Santander.
- 4.160. Lanciana Martín, García Buitrón, Díaz Bermúdez, Alvarez Castelo, Sánchez Merino, Duarte Novo, Ruibal Moldes, González Martín. (27-30 may.1996). "Calculogénesis en trasplante renal". IXI Congreso Nacional de Urología. Santander.
- 4.161. González Martín, Alvarez Castelo, Chantada Abal, Gómez Veiga, Sánchez Rodríguez Losada, García Buitrón. (27-30



may.1996). "Cirugía de las complicaciones vasculares del trasplante renal".(Vídeo). Primer premio Hoech-Roussel. LXI Congreso Nacional de Urología. Santander.

- 4.162. Sánchez Merino, Alvarez Castelo, Duarte Novo, Díaz Bermúdez, Míguez Codesido, Lancina Martín, García Buitrón, González Martín.(21-23 jun.1996). "Tumores del aparato urinario post-trasplante renal". VI Congreso de la Sociedad Gallega de Urología. Lugo.
- 4.163. Duarte Novo, Lancina Martín, Díaz Bermúdez, Rodríguez-Rivera, Gómez Veiga, Ruibal Moldes, Sánchez Rguez.-Losada, González Martín. (21-23 jun.1996). "Enterocistoplastía en el trasplante renal". VI Congreso de la Sociedad Gallega de Urología. Lugo.
- 4.164. Sánchez Rguez.-Losada, Sanmillán Alvarez, Chantada Abal, Gómez Veiga, Rguez.-Rivera, Duarte Novo, Gnzález Martín. (21-23 jun.1996). "Tratamiento laparoscópico del linfocele post-trasplante renal". (Vídeo). VI Congreso de la Sociedad Gallega de Urología. Lugo.
- 4.165. F.Moreno, D. Sanz, J.M.López, R.Jofre F. Valderrábano. (1997). Coordinadores del Grupo Español de estudio de la calidad de vida en pacientes renales. Calidad de Vida en pacientes con trasplante Renal: estudio Multicéntrico Español. III Congreso IberoAmericano de Nefrología Lisboa.
- 4.166. Chantada Abal,V; Duarte Novo,J; Alvarez Castelo,L; Sánchez Merino,J; Gómez Veiga,F; Gónzalez Martín,M.(14-17 de enero;1997)."Estenosis uretral en trasplante. Tratamiento endourológico". IX Reunión Nacional de Urolitiasis y Endoscopia Urinaria. Vall d'Arán.
- 4.167. Ruibal Moldes; Rguez-Rivera,J; Duarte Novo,J; Sánchez,J; Chantada Abal,V; Alvarez Castelo,L; Sánchez Merino, M; González Martín,M.(16-17 de mayo,1997)."Ureteroneocistostomía



transvesical vs. extravesical en el trasplante renal". VII Congreso de la Sociedad Gallega de Urología. Ponferrada.

- 4.168. M. González Martín.(5-8 de febrero,1997)."Revisión de 1.000 trasplantes renales" VIII Curso Internacional de Urología. Zaragoza.
- 4.169. Miranda B., Felipe C., González-Posadas JM., Fernández M., Naya MT.(1997). "Evolución de las características de los donantes en España, y riñones desechados para trasplante". Nefrología.
- 4.170. Matesanz R., Miranda B., Fernández M.(1997). "Generación de riñones para trasplante en España. Estudio multiorgánico español de riñones no implantados". Nefrología, 4:18-26.
- 4.171. Duarte Novo; Gómez Veiga; Sánchez Merino; Suárez Pascual; Lancina Martín; Novas Castro; González Martín.(Enero,1998)."Ureteroneocitostomía extravesical vs. transvesical en el trasplante renal". Reunión Nacional del Grupo de Trasplante Renal. Formigal.
- 4.172. Sánchez Merino; Pérez Fontán; Lancina Martín; Duarte Novo; Gómez Veiga; García Buitrón; González Martín.(Enero de 1998). "Retrasplante Renal. Análisis de nyestra experiencia". Reunión Nacional del Grupo de Trasplante Renal. Formigal.
- 4.173. Ruibal Moldes; Rguez-Rivera; Sánchez Merino; Duarte Novo; Gómez Veiga; García Buitrón; González Martín.(Enero de 1998)."Tumores urológicos en paciente con trasplante renal". Reunión Nacional del Grupo de Trasplante Renal. Formigal.
- 4.174. González Martín; Duarte Novo; Alvarez Castelo; Ruibal Moldes; Sánchez Merino; Rguez-Rivera; Chantada Abal; García Buitrón.(Enero,1998)."Marsupialización mediante minilaparotomía en el tratamiento del linfocelo". Reunión Nacional del Grupo de Trasplante Renal. Formigal.



- 4.175. Sánchez Merino; Pérez Fontán; Lancina Martín; Duarte Novo; Rguez-Rivera; García Buitrón; González Martín.(Enero, 1998). "Trasplante Renal en receptores añosos. Análisis de nuestra experiencia". Reunión Nacional del Grupo de Trasplante Renal. Formigal.
- 4.176. Rguez-Rivera; Sánchez Rguez-Losada; Gómez Veiga; otero Ferreiro; Duarte Novo; Ruibal Moldes; García Buitrón; González Martín.(Enero,1998)."Trasplante Multiorgánico. Nuestra experiencia". Reunión Nacional del Grupo de Trasplante Renal. Formigal.

Comunicaciones congresos internacionales

- 4.177. García Buitrón; Chantada Abal; Gómez Veiga; Sánchez Rguez-Losada; Rguez-Rivera; González Martín.(28-30 de junio,1990)."Trasplante Renal con injerto traumatizado"(comunicación video). II Congreso Mundial de Video-Urología. La Coruña (Spain).
- 4.178. González Martín; García Buitrón; Chantada Abal; Lamas.(28-30 de junio,1990)."Fístulas caliciales en el trasplante renal" II Congreso Mundial de Video-Urología. La Coruña (Spain).
- 4.179. González Martín; García Buitrón; Chantada Abal; Lamas.(28-30 junio,1990)."Dilatación percutánea de estenosis ureteral en trasplante renal". II Congreso Mundial de Video-Urología. La Coruña (Spain).
- 4.180. García Buitrón; González Martín; Chantada Abal; Sánchez Rguez-Losada; Rguez-Rivera; Gómez Veiga.(28-30 de junio,1990)."Trasplante Renal. Patología de vía



urinaria"(comunicación video). II Congreso Mundial de Video-urología. La Coruña (Spain).

- 4.181. Chantada Abal; Gómez Veiga; Sánchez Rguez-Losada; Sousa Escandón; González Martín.(Noviembre, 1991)."Urinary Tract Leaks: Endourolgic Management;(c.poster). 22nd Congress Socite Internatinal de Urologie. Sevilla.
- 4.182. García Buitrón; Alonso Hernández; Rguez-Rivera; Picallo Sánchez; García Falcón; Sánchez Rguez-Losada; Chantada Abal; González Martín.(5-9 septiembre,1992)."Trasplante renal con injertos procedentes de donantes infantiles de edad menor o igual a tres años", (comunicación póster). Congreso Conjunto Iberoamericano de Urología Madrid'92. Madrid.
- 4.183. García Buitrón; Alonso Hernández; Rguez-Rivera; Picallo Sánchez; García Falcón; Gómez Veiga; González Martín.(5-9 septiembre,1992)."Trasplante Renal con injertos procedentes de donantes en asistolía", (comunicación póter). Congreso Conjunto Iberoamericano de Urología, Madrid'92. Madrid.
- 4.184. González Martín; Chantada Abal; Sánchez Rguez-Losada; Rguez-Rivera.(5-9 septiembre,1992)."Estenosis Ureteral. Tratamiento endourológico", (comunicación video). Congreso Conjunto Iberoamericano de Urología, Madrid'92. Madrid.
- 4.185. Chantada Abal; Gómez Veiga; Díaz Bermúdez; Rguez-Rivera; González Martín.(5-9 septiembre,1992)."Aplicación de las técnicas endourológicas en las fístulas del tracto urinario", (comunicación póster). Congreso Conjunto Iberoamericano de Urología Madrid'92. Madrid.
- 4.186. García Buitrón; Gómez Gutierrez; Vilela García; Fernández García; García Freire; Rguez-Rivera.(24-28 Abril,1995)."Trasplante de riñones procedentes de donante cadáver en asistolía", (comunicación póster). VIII Congreso Latinoamericano de Trasplante de Organos y Tejidos. La Habana, Cuba.



- 4.187. García Buitrón, J; Gómez Gutierrez, M; Vilela García, D; García Freire, C; Rguez-Rivera, J. (24-28 Abril, 1995). "Técnicas de extracción multiorgánica", (comunicación video). VIII Congreso Latinoamericano de Trasplante de Organos y Tejidos. La Habana, Cuba.
- 4.188. A, Lancina Martín; L, Busto Castañón; J, García Buitrón; J, Díaz Bermúdez; L, Alvarez Castelo; J, Sánchez Merino; M, González Martín. (Octubre, 1996). "Complicaciones Litiásicas en pacientes con trasplante renal". XXVII Congreso de la Confederación Americana de Urología; IX Congreso Cileño de Urología. Santiago de Chile.
- 4.189. Gómez Veiga; Alvarez Castelo; Chantada Abal; García Buitrón; Rguez-Rivera; González Martín. (7-11 de septiembre, 1997). "Arterial wall infection on kidney transplant", (comunicación póster). 24th. World Congress of Soocieté Internationale d'Urologie (S.I.U). Montreal, Canadá.

Trabajos publicados en revistas nacionales

- 4.190. González Martín, M; Chantada Abal, V; Gómez Veiga; García Buitrón, J. (1988, pg. 231-240). "Endourología en las complicaciones de la vía excretora del trasplante renal". Libro del V Fin de Semana Urológico. Zaragoza.
- 4.191. V, Chantada Abal; F, Gómez Veiga; J, Sánchez R. Losada; C, García Freire; M, González Martín. (1991). "Resultados a largo plazo del tratamiento conservador de las fístulas ureterales". Arch. Esp. Urol, 44, 9: 1075-1080.
- 4.192. M, González Martín; V, Chantada Abal; J, Sánchez R Losada; J. A, Picallo Sánchez; F, Gómez Veiga. (1991). "Tratamiento endourológico de las estenosis y fístulas del uréter". VI Curso Internacional de Urología "Controversias en Urología", pág. 29-42, Zaragoza, febrero, 1991. J. R, Prous. Edit, Barcelona.



- 4.193. Rguez-Rivera; García Buitrón; Chantada Abal; García Freire; Picallo Sánchez; González Martín; Alonso Hernández.(1992). "Trasplantectomía renal". Act.Urol.Esp; 16(1):25-28.
- 4.194. Chantada Abal, Gómez Veiga, García Buitrón, Rguez.- Rivera, González Martín. (1992). "Invaginación iatrogénica de mucosa ureteral en trasplante renal". Arch. Esp. Urol. 45(6):578-582.
- 4.195. Rguez.- Rivera, Chantada Abal, Cao Vilariño, Picallo Sánchez, Sousa Escardón, González Martín.(1992). " Linfocele tardío en trasplante renal". Arch. Esp. Urol.45(4):363-366.
- 4.196. González Martín, García Buitrón, Chantada Abal, Sánchez Rguez.-Losada.(1993). "Trasplante renal: tratamineto endourológico de las estenosis ureterales". Libro de 3º Curso Internacional de Trasplante renal , Escaldes, Andorra pág.117-122.
- 4.197. González Martín, García Buitrón, Chantada Abal, Sánchez Rguez.- Losada, Gómez Veiga.(1993). " Trasplante renal: Tratamiento endourológico de las fistulas ureterales". Libro de 3º Curso Inter nacional de trasplante renal. Escaldes, Andorra pág.123-127.
- 4.198. Rguez.-Rivera, garcía Buitrón, Chantada Abal, González Martín.(1993). "Trasplante renal con injertos pediátricos menores de un año. Técnicas de implantación". Arch. Esp. Urol. 46:793-798.
- 4.199. Gómez Veiga, Chantada Abal, García Buitrón, Rguez.- Rivera, Sánchez Rguez.- Losada, García Freire, González Martín.(1993). "Rotura renal espontánea del injerto. Experiencia en 500 trasplantes". Arch. Esp. Urol. 46(4) :195-302.
- 4.200. Gómez Veiga, Chantada Abal, Pícallo Sánchez, García Buitrón, Alonso Hernández, Vásquez Martull, González Martín.



(1993). "Biópsia ecodirigida en el trasplante renal". Arch. Esp. Urol.46: 133-137.

- 4.201. González Martín, García Buitrón, García Freire, Pícallo Sánchez, Chantada Abal, Gómez Veiga, Sánchez Rguez.- Losada, Lanciana Martín Rguez.- Rivera, Gómez Gutiérrez. (1994). "Trasplante de riñón procedente de donante de Asistolia". Actas Urol. Esp. 18 (sup.): 433-436.
- 4.202. González Martín, García Buitrón, García Freire, Pícallo Sánchez, Chantada Abal, Gómez Veiga, Sánchez Rguez.- Losada, Lanciana Martín Rguez.- Rivera, Gómez Gutiérrez. (1994). "Trasplante de riñón procedentes de donantes de Asistolia". Actas Urol. Esp. 18 (sup): 433-436.
- 4.203. Matesanz R., Miranda B. (1994). "Trasplante renal. Algunos aspectos prácticos". Ed. Aula Médica, Madrid
- 4.204. González Martín, Rguez.- rivera, García Buitrón, Alvarez Castelo. (1996). "Trasplante renal con injertos pediátricos. Técnicas y reusltados". Arch. Esp. de Urol., 49, 10: 1.035-1.042.
- 4.205. Alvarez Castelo, García Freire, Rguez.- Rivera, Chantada Abal, García Buitrón, Gozález Martín. (1997). "Prótesis vasculares en el trasplante renal". Arch. Esp. de Urol. 50,3: 275-282.



5. Medline

- 5.1. Urdaneta Carruyo, ER., Otanez Pineda, E., Godillo Paniagua, G. (1981). "El diagnóstico sociológico en la selección del método de rehabilitación del paciente urémico". Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx., 38(5): 777-8.
- 5.2. Toledo Pereyra, Luis H.; Schneider, A., Baskin S., Mc Nichol L., Thavarajah K., Lin W.J., Whitten James I. (jun. 1985). "Rehabilitation after dialysis and kidney transplantation". Bol. Asoc. Méd. P.R.; 77(6): 227-30. Tab.
- 5.3. Weisinger-JR; Contreras-NE; Cajias-J; Bellorin-Font-E; Amair-P; Gutierrez-L; Sylva-V; Paz-Martinez-V. (1988). "Insulin binding and glycolytic activity in erythrocytes from dialyzed and nondialyzed uremic patients". 48(3):109-6. Centro Nacional de Diálisis y Trasplante, Caracas Venezuela.
- 5.4. Bellorin-Font-E; Starosta-R; Milanes-CL; Lopez-C; Pernalet-N; Weisinger-J; Paz-Martinez-V. (1990). "Effect of acidosis on PTH-dependent renal adenylate cyclase in phosphorus deprivation: role of G proteins". 258(6pt2): F1640-9. Centro Nacional de Diálisis y Trasplante, Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.
- 5.5. Gonzalez-C; Vukusic-A; Becerra-P; Milosevic-V; Orellana-G; Saravia-A. (1992). "A kinetic model for heparin dosing in patients on chronic hemodialysis". (Article in Spanish). 120(8):905-9. Unidad de Diálisis, Clínica Davila, Santiago de Chile.
- 5.6. Milanes-CL; Bellorin-Font-E; Weisinger-J; Pernalet-N; Urbina-D; Paz-Martinez-V. (1993). "Need and demand of kidneys for transplantation in Venezuela" (Article in Spanish). 34(1):15-27. Centro Nacional de Diálisis y Trasplante, Ministerio de Sanidad, Caracas, Venezuela.



- 5.7. .Dunn-SA.(1993)."How to care for the dialysis patient(see comments)." Lovelace Medical Center,Albuquerque,NM. United.States.Am-J-Nurs. 1993 jun;93(6):26-33.
- 5.8. Anderson-JE; Kraus-J; Sturgeon-D.(1993)"Incidence,prevalence, and outcomes of end-stage renal disease patients placed in nursing home". Renal Division, Francis Scott Key Medical Center, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21224.United-States. Am-J-Kidney-Dis.1993 Jun; 21(6):619-27.
- 5.9. Enzmann-G; Bianco-F; Paolini-F; Rossi-M; Panzetta-G. (1994). "Continuous monitoring of blood volume and plasma refilling during hemodialysis. A phenomenological analysis." 106:94-8. Servizio di Nefrologia e Dialisi, Ospedale Maggiore, Trieste, Italy.
- 5.10. .Elgueta S.,Leticia; Mañalich M., Jaime; Saffie I., Antonio.(1994). "Hemodiálisis crónica: programa de evaluación de calidad de vida en pacientes mayores de 60 años". Rev. Méd. Chile; 122(6): 679-85.tab, illus.
- 5.11. .King-K (1994)"Vocational rehabilitation in maintenance dialysis patients". Center for Renal Education, Missouri Kidney Program, University of Missouri, Columbia,USA. Adv-Ren-Replace-Ther.1994 oct; 1(3):228-39.
- 5.12. Peters-VJ; Hazel-LA; Finkel-P; Colls-J.(1994)."Rehabilitation experiences of patients receiving dialysis". USA.
- 5.13. Painter-P; Carlson-L.(1994)."Case study of the anemic patient: epoetin alfa-focus on exercise". Anna-J 1994 may; 21(3):304-7 ISSN:8750-0779. United-States.
- 5.14. Chertow-GM; Owen-WF; Lazarus-JM.(1994)."Outcomes of older patients receiving chronic dialysis (letter;comment).JAMA.1994 jul;272(4):274. United-States.



- 5.15. Newmann-JM.(1994). "Education and patient empowerment will make rehabilitation work". *Nephrol-News-Issues*. 1994 jul; 8(7): 22-3, 26-7. United States.
- 5.16. Martina-G; Boero-R; Forneris-G; Iadarola-G; Maffei-S; Formica-M; Basolo-B; Rollini-C; Quarello-F; Piccoli-G. (1994) "Dialysis treatments outside the hospital". *Minerva-Urol-Nefrol*; 46(1): 1-5.
- 5.17. Lundin-AP. (1994). "Outcomes of older patients receiving chronic dialysis(letter; comment)". United States.
- 5.18. Kutner-NG. (1994). "Outcomes of older patients receiving chronic dialysis(letter;comment)". *JAMA*. 1994 jul 27; 272(4): 274-5; discussion 276. United States.
- 5.19. Stanton-DF; Andary-MT; Goldberg-G. (1994). "Outcomes of older patients receiving chronic dialysis"(letter; comment). *JAMA*. 1994 jul 27; 272 (4): 274. United States.
- 5.20. Blagg-CR. (1994). "The socioeconomic impact of rehabilitation". Department of Medicine, University of Washington, Seattle. United States.
- 5.21. Weinreich-TH. (1994). " Dialysis therapy indications and technical bases". Department Innere Medizin, Universitatspital Zurich, Switzerland, German.
- 5.22. Lundin-AP.(1994). " Rehabilitating hemodialysis patients: fulfilling the promise". *Nephrol-News-Issues*. 1994 Apr; 8 (4): 36-7. United States.
- 5.23. Blagg-CR; Fitts-SS. (1994). " Dialysis, old age, and rehabilitation"(editorial; comment). United States.
- 5.24. Ifudu-O; Mayers-J; Matthew-J; Tan-CC; Cambridge-A; Friedman-EA. (1994). "Dismal rehabilitation in geriatric inner-city hemodialysis patients"(see comments). Department of Medicine,



State University of New York Health Science Center, Brooklyn.
United States.

- 5.25. Tsai-TJ; Lai-JS; Lee-SH; Chen-YM; Lan-C; Yang-BJ; Chiang-HS. (nov 1995). "Breathing-coordinated exercise improves the quality of life in hemodialysis patients". J-AM-Soc-Nephrol. United States.
- 5.26. Baillod-RA. (sep 1995). "Home dialysis: lessons in patient education". Patient-Educ-Couns. Ireland.
- 5.27. Chaplin-ER; Barger-L. (aug 1995). "Challenges facing dialysis patients requiring physical rehabilitation". Nephrol-News-Issues. United States.
- 5.28. Gudex-CM. (aug 1995). "Health-related quality of life in endstage renal failure". Centre for Health Economics, University of N. York. Qual-Life-Res. England.
- 5.29. McDonald-M; McPhee-PD; Walker-RJ. (1995). "Successful self-care home dialysis in the elderly: a single center's experience". Department of Nephrology, Dunedin Hospital, New Zeland. Canada.
- 5.30. Cowen-TD; Huang-CT; Lebow-J; DeVivo-MJ; Hawkins-LN. (apr 1995). "Functional outcomes after inpatient rehabilitation of patients with end-stage renal disease". Department of Rehabilitation Medicine, University of Alabama at Birmingham. United States.
- 5.31. Oliveira-AG. (Jan-Dec,1995). "Aplicacao da teoria do autocuidado de Orem em adolescente em dialise peritoneal ambulatorial continua". Rev-Gaucha-Enferm. 16(1-2): 46-51. Brazil.
- 5.32. Milanes-CL; Almas-RR; Pastor-Leal-J; Martinez-E; Martinez-L; Salgado-O; Fernandez-A; Maldonado-G; Garcia-Zozaya-JL; Weisinger-J. (1995). "Impact of the Hospital Coordinator Program on obtaining kidneys for renal trnsplantation".(Article in Spanish).



36(4):197-206. Centro Nacional de Dialisis y Trasplante, Hospital Central de Acarigua, Venezuela.

- 5.33. Bellorin-Font-E; Lopez-C; Diaz-K; Pernalet-N; Lopez-M; Starosta-R. (1995). "Role of protein kinase C on the acute desensitization of renal cortical adenylate cyclase to parathyroid hormone". 47(1): 38-44. Centro Nacional de Dialisis y Trasplante, University Hospital of Caracas, Venezuela.
- 5.34. Marin-C; Mosquera-J; Rodriguez-Iturbe-B. (1995). "Neuraminidase promotes neutrophil, lymphocyte and macrophage infiltration in the normal rat kidney". 47(1): 88-95. Unidad de Dialisis, Hospital Universitario, Maracaibo, Venezuela.
- 5.35. Christensen-AJ; Wiebe-JS; Edwards-DL; Michels-JD; Lawton-WJ. (Feb 1996). "Body consciousness, illness-related impairment, and patient adherence in hemodialysis". 64(1): 147-52. Department of Psychology, University of Iowa, Iowa City 52242, USA.
- 5.36. Rasgon-SA; Chemelski-BL; Ho-S; Widrow-L; Yeoh-HH; Schwankovsky-L; Idroos-M; Reddy-CR; Agudelo-Dee-L; James-Rogers-A; Butts-E. (1996). "Benefits of a multidisciplinary predialysis program in maintaining employment among patients on home dialysis". 12: 132-5. Division of Nephrology; Southern California Permanente Medical Group, Kaiser Foundation Hospital, Los Angeles, USA.
- 5.37. Stivers-AP. (Jun 1996). "Issues in rehabilitation. Part II. How an exercise program can benefit patients and the dialysis facility". 10(6): 39. Nephrol-News-Issues. USA.
- 5.38. Klang-B; Bjorvell-H; Clyne-N. (Feb 1996). "Quality of life in predialytic uremic patients". 5(1): 109-16. Department of Special Medicine, Karolinska Hospital, Stockholm.



- 5.39. Beusterien-KM; Nissenson-AR; Port-FK; Kelly-M; Seinwald-B; Ware-JE jr. (May 1996). "The effects of recombinant human erythropoietin on functional health and well-being in chronic dialysis patients". J-Am-Soc-Nephrol. United States.
- 5.40. Meierhenrich-R; Jedicke-H; Voigt-A; Lange-H. (Feb 1996). "The effect of erythropoietin on lactate, pyruvate and excess lactate under physical exercise in dialysis patients". Department of Nephrology, Philipps-University of Marburg/Lahn, Germany. Clin-Nephrol. 45(2): 90-7. Germany.
- 5.41. Vega-J; Borja-H; Videla-C; Aldunate-T; Clavero-R; Echeverria-C; Torres-H; Varela-C; Vilches-G; Diaz-R. (1996). "Acute kidney failure in patients with and without sepsis: prognosis and clinical course" (Article in Spanish). 124(8): 938-46. Seccion de Nefrologia y Dialisis, Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.
- 5.42. Matas-AJ; Lawson-W; McHugh-L; Gillingham-K; Payne-WD; Dunn-DL; Gruessner-RW; Sutherland-DE; Najarian-JS. (1996). "Employment patterns after successful kidney transplantation". 61(5): 729-33. USA.
- 5.43. Schatell-DR. (Apr;1996). "Home hemodialysis: survival, quality of life, and rehabilitation". Medical Education Institute, Madison. Adv-Ren-Replace-Ther; 3(2): 147-53. United States.
- 5.44. Stivers-AP. (May 1996). "How an exercise program can benefit patients and the dialysis facility". Nephrol-News-Issues. 10(5): 17, 38-9. United States.
- 5.45. Grandstaff-MA. (May-Jun,1996). "Rehabilitation and dialysis: a collaborative program". Rehabil-Nurs; 21(3): 148-51. United States.
- 5.46. Killingworth-A; Van-den-Akker-O, (Apr 1996). "The quality of life of renal dialysis patients: Trying to find the missing measurement".



Department of Nursing Studies, Medical School, University of Birmingham, Edgbaston. *Int-J-Nurs-Stud.* 33(1):107-20. England.

- 5.47. Martin-Lester-M. (Dec 1996). "Epoetin alfa-focus on the rehabilitation of dialysis patients. Case study of the anemic patient". *QualiCenters, Inc. Wheat Ridge, Co. Usa.* 23(6): 630-3. United States.
- 5.48. Brunier-G. (Dec 1996). "Care of the hemodialysis patient with a new permanent vascular access: review of assessment and teaching". 23(6): 547-56; quiz 557-8. Sunnybrook Health Science Centre, Toronto, Ontario, Canada.
- 5.49. Fryback-DG; Lawrence-WF; Martin-PA; Klein-R; Klein-BE. (Jan-Mar, 1997). "Predicting quality of Well-being scores from the SF-36: results from the Beaver Dam Health Outcomes Study". 17(1): 1-9. Department of Preventive Medicine, Bradley Memorial Hospital, Madison, WI 53706, USA.
- 5.50. Markell-MS; DiBenedetto-A; Maursky-V; Sumrani-N; Hong-JH; Distant-DA; Miles-AM; Sommer-BG; Friedman-EA. (Jun 1997). "Unemployment in inner-city renal transplant recipients: predictive and sociodemographic factors". *Am-J-Kidney-Dis.*, 29(6): 881-7. USA.
- 5.51. Pertusa-Pena-C; Llarena-Ibarguren-R; Lecumberri-Castanos-D; Fernandez del Busto-E. (Jun 1997). "Relation between renal transplantation and work situation". 5^o(5): 489-94. *Arch-Esp-Urol*.
- 5.52. Binet-I; Bock-AH; Vogelbach-P; Gasser-T; Kiss-A; Brunner-F; Thiel-G. (Sep 1997). "Outcome in emotionally related living kidney donor transplantation". 12(9):1940-8. *Nephrol-Dial-Transplant*. USA.
- 5.53. Ratner-LE; kavoussi-LR; Sroka-M; Hiller-J; Weber-R; Schulam-PG; Montgomery-R. (Jan 1997). "Laparoscopic assisted live donor



nephrectomy a comparison with the open approach"(see comments). USA.

- 5.54. Krmar-RT; Eymann-A; Ramírez-JA; Ferraris-JR. (Aug 1997). "Quality of life after kidney transplantation in children." 64(3): 540-1. USA.
- 5.55. Bajen-MT; Puchal-R; Gonzalez-A; Grinyo-JM; Castelao-A; Mora-J; Martin-Comin-J. (Aug 1997). "MAG3 renogram deconvolution in kidney transplantation: utility of the measurement of initial tracer uptake. J-Nucl-Med. 38(8): 1295-9
- 5.56. Gonzalez-A; Vignes-F; Puchal-R; Franco-E; Bartrons-R; Ambrosio-S. (Mar 1997). "Evaluation of renographic and metabolic parameters in human: kidney transplantation." O-J-Nucl-Med. 41(1): 42-5. USA.
- 5.57. Carlini-RG; Rojas-E; Arminio-A; Weisinger-JR; Bellorin-Font-E. (1998). "What are the bone lesions in patients with more than four years of a functioning renal transplant?" 13 Suppl 3: 103-4. Centro Nacional de Dialisis y Trasplante and Division of Nephrology Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.
- 5.58. Plata-R; Silva-C; Yahuita-J; Perez-L; Schieppati-A; Remuzzi-G. (Dec 1998). "The first clinical and epidemiological programme on renal disease in Bolivia: a model for prevention and early diagnosis of renal diseases in the developing countries". 13(12): 3034-6. Mario Negri per L'America Latina, Renal Diseases Project, Department of Nephrology and Dialysis Hospital Juan XXIII, La Paz, Bolivia.
- 5.59. Carlini-RG; Alonzo-EJ; Dominguez-J; Blanca-I; Weisinger-JR; Rothstein-M; Bellorin-Font-E. (Feb 1999). "Effect of recombinant human erythropoietin on endothelial cell apoptosis". 55(2): 546-53. Centro Nacional de Dialisis y Trasplante, Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.



- 5.60. Goicochea-M; de Sequera-P; Ochando-A; Andrea-C; Caramelo-C. (1999). "Uremic pruritus: An unresolved problem in hemodialysis patients". 82(1): 73-4. Centro de Dialisis Santa Engracia, Fundacion Renal Iñigo Alvarez de Toledo, Madrid, España.
- 5.61. Lu C.Y., Penfield J.G., Kielar M.L., Vázquez M.A., Jeyarajah D.R.(junio 1999). "Hypothesis: is renal allograft rejection initiated by the response to injury sustained during the transplant process?". *Kidney Int.*, 55(6): 257-68.
- 5.62. Murata M., Nishida T., Haneda M., Kanie T., Taji H., Iida H., Suzuki R., Hamaguchi M., Minami S., Koderá Y. (junio 1999). "A new preconditioning regimen with melphalan, busulphan and total body irradiation followed by low-dose immunosuppressant in allogeneic haemopoietic stem cell transplantation". *Br. J. Haematol* 105(3): 799-802. División of Haematology, Department of Internal Medicine, Japanese Red Cross Nagoya First.
- 5.63. Nordoy I., Muller F., Nordal K.P., Rollag H., Lein E., Aukrust P., Froland S.S.(dic.1999). "Immunologic parameters as predictive factors of cytomegalovirus disease in renal allograft recipients". *J.Infect. Dis.* 180(1): 195-198. Section of clinical Immunology and Infectious Disease, Research Institute for Internal Medicine, Medical Dept. A, Rikshospitalet, N-0027 Oslo, Norway.
- 5.64. El-Reshaid K., Kapoor M.M., Nampoory M.R., El-Reshaid W., Johny K.V. (apr.1999). "Pediatric dialysis and renal transplantation in Kuwait over the past 11 years". *Pediatr. Nephrol.* 13(3):259-64. Department of Medicine, Faculty of Medicine, Kuwait University, Safat.
- 5.65. Butani L., Polinsky M.S., Kaiser B.A., Baluarte H.J. (apr.1999). "Anti-lymphocyte antibodies late in the course of pediatric renal transplantation". *Pediatr. Nephrol.* 13(3): 192-4. Department of Pediatrics, St. Christopher's Hospital for Children, Philadelphia, P.A. 19134-1034, USA.



- 5.66. Hogan M.B., Wilson N.W., Muchant D.G. (jun.1999). "Renal Transplantation in a patient with common variable immunodeficiency". Am. J. Kidney Dis. 33(6): 7. Department of Pediatrics, West Virginia University School of Medicine, Morgantown, W.V., USA:
- 5.67. McLaughlin K., Cruickshank M., Hollomby D, Jevnikar A, Muirhead N. (jun.1999). "Idiopathic thrombocytopenia after cytomegalovirus infection in a renal transplant recipient". Am. J. Kidney Dis. 33(6):6. Department of Nephrology and Hematology, London Health Sciences Center, London, Ontario.
- 5.68. Cosyns J.P., Jadoul M., Squifflet J.p., Wese F.X., van Ypersele de Strihou C. (jun. 1999)." Urothelial lesions in chinese-herb nephropathy". Am.J. Kidney Dis. 33(6): 1011-1017. Department of pathology, Nephrology, Renal and Pancreatic Transplantation, and Urology, Universit & eacute Catholique de Louvain, Brussels Belgium.
- 5.69. Andriote J.M. (jul-aug. 1999). "Caring for ESRD patients". Healthplan, 39(4): 33-5.
- 5.70. Fisher N.C., Singhal S., Miller S.J., Hastings J.G., Mutimer D.J. (apr.1999). "Fungal infection and liposomal amphotericin B (Am Bisome) therapy in liver transplantation: a 2 year review". J. Antimicrob Chemother 43(4): 597-600. Liver Unit, Queen Elizabeth Hospital, Birmingham, UK.



6. **Abstract**

- 6.1. P-Cortez ; BL-Riser; J-Yee and RG-Narinis.(1999). Editorial comment. "Mechanical strain of glomerular mesangial cells the pathogenesis of glomerulosclerosis: clinical implications". pp 1351-1354.
- 6.2. J-Floege, T-Ostendorf and N-Janjic. (1999). Editorial comment. "Aptamers: novel tools for specific intervention studies". pp 1354-1357.
- 6.3. C-Haller. (1999). Editorial comment. "Diuretics in congestive heart failure: new evidence for old problems". pp 1358-1360.
- 6.4. F-Locatelli and L Del Vecchio. (1999). Editorial comment. "How long can dialysis be postponed by low protein diet and ACE inhibitors?. pp1360-1364.
- 6.5. JV-Torregosa and JM-Campistol.(1999). Editorial comment."Reflex sympathetic dystrophy syndrome in renal transplant patients. A mysterious and misdiagnosed entity". pp1364-1365.
- 6.6. ACM Kobold; YM van der Geld; PC-Limburg; JWC-Tervaert and CGM Kallenberg. (1999). "Molecular basis of renal disease. Pathophysiology of ANCA-associated glomerulonephritis". Pp1366-1375.
- 6.7. M-Jerkic; J-Varagic; D-Jovivic; G-Radujkovic-Kuburovic; D-Nastic-Miric; G-Adanja-Grujic; J-Markovic-Lipkovski; J-Dimitrijevic; Z-Miloradovic and SB-Vojvodic. (1999). "L-arginine reduces tubular cell injury in acute post-ischaemic renal failure". Pp1398-1407.
- 6.8. VV-Bakaev; AV-Efremov and II Tityaev. (1999)."Low levels of dehydroascorbic acid deiciency by hamodialysis". Pp1472-1474.
- 6.9. J-Hayano; H-Takahashi; T-Toriyama; S-Mukai; A-Okada; S-Sakata; A-Yamada; N-Othe and H-Kawahara. (1999). "Prognostic



value of heart rate variability during long-term follow-up in chronic haemodialysis patients with end-stage renal disease". Pp 1480-1488.

- 6.10. M-Pfister; SM-Jakob; H-P-Marti; FJ-Frey and M-Gugger. (1999). "Ambulatory nocturnal oximetry and sleep questionnaire-based findings in 38 patients with end-stage renal disease". Pp1496-1502.
- 6.11. H-Toma; K-Tanabe; T-Tokumoto; C-Kobayashi and T-Yagisawa.(1999). "Pregnacy in women receiving renal dialysis or tansplantation in Japan: a Nationwide survery". Pp1511-1516.
- 6.12. A-Deman; P-Peeters; J-Senneasel and BEL-1 cooperating group. (1999). "Hydroxyethyl starch does not impair immediate renal function in kidney transplant recipients: a retrospective, multicentre analysis". Pp1517-1520.
- 6.13. A-Haferkamp; J Dörsam; K-Möhring; M-Wiesel and G-Staehler. (1999). "Uretral complications in renal transplantation with more than one donor ureter". Pp1521-1524.
- 6.14. R-Cocchi; ED-Esposti; A-Fabri; A-Lucatello; A-Sturani; F-Quarello; R-Boero; M-Bruno; C-Dadone; A-Favazza; R-Scanziani; A-Tommasi and A-Giangrande. (1999). "Prevalence of Hipertension in patients on peritoneal dialysis: results of an Italian multicentre study". Pp1536-1540.
- 6.15. JJ-Elkabir; AA-Riaz; SK-Agarwal and G-Williams. (1999). "Delayed complications following Tenckhoff catheter removal". Pp1550-1552.
- 6.16. MC-Kammerl; C-Manke; S-Feuerbach; D-Reber; H-Aebert; D-Birnbaum; F-Schweda; GAJ-Riegger and BK-Krämer. (1999) "Case report. Cure of apparent end-stage renal disease in a patient with dissecting aneurysm of the aorta using a percutaneous interventional approach". Pp1568-1570.



- 6.17. MN-Peraldi; C-Maslo; K-Akposso; B-Mougenot; E-Rondeau and JD-Sraer. (1999). "Clinical observations. Acute renal failure in the course of HIV infection: a single-institution retrospective study of ninety-two patients and sixty renal biopsies". Pp1578-1585.
- 6.18. G-Verswijvel; D-Vanbeckevoort; B-Maes and R-Oyen. (1999). "Clinical observations. Paroxysmal nocturnal haemoglobinuria. RI of renal cortical haemosiderosis in two patients, including one renal transplant". Pp1586-1589.
- 6.19. Various. (1999). "Special announcements". Pp 1602-1602.
- 6.20. CG-Vermeij; DW-van Dam; HM-Oosterkamp and Verburgh. (1999). Letter. "Neisseria subflava boivar perflava peritonitis in a continuous cyclic peritoneal dialysis patient". Pp1608-1608.
- 6.21. Various. (1999). "Announcements". Pp1611-1614.



7 Direcciones de Correo electrónico

1. <http://www.cof.es/pam216/Aft216-1.htm>
2. <http://donacion.organos.ua.es/renal/insuf-r.htm>
3. <http://donacion.organos.ua.es/renal/rechazo.htm>
4. <http://donacion.organos.ua.es/renal/consejo.htm>
5. <http://donacion.organos.ua.es/renal/control.htm>
6. <http://is.ua.es/proceso/calidad.htm>
7. <http://www.cuidese.net/c2rino.html>
8. <http://www.healthig.com/trasplantes/trasplantes12.html>
9. <http://www.teleline.es/pub/uromedia/trasplan.htm>
10. <http://www.el.mundo.es>
11. <http://www.senefro.org/registro/index.com>
12. <http://is.ua.es/tx-hepatico/preguntas-1.6htm>
13. <http://www.geocities.com/Athens/Agora/6210/amprac-p.htm>
14. <http://www.renal.org.ar>



VOCABULARIO

DPCA -Diálisis peritoneal continua ambulatoria

DPCC -Diálisis peritoneal cíclica continua

DPNI - Diálisis peritoneal nocturna intermitente

FGR - Filtrado glomerular renal

FSR - Flujo sanguíneo renal

HIV - Virus de la inmunodeficiencia humana

HLA - Complejo leucocitario humano

IR - Insuficiencia renal

IRC - Insuficiencia renal crónica

IRCT - Insuficiencia renal crónica terminal

OMS - Organización Mundial de la salud

OPS - Organización Panamericana de la salud

PTH - Parathormona

ENTREVISTA

1) DATOS PERSONALES

Fecha de la entrevista: _____

Nombre y apellido del entrevistado: _____

Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Estado civil: _____

Domicilio: _____

Nivel educacional: primario ____ secundario ____ terciario ____ universitario ____

Fecha del primer trasplante: _____

Retorno a hemodiálisis : _____

Fecha del segundo trasplante: _____

2) DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

¿ Cómo está formada su familia? _____

¿ Con quién vive? _____

¿ Quién es el primer sostén económico familiar? _____

Situación laboral del principal sostén del hogar:

permanente: _____

temporario: _____

desocupado: _____

3) ESFERA PERSONAL

En su condición de trasplantado renal, ¿Ud. se considera una persona sana o enferma? _____ ¿Por qué? _____

Ha tenido o tiene la posibilidad de expresar sus intereses, preocupaciones, dudas, miedos en relación a su situación?

SI ___ NO ___ ¿Cómo? _____

¿Ud. asiste a un grupo de autoayuda? ___ ¿Cuál? _____

Luego del trasplante o este último tiempo hubo algún hecho que lo haya preocupado mucho?

SI ___ NO ___ ¿Cuál? _____

4) SITUACION VINCULAR

¿Ha habido cambios en la constitución su familia? _____

¿Cuáles? _____

¿Ha debido delegar algunas de sus responsabilidades en algún miembro de su familia? _____

¿Siente que ha perdido alguno de sus roles con respecto a las personas con las cuales convive? _____

¿En relación a otros familiares, amigo, etc.? _____

¿Qué piensa usted con respecto a esos cambios? _____

5) SITUACION LABORAL DEL TRASPLANTADO RENAL

- ¿Trabaja actualmente? _____
- ¿Qué tipo de trabajo realiza? _____
- ¿Cuál es su ingreso? _____
- ¿Ha sido su ocupación habitual? _____
- ¿Cuál es su relación con el empleador? _____
- ¿Cuál es su relación con los compañeros de trabajo? _____
- ¿Qué tipo de tarea realiza? _____
- ¿Cuál es su horario de trabajo? _____
- Si cambio de ocupación ¿cuál fue el motivo? _____
- ¿Ha obtenido cambios en sus ingresos?
aumentaron____ disminuyeron____
- ¿Tuvo asesoramiento institucional o de organizaciones a nivel local para conseguir empleo? _____
- Si lo tuvo ¿con qué resultados? _____
- Si no trabaja actualmente ¿cuál es el motivo? _____
- ¿Buscó empleo en el último año? _____
- ¿Qué actitud tomó para buscar empleo? _____
- ¿Cuáles son las reacciones de los empleadores? _____
- Si no buscó empleo ¿por qué no lo hizo? _____

6) RELACIONES SOCIALES Y RECREACION

¿Qué actividades realiza durante el tiempo libre? (cuadro)

ACTIVIDADES PASIVAS	SI	NO	FRECUENCIA	OBSERVACIONES
Leer				
Escuchar radio/música				
Mirar T.V				
Actividades manuales				
Inactividad				
Otras				
ACTIVIDADES FISICAS				
Caminar				
Correr				
Andar en bicicleta				
Deporte				
Otras				
ACT. SOCIALES				
Salidas con amigos				
Salidas con familiares				
Otras salidas				
Actividades religiosas				
Act. socioculturales				
(en Sociedades de Fo-				
mento, Clubes, Bibliote-				
cas, Exposiciones, Mues-				
tras, etc.)				

7) SEGUIMIENTO CLINICO Y PAUTAS DE TRATAMIENTO

¿Le ha sido prescrito algún tipo de medicación? Si___ NO___

¿La toma del modo indicado por su médico? Si___ NO___

¿Por qué? _____

¿Cuántas veces al mes realiza un control médico?_____

¿Ha necesitado ser hospitalizado este último año? Si___ NO___

¿Cuántas veces?_____

¿Por qué?_____

¿Le practican estudios? ¿Con qué frecuencia?_____

¿Ha debido modificar o le han contraindicado la realización de alguna actividad?

Si___ NO ___ ¿Cuáles?_____

¿Se le han indicado periodos de descanso?_____

ENTREVISTA

NOMBRE DE LA EMPRESA:

1. Fecha de la entrevista: _____

2. Nombre del entrevistado: _____

2-a. Profesión: _____

3. Cargo que ocupa en la empresa: _____

4. ¿Ha tenido o tiene la empresa políticas de incorporación de personas

discapacitadas? SI___ ¿Desde qué fecha? Año 19___ NO___

5. ¿Qué porcentaje de la población laboral de su empresa es discapacitada?

6. ¿Han tenido problemas con este personal en cuanto a la integración y relación con el resto de los empleados? _____

6-a. ¿Qué otros tipos se han presentado? _____

7. ¿Se han evidenciado modificaciones en la eficiencia y calidad en el trabajo que estas personas realizan? _____

8. ¿Cuál es el porcentaje de ausentismo de estas personas? _____

8-a. ¿Cuál es el porcentaje de cumplimiento en los horarios laborales? _____

9. ¿Se ha modificado la carga horaria de estos empleados? _____

10. ¿Ha sido necesario adaptar el puesto de trabajo o la tarea?

SI___ ¿Cómo? _____

NO___

11. ¿Qué resultados tuvo la empresa con esta experiencia? _____

12. ¿Qué aspectos de la Ley de empleo de personas discapacitadas cree Ud. que deberían mejorarse o modificarse? _____

12-a. ¿Conoce la Ley de empleo para personas discapacitadas? (No formular la pregunta) SI _____ NO _____

13. Considera Ud. a la persona trasplantada renal: sana _____ enferma _____
discapacitada _____ no sabe _____ no contesta _____

¿Por qué? _____

14. ¿Tiene actualmente algún empleado con estas características? _____

OBSERVACIONES: _____
