

## FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

### SOCIAL-DEMOGRAPHIC FACTORS AND NURSING DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH KIDNEY TRANSPLANT

### FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS<sup>1</sup>

ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA<sup>2</sup>

MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA LOPES<sup>3</sup>

LÚCIA DE FÁTIMA DA SILVA<sup>4</sup>

THELMA LEITE DE ARAUJO<sup>5</sup>

*Analizar la asociación estadística entre diagnósticos de enfermería identificados en pacientes con trasplante renal y sus factores socio-económicos. Estudio transversal realizado en un hospital universitario en Fortaleza-CE, entre diciembre de 2004 a abril de 2005. Se identificaron 38 diagnósticos de enfermería. Diez diagnósticos presentaron frecuencias superiores al porcentaje 75: Riesgo de infección; percepción sensorial perturbada: visual; Modelo de sueño perturbado; Nutrición desequilibrada: por exceso; Fatiga; Disfunción sexual; Percepción sensorial perturbada: audición; Dolor agudo; Modelos sexuales ineficaces; Riesgo de desequilibrio nutricional: más de lo necesario. El estudio sobre los diagnósticos de enfermería ayudó a ampliar el conocimiento de la realidad de los pacientes, lo que es necesario para el establecimiento de cuidados de enfermería en el trasplante renal, y también para tratar de los resultados que vayan a desarrollarse buscando mejorar la calidad de vida.*

**PALABRAS CLAVE:** Factores socioeconómicos; Transplante de riñón; Diagnóstico de enfermería.

*Analyze the statistical associations among nursing diagnoses identified in patients with renal transplant and their socioeconomic factors. A cross-sectional study performed in a university hospital in Fortaleza, from December 2004 to April 2005. 38 nursing diagnosis were identified. Ten diagnosis presented frequency above the 75th percentile: risk of Infection; disturbed sensory perception; visual; hearing; Sleep pattern disturbance; Imbalanced nutrition; fatigue; sexual dysfunction; disturbed sensory perception: acute pain, more than body requirements; The nursing diagnosis study contributes to increasing the knowledge of reality of these patients, which is a necessary step for the establishment of nursing assistance to the renal transplanted, as well as for the direction of outcomes to be reached aiming the improvement of life quality.*

**KEYWORDS:** Socioeconomic factors; Kidney transplantation; Nursing diagnosis.

*Analisar a associação estatística entre diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes transplantados renais e seus fatores sócio-econômicos. Estudo transversal realizado em um hospital universitário em Fortaleza-CE, no período compreendido entre dezembro de 2004 a abril de 2005. Foram identificados 38 diagnósticos de enfermagem. Dez diagnósticos apresentaram frequências acima do percentil 75: Risco de infecção; percepção sensorial perturbada: visual; Padrão de sono perturbado; Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; Fadiga; Disfunção sexual; Percepção sensorial perturbada: audição; Dor aguda; Padrões de sexualidade ineficazes; Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades. O estudo sobre diagnósticos de enfermagem ajudou a expandir o conhecimento da realidade dos pacientes, o que é necessário para o estabelecimento de cuidados de enfermagem ao transplante renal, bem como para abordar os resultados que vierem a ser desenvolvidas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Fatores socioeconômicos; Transplante de rim; Diagnóstico de enfermagem.

<sup>1</sup> Lugar: Fortaleza – Ceará – Brasil. Fecha inicial y final de la investigación: diciembre / 2004 a abril / 2005. Financiación: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

<sup>2</sup> Licenciada en Enfermería. Alumna del curso de Doctorado en Enfermería Universidad Federal de Ceará. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de Trairi de la Universidad Federal do Rio Grande do Norte-Brasil.

<sup>3</sup> Doctor en Enfermería. Universidad Federal de Ceará-Brasil. Correo electrónico: marcos@ufc.br

<sup>4</sup> Doctora en Enfermería. Universidad Estadual de Ceará-Brasil. Correo electrónico: luciadefatima.ce@terra.com.br

<sup>5</sup> Doctora en Enfermería. Universidad Federal de Ceará-Brasil. Correo electrónico: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br

## INTRODUCCIÓN

El trasplante, aunque proporcione una mejor calidad de vida al libertar el paciente renal crónico de la máquina de hemodiálisis, se lo obliga a adoptar un estilo de vida diferenciado con relación a la alimentación, higiene, medicamentos y cuidados de salud. El acompañamiento ambulatorial es frecuente y se imponen muchas limitaciones a la vida del paciente, conduciendo al sufrimiento psíquico.

El trasplante renal es indicado para el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) de casi todas las etiologías, siendo las más comunes las glomerulonefritis, nefropatías diabéticas, enfermedades císticas y vasculares<sup>(1)</sup>.

Datos sobre la incidencia de IRC en la población en general son variados en la literatura. Se encuentra, por ejemplo, que la incidencia media de nuevos casos de uremia terminal en adultos está entre 50 y 70 por millón de habitantes, a cada año<sup>(2)</sup>. Además, la IRC es una enfermedad con múltiples efectos en la vida del paciente y de difícil tratamiento, con serias implicaciones físicas, psicológicas y socio-económicas no solamente para el individuo, pero también para la familia y la comunidad<sup>(3)</sup>.

En el caso del cuidado de enfermería a las personas trasplantadas, el profesional trabaja juntamente con el paciente y la familia, para asegurar la comprensión de la necesidad del uso continuado de los medicamentos inmunosupresores como prescritos. Además, el paciente y su familia deben ser orientados a relatar signos que pueden indicar rechazo del riñón trasplantado, infección local o sistémica y efectos colaterales significativos de las drogas inmunosupresoras<sup>(4)</sup>.

Las respuestas humanas más presentes en estos pacientes son: restricción en la dieta alimentar, fadiga, preocupación con la salud física, miedo da rechazo del trasplante, cambio del imagen corporal e adhesión a un complejo régimen de medicamentos<sup>(5,6)</sup>.

En estudio realizado en Brasil<sup>(7)</sup>, los principales diagnósticos de enfermería presentes en adolescentes trasplantados renales están listados a continuación: Trastorno de la imagen corporal, Ansiedad, Miedo, Conocimientos

deficientes, Baja autoestima, Deterioro de la interacción social y Deterioro de la movilidad física.

El proceso de enfermería es un abordaje para la solución de problemas y habilita al enfermero a organizar y a administrar los cuidados enfermeros, diferenciando su práctica de los demás profesionales de salud. Es un elemento de racionamiento crítico, lo cual propicia al enfermero hacer juzgamientos y realizar acciones basados en la razón<sup>(8)</sup>. Además, el uso de sistemas de clasificación en la práctica enfermera ha movilitado a las enfermeras de todo el mundo, dado el reto de la universalización de su lenguaje y destacando los elementos de su práctica<sup>(9)</sup>.

En esto sentido, el enfermero actúa de forma a interpretar, analizar e juzgar los problemas de salud actuales o potenciales basados en la manifestación de las respuestas humanas del paciente. Es importante a la práctica enfermera basarse en el diagnóstico de enfermería, pues él ha sido creado con el intuito de organizar un lenguaje para la profesión. Además, el uso del proceso de enfermería refleje una variedad, la complejidad e la ciencia del cuidar en enfermería.

En nuestra realidad existen pocos estudios sobre diagnósticos enfermeros presentes en pacientes trasplantados renales. Sin embargo, la introducción del proceso de enfermería en el trabajo de enfermería y su estudio son fundamentales para la promoción de una asistencia mejor organizada y dirigida específicamente a las necesidades del cliente.

Se cree que el estudio de los diagnósticos enfermeros presentados por pacientes sometidos a trasplante renal proporciona un trabajo intelectual, donde el profesional tiene la oportunidad de desarrollar un análisis crítico, capaz de cuestionar las actitudes y participar de forma más activa en el tratamiento del paciente. De ahí que la sistematización de la asistencia de enfermería aporta para la organización del trabajo enfermero, para la reducción del riesgo de rechazo renal y aumenta la calidad y la credibilidad de los servicios prestados, una vez que posibilita auditorias y evaluaciones de resultados.

Esta problemática nos ha suscitado el interés en profundizar el estudio en el sentido de analizar la relación entre los diagnósticos de enfermería y las características

socio-económicas de individuos que se han sometido a un grupo trasplante renal.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, exploratorio y descriptivo desarrollado en el ambulatorio que hace acompañamiento de pacientes que sometidos a trasplante renal de un hospital universitario de la ciudad de Fortaleza-Ceará / Brasil. La población fue compuesta por los 265 trasplantados renales regularmente acompañados. Se determinó la muestra desde la aplicación de la fórmula a continuación:  $n = (t_{1\%}^2 * P * Q * N) / [E^2 (N-1) + t_{1\%}^2 * P * Q]$ , donde: n = tamaño de la muestra; t1% = valor de la distribución t de Student para el nivel de significancia del 1%; E = error muestral absoluto; N = tamaño de la población; P = prevalencia del fenómeno en estudio; y Q = porcentaje complementario (100-P).

Los parámetros utilizados para el cálculo fueron: nivel de significancia del 1%, error muestral del 3% y la población de 265 pacientes. Se ha identificado una prevalencia de la IRC del 0,02%<sup>(10)</sup>, pero, en este estudio se ha utilizado un valor de 1% para el cálculo de la muestra con el objetivo de aumentar su tamaño. Desde la aplicación de la fórmula se determinó una muestra de 58 individuos.

Se eligieron los criterios de inclusión a continuación: ser trasplantado en el hospital donde el estudio se ha desarrollado; estar registrado y ser acompañado en ambulatorio; aceptar participar de la investigación, firmando el término de consentimiento; edad entre 18 y 65 años. Se excluyeron del estudio los pacientes ingresados en el momento de la recogida de datos, que no presentaban condiciones físicas y/o mentales adecuadas para suministrar todos los datos, que eran portadores de otras enfermedades asociadas como cáncer, enfermedad cardíaca avanzada; enfermedad pulmonar avanzada, enfermedad hepática progresiva y enfermedad vascular cerebral o coronariana.

La recogida de datos se dio en los días de regreso al seguimiento en ambulatorio, por medio de aplicación de un guión de entrevista y de la realización del examen físico. El período de colecta ocurrió de diciembre / 2004 a abril / 2005.

El proceso de elaboración e inferencia de los diagnósticos y problemas de colaboración siguió las etapas preconizadas por Gordon<sup>(11)</sup>: recolección, interpretación / agrupación de las informaciones y nombramiento de las categorías. Para la denominación de los diagnósticos, se utilizó la Taxonomía II de la NANDA<sup>(12)</sup>.

Se organizaron los datos en tablas con frecuencias absolutas y porcentuales e intervalos de confianza (95%). En la tabla referente a los diagnósticos enfermeros, los datos se presentan organizados en cuartiles. Para las variables numéricas, fueron presentadas las medidas de tendencia central y dispersión. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificación de la normalidad de los datos numéricos y la prueba de Levene para verificación de la homogeneidad de las varianzas.

Para análisis de asociación, se seleccionaron las características definitorias, los diagnósticos enfermeros y los factores relacionados con frecuencia mayor que el 20%. Para evaluar la independencia de las variables, se utilizó la prueba del Ji-cuadrado con corrección de Yates, en frecuencias esperadas menores que veinte y mayores que cinco en las tablas 2X2, y la prueba exacta de Fisher, en las frecuencias esperadas menores que cinco. Para tablas R X S con frecuencias esperadas menores que 5 se utilizó la prueba de la Razón de Máxima Verosimilitud. Se verificó la fuerza de la asociación y la señal de la asociación por el coeficiente Phi. Además, se ha calculado la razón de chance.

Se remitió el proyecto al Comité de Ética en Investigación del Complejo Hospitalario de la Universidad Federal de Ceará, de acuerdo con las disposiciones de la Resolución 196/1996, que define las directrices y las normas de investigaciones con seres humanos, donde ha recibido parecer favorable. El consentimiento previo de los pacientes y la firma del término de consentimiento han sido solicitados. Se garantizó la libertad al paciente para participar o no del estudio, sin perjuicio a su tratamiento.

## RESULTADOS

Con relación a los datos de caracterización de la muestra: el 62,1% pacientes eran varones; edad media de 40,86 años ( $\pm 11,74$ ); el 51,7% tenían pareja; número

medio de hijos de 1,91 ( $\pm$  2,16); y el 74,1% eran católicos. En cuanto a la escolaridad, el 5,2% eran analfabetos y 43,1% tenían solamente la enseñanza fundamental incompleta. La mayoría era jubilada (62,1%) y presentaba renta familiar media de 4,44 salarios ( $\pm$  4,05).

Se identificaron 38 diagnósticos enfermeros en los pacientes entrevistados. La mayoría de los diagnósticos estaba presente por debajo del 30% de los individuos evaluados. Solamente los diagnósticos enfermeros: Riesgo de infección (100,0%), Trastorno de la percepción sensorial: visual (67,2%) y Deterioro del patrón de sueño (63,8%) presentaron frecuencias mayores que el 30%. Como se observa en la tabla 1.

**TABLA 1 – DISTRIBUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMOS PRESENTES EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES. FORTALEZA, 2005.**

Diagnósticos enfermeros	Nº	%	IC 95%	
1. Riesgo de infección	58	100,0	93,8% – 0,0%	
2. Trastorno de la percepción sensorial: visual	39	67,2	53,7% – 79,0%	
3. Deterioro del patrón de sueño	37	63,8	50,1% – 76,0%	
4. Desequilibrio nutricional: por exceso	17	29,3	18,1% – 42,7%	
5. Fatiga	14	24,1	13,9% – 37,2%	
6. Disfunción sexual	13	22,4	12,5% – 35,3%	
7. Trastorno de la percepción sensorial: auditiva	13	22,4	12,5% – 35,3%	
8. Dolor agudo	12	20,7	11,2% – 33,4%	
9. Patrones sexuales inefectivos	12	20,7	11,2% – 33,4%	
10. Riesgo de desequilibrio nutricional: por exceso	8	13,8	6,1% – 25,4%	P75
11. Riesgo de soledad	8	13,8	6,1% – 25,4%	
12. Estreñimiento	7	12,1	5,0% – 23,3%	
13. Desempeño inefectivo del rol	7	12,1	5,0% – 23,3%	
14. Deterioro de la memoria	7	12,1	5,0% – 23,3%	
15. Deterioro de la movilidad física	7	12,1	5,0% – 23,3%	
16. Náusea	7	12,1	5,0% – 23,3%	
17. Deterioro de la deambulaci3n	6	10,3	3,9% – 21,2%	
18. Interrupci3n de los procesos familiares	6	10,3	3,9% – 21,2%	
19. Riesgo de caídas	5	8,6	2,9% – 19,0%	
20. Intolerancia a la actividad	3	5,2	1,1% – 14,4%	P50
21. Deterioro de la integridad cutánea	3	5,2	1,1% – 14,4%	
22. Trastorno de la imagen corporal	2	3,4	0,4% – 11,9%	
23. Deterioro de la interacci3n social	2	3,4	0,4% – 11,9%	
24. Aislamiento social	2	3,4	0,4% – 11,9%	
25. Manejo efectivo del r3gimen terap3utico	1	1,7	0,0% – 9,2%	
26. Deterioro de la degluci3n	1	1,7	0,0% – 9,2%	
27. Dolor cr3nico	1	1,7	0,0% – 9,2%	
28. Miedo	1	1,7	0,0% – 9,2%	
29. desequilibrio nutricional: por defecto	1	1,7	0,0% – 9,2%	
30. Trastorno de la percepci3n sensorial: t3ctil	1	1,7	0,0% – 9,2%	P25
31. Perfusi3n tisular inefectiva: renal	1	1,7	0,0% – 9,2%	
32. Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo	1	1,7	0,0% – 9,2%	
33. Riesgo de estreñimiento	1	1,7	0,0% – 9,2%	

34. Riesgo de deterioro de la vinculaci3n entre padres y el lactante / niño	1	1,7	0,0% – 9,2%
35. Riesgo de violencia dirigida a otros	1	1,7	0,0% – 9,2%
36. Aflicci3n cr3nica	1	1,7	0,0% – 9,2%
37. Exceso de volumen de l3quidos	1	1,7	0,0% – 9,2%

IC- Intervalo de confianza; P75- Percentil 75; P50- Percentil 50; P25- Percentil 25.

En el análisis de asociaci3n y diferencia de media, los pacientes portadores del diagn3stico Trastorno de la percepci3n sensorial: visual presentaban edad media m3s grande que los pacientes no portadores; el diagn3stico Deterioro del patr3n de sueño present3 asociaci3n con la ocupaci3n ( $p = 0,039$ ); pacientes trasplantados renales con pareja presentaron cerca de 4 veces m3s chances de desarrollar el diagn3stico Desequilibrio nutricional: por exceso ( $OR = 4,588$ ), y pacientes que vivían en la zona rural o en otro estado del país presentaban cerca de 5 veces m3s chances de desarrollar este diagn3stico ( $OR = 5,040$ ); el diagn3stico Trastorno de la percepci3n sensorial: auditiva present3 asociaci3n con la escolaridad ( $p = 0,040$ ). Como se observa en la tabla 2.

## DISCUSI3N

En Brasil, se realizaron cerca de los 18 mil trasplantes de 3rgano en 2007, de los cuales 3.397 eran trasplantes renales<sup>(13)</sup>. Es conocido que los pacientes con trasplante renal presentan una mejor calidad de vida de lo que pacientes ur3micos atendidos en programa de hemodiálisis<sup>(6, 14, 15)</sup>. Sin embargo, el trasplantado presenta algunas limitaciones en su vida relacionadas al uso constante de medicamentos, cuidados con la higiene y la alimentaci3n, así como, debido a la necesidad de frecuentes consultas de ambulatorio, puesto que el trasplante renal es un tratamiento paliativo, pues no recupera integralmente la salud del paciente.

En estudio descriptivo y exploratorio con pacientes adultos trasplantados renales, se identific3 el sexo masculino como m3s predominante (58,33%), el nivel de escolaridad fundamental (61,11%) y la mayoría de jubilados (80,56%)<sup>(16)</sup>. Nuestros hallazgos se acercan al perfil de ese estudio. En la realidad, donde se ha desarrollado esta averiguaci3n, la mayoría de los pacientes era joven, recibiendo el diagn3stico de IRC en edad precoz, some-

**TABLA 2 – ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN Y DIFERENCIA DE MEDIA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PRESENTES EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL SEGÚN LOS DATOS SOCIO-ECONÓMICOS. FORTALEZA, 2005.**

DE	Sexo	Edad	Estado civil	Número de hijos	Procedencia	Renta familiar	Método contraceptivo	Ocupación	Escolaridad	Religión
A	p= 0,866 <sup>1</sup> Phi= ,060	p= 0,044 <sup>2</sup> p= 0,000 <sup>3</sup>	p= 0,457 <sup>1</sup> Phi= 0,134	p= 0,074 <sup>2</sup> p= 0,07 <sup>4</sup>	p= 0,608 <sup>5</sup> Phi= 0,006	p= 0,837 <sup>2</sup> p= 0,760 <sup>4</sup>	p= 0,063 <sup>6</sup> Phi= 0,359	p= 0,622 <sup>6</sup> Phi= 0,276	p= 0,955 <sup>6</sup> Phi= 0,164	p= 0,654 <sup>6</sup> Phi= - 0,097
	p= 0,647		p= 0,306		p= 0,962		p= 0,059	p= 0,622	p= 0,955	p= 0,762
B	p= 0,763 <sup>1</sup> Phi= 0,076 (p=0,560)	p= 0,542 <sup>2</sup> p= 0,202 <sup>3</sup>	p= 0,456 <sup>1</sup> Phi= 0,134 (p=0,309)	p= 0,335 <sup>2</sup> p= 0,548 <sup>3</sup>	p= 0,549 <sup>1</sup> Phi= 0,031 (p=0,816)	p= 0,618 <sup>2</sup> p= 0,899 <sup>3</sup>	p= 0,124 <sup>4</sup> Phi= 0,317 (p=0,120)	p= 0,039 <sup>4</sup> Phi= 0,437 (p=0,085)	p= 0,899 <sup>4</sup> Phi= 0,164 (p=0,955)	p= 0,299 <sup>4</sup> Phi= 0,192 (p=0,344)
C	p= 0,247 <sup>1</sup> Phi= 0,191 (p=0,146)	p= 0,870 <sup>2</sup> p= 0,084 <sup>3</sup>	p= 0,032 <sup>1</sup> Phi= 0,319 (p=0,015)	p= 0,084 <sup>2</sup> p= 0,471 <sup>3</sup>	p= 0,019 <sup>4</sup> Phi= 0,326 (p=0,013)	p= 0,008 <sup>2</sup> p= 0,126 <sup>5</sup>	p= 0,150 <sup>6</sup> Phi= 0,308 (p=0,138)	p= 0,582 <sup>6</sup> Phi= 0,239 (p=0,770)	p= 0,819 <sup>6</sup> Phi= 0,227 (p=0,811)	p= 0,342 <sup>6</sup> Phi= 0,183 (p=0,378)
D	p= 0,452 <sup>1</sup> Phi= -0,140 (p=0,285)	p= 0,357 <sup>2</sup> p= 0,838 <sup>3</sup>	p= 0,649 <sup>1</sup> Phi= -0,100 (p=0,446)	p= 0,868 <sup>2</sup> p= 0,866 <sup>3</sup>	p= 0,603 <sup>4</sup> Phi= 0,010 (p=0,938)	p= 0,032 <sup>2</sup> p= 0,564 <sup>5</sup>	p= 0,998 <sup>6</sup> Phi= 0,026 (p=0,998)	p= 0,347 <sup>6</sup> Phi= 0,341 (p=0,347)	p= 0,460 <sup>6</sup> Phi= 0,289 (p=0,564)	p= 0,155 <sup>6</sup> Phi= 0,260 (p=0,140)
E	p= 0,396 <sup>1</sup> Phi= 0,079 (p=0,546)	p= 0,140 <sup>2</sup> p= 0,069 <sup>3</sup>	p= 1,000 <sup>4</sup> Phi= 0,023 (p=0,862)	p= 0,092 <sup>2</sup> p= 0,187 <sup>3</sup>	p= 0,180 <sup>1</sup> Phi= -0,172 (p=0,189)	p= 0,395 <sup>2</sup> p= 0,808 <sup>3</sup>	p= 0,911 <sup>5</sup> Phi= 0,094 (p=0,917)	p= 0,603 <sup>5</sup> Phi= -0,229 (p=0,802)	p= 0,512 <sup>5</sup> Phi= 0,291 (p=0,556)	p= 0,512 <sup>5</sup> Phi= 0,136 (p=0,586)
F	p= 0,396 <sup>1</sup> Phi= 0,079 (p=0,546)	p= 0,875 <sup>2</sup> p= 0,233 <sup>3</sup>	p= 0,080 <sup>4</sup> Phi= 0,271 (p=0,039)	p= 0,441 <sup>2</sup> p= 0,624 <sup>3</sup>	p= 0,541 <sup>1</sup> Phi= 0,032 (p=0,809)	p= 0,074 <sup>2</sup> p= 0,090 <sup>3</sup>	p= 0,161 <sup>5</sup> Phi= 0,236 (p=0,359)	p= 0,094 <sup>5</sup> Phi= 0,356 (p=0,288)	p= 0,040 <sup>5</sup> Phi= 0,471 (p=0,045)	p= 0,340 <sup>5</sup> Phi= 0,189 (p=0,355)
G	p= 0,493 <sup>1</sup> Phi= 0,048 (p=0,712)	p= 0,550 <sup>2</sup> p= 0,372 <sup>3</sup>	p= 0,402 <sup>4</sup> Phi= 0,153 (p=0,245)	p= 0,784 <sup>2</sup> p= 0,996 <sup>3</sup>	p= 0,475 <sup>1</sup> Phi= 0,054 (p=0,679)	p= 0,188 <sup>2</sup> p= 0,379 <sup>3</sup>	p= 0,203 <sup>5</sup> Phi= 0,220 (p=0,423)	p= 0,261 <sup>5</sup> Phi= 0,313 (p=0,459)	p= 0,107 <sup>5</sup> Phi= 0,386 (p=0,195)	p= 0,195 <sup>5</sup> Phi= 0,261 (p=0,139)
H	p= 0,245 <sup>1</sup> Phi= 0,136 (p=0,300)	p= 0,083 <sup>2</sup> p= 0,156 <sup>3</sup>	p= 1,000 <sup>4</sup> Phi= -0,018 (p=0,893)	p= 0,783 <sup>2</sup> p= 0,763 <sup>3</sup>	p= 0,223 <sup>1</sup> Phi= -0,156 (p=0,235)	p= 0,260 <sup>2</sup> p= 0,715 <sup>3</sup>	p= 0,559 <sup>5</sup> Phi= 0,174 (p=0,624)	p= 0,674 <sup>5</sup> Phi= 0,214 (p=0,852)	p= 0,716 <sup>5</sup> Phi= 0,237 (p=0,776)	p= 0,220 <sup>5</sup> Phi= 0,206 (p=0,293)

Phi- Coeficiente Fi; 1 – Prueba exacta de Fisher; 2 – Prueba de Levene para homogeneidad de varianzas; 3 – Prueba T para muestras independientes asumiendo varianzas iguales; 4 – Prueba de Ji-cuadrado con corrección de Yates; 5 – Prueba T para muestras independientes asumiendo varianzas desiguales. A- Trastorno de la percepción sensorial: visual; B- Deterioro del patrón de sueño; C- Desequilibrio nutricional: por exceso; D- Fatiga; E- Disfunción sexual; F- Trastorno de la percepción sensorial: auditiva; G- Dolor agudo; H- Patrones sexuales inefectivos.

tiéndose al tratamiento dialítico antes de la realización del trasplante renal. Ese tratamiento, generalmente, es realizado tres veces por semana, dificultando la continuidad de los estudios. De ahí que el paciente renal interrumpe los estudios temprano y solicita jubilación por invalidez al Gobierno en una fase laboral.

En un estudio realizado sobre diagnósticos enfermeros<sup>(17)</sup> en pacientes renales crónicos en hemodiálisis, clasificados de acuerdo con los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, se identificaron múltiples diagnósticos, donde se destacan: Trastorno de percepción sensorial visual y auditiva, Desequilibrio nutricional, Fatiga, Déficit de conocimiento farmacológico, de dieta y del acceso vascular, Riesgo de infección, Deterioro del patrón de sueño y Disfunción sexual. Nuestros hallazgos se acercan a éstos.

En nuestro estudio, el diagnóstico Trastorno de la percepción sensorial: visual se manifestó en pacientes trasplantados renales con edad más avanzada. Se sabe que proporcionalmente al envejecimiento cronológico aumentan las pérdidas sensoriales con relación a los órganos vitales, y que generalmente a los 40 años, el cristalino se vuelve menos flexible, el punto de foco se queda más lejos, ocasionando un disturbio denominado presbiopía. Son necesarias gafas para la lectura y para aumentar los objetos<sup>(4)</sup>. Además, se identifican efectos colaterales de algunos medicamentos usados por los pacientes con trasplante renal que influyen en la capacidad sensorial. El uso prolongado de corticosteroides puede causar catarata y glaucoma<sup>(18)</sup>.

La identificación de asociación del diagnóstico Deterioro del patrón de sueño con la ocupación, se puede

relacionar con la jubilación precoz por invalidez del portador de alteración renal crónica, generando preocupación financiera y disturbios en la calidad del sueño. Muchos estudios muestran que un de los factores más estresantes para el paciente con trasplante renal es el soporte financiero<sup>(3, 14, 19)</sup>.

De forma semejante se portó los datos de asociación entre el diagnóstico Desequilibrio nutricional: por exceso con el estado civil y la procedencia. Otro estudio<sup>(16)</sup> evidenció que la variable procedencia presentó asociación con el autocuidado, demostrando que pacientes residentes en locales apartados de la unidad de trasplante renal tienden a enfrentar mayores dificultades en el mantenimiento del autocuidado. Eso puede ser uno de los factores que conducen al no-seguimiento de la dieta, y consecuentemente, a la identificación del diagnóstico Desequilibrio nutricional: por exceso en nuestro estudio.

## CONCLUSIONES

El estudio de los diagnósticos enfermeros permitió ampliar el conocimiento de la realidad de los pacientes, lo que es necesario para el establecimiento de la asistencia de enfermería al trasplantado renal, bien como para el direccionamiento de los resultados a ser buscados con objetivo de mejorar la calidad de vida.

Aunque que el presente estudio haya identificado un número relativamente grande de diagnósticos enfermeros, una parte de ellos presentó frecuencias muy bajas. Este hecho demuestra la necesidad de mayores investigaciones sobre aspectos individuales de esta clientela. Además, existe carencia de estudios sobre intervenciones dirigidas a los diagnósticos enfermeros identificados en pacientes que se sometieron al trasplante renal.

## REFERENCIAS

1. Gonçalves LFS, Manfro RC, Veronese FV, Saitovitch D. Aspectos clínicos, rotinas e complicações. En: Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Peres LAB, Ann HK, Camargo MTA *Nefrologia: rotina, diagnóstico e tratamento*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 475-97.
2. Romão JEJ. Insuficiência renal crônica. En: Cruz J, Praxedes JN, Cruz HMM. *Nefrologia*. São Paulo: Sarvier; 1994. p.187-200.
3. Talas MS, Bayraktar N. Kidney transplantation: determination of the problems encountered by Turkish patients and their knowledge and practices on healthy living. *J Clin Nurs*. 2004; 13(5): 580-8.
4. Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner-Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 2419 p.
5. Schneider RA. Chronic renal failure: assessing the fatigue severity scale for use among caregivers. *J Clin Nurs*. 2004; 13: 219-25.
6. Fisher R, Gould D, Wainwright S, Fallon M. Quality of life after renal transplantation. *J Clin Nurs*. 1998; 7(6): 533-63.
7. Carvalho ALB. *Adaptação psicossocial do adolescente transplantado renal*. 2003. 70p. Monografia (Graduação). Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2003.
8. Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
9. Beserra PJE, Bittencourt GKGD, Nóbrega MML, Garcia TRG. Ações de enfermagem identificadas na linguagem dos componentes da equipe de enfermagem da clínica médica de um hospital-escola. *Rev Rene* 2004; 5(2):41-8.
10. Cendoroglo M, Sardenberg C, Suassuna P. Insuficiência renal crônica: etiologia, diagnóstico e tratamento. En: Schor N, Srougi M. *Nefrologia, urologia clínica*. São Paulo: Sarvier; 1998. p.29-41.
11. Gordon M. *Nursing diagnosis: process and application*. 3ª ed. St. Louis: Mosby; 1994.
12. North American Nursing Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA 2005 -2006: definições e classificação*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2006.
13. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Número de transplantes de órgãos realizados no ano de 2007 no Brasil [Internet]. São Paulo: ABTO; 2007 [acceso el: 2008 dic 16]. Disponible en: <<http://www.abto.org.br/profissionais.asp>>.

14. Lima AF, Gualda DMR. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise. *Nursing*. 2000; 3(30):20-2.
15. Pereira LC, Chang J, Romão MAF, Abensur H, Araújo MRT, Noronha IL, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. *J Bras Nefrol*. 2003; 25(1): 10-6.
16. Sampaio FPR, Pagliuca LMF. O transplante renal em acompanhamento ambulatorial: autocuidado higiênico-dietético e medicamentoso. Fortaleza: FCPC; 2000.
17. Galache BA. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2004; 7(3): 158-63.
18. Rang HP, Ritter JM, Dale MM. Sistema endócrino. En: Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Moore PK. *Farmacologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994. p.332-61.
19. Lindqvist R, Carlsson M, Sjoden PO. Coping strategies of people with kidney transplants. *J Adv Nurs*. 2004; 45(1): 47-52.

**RECEBIDO:** 05/01/2009

**ACEITO:** 18/02/2009