

# **UNEMI**

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

**REPÚBLICA DEL ECUADOR**

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**TEMA:**

**TRASPLANTE RENAL Y EL ACCESO EQUITATIVO EN PACIENTES CON  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

**Autor:**

**ISABEL CAROLINA MACIAS RUIZ**

**Tutor:**

**MGS. VERÓNICA ELIZABETH GUANGA LARA**

*Milagro, 2023*

## DERECHOS DE AUTOR

**Sr. Dr.**

**Fabricio Guevara Viejó**

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Isabel Carolina Macías Ruiz** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud Pública Y Bienestar Humano Integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 2023

**Isabel Carolina Macías Ruiz**

**0919723429**

## APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Milagro, 28 de octubre del 2023

Ingeniero

Eduardo Espinoza Solís, Ph.D

Director de Posgrados

De mis consideraciones

Por medio de la presente certifico haber acompañado en el desarrollo del trabajo de titulación en calidad de profesor tutor, al maestrante **ISABEL CAROLINA MACIAS RUIZ**, con el tema: "**TRASPLANTE RENAL Y EL ACCESO EQUITATIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**". En el cual se realizaron 8 tutorías, las mismas que se encuentran registradas en el Sistema de Gestión Académica.

Además, notifico que el Trabajo de Titulación cumple con los parámetros de calidad y forma requeridos por el programa de **MAESTRIA EN SALUD PUBLICA MODALIDAD PRESENCIAL**, cumpliendo con el porcentaje de originalidad del 0.0%.

Pongo de manifiesto que autorizo la entrega del documento desarrollado a los entes pertinentes para proceder a la revisión y posterior defensa del Trabajo de Titulación presentado por el maestrante.



Firmado electrónicamente por:  
**VERONICA ELIZABETH  
GUANGA LARA**

Atentamente,

GUANGA LARA VERÓNICA ELIZABETH, Msc.

C.I. 0603881871

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**  
**DIRECCIÓN DE POSGRADO**  
**CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA**

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**, presentado por LIC. **MACIAS RUIZ ISABEL CAROLINA**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "TRASPLANTE RENAL Y EL ACCESO EQUITATIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	55.33
DEFENSA ORAL	38.00
PROMEDIO	93.33
EQUIVALENTE	Muy Bueno



ARMIJO VALVERDE KEVIN GABRIEL  
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Mgs. MORALES CALUÑA EDGAR ROLANDO  
VOCAL



Lic. SOLORZANO IBARRA NATHALIA FERNANDA  
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

## DEDICATORIA

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza y sabiduría para seguir cada paso y culminar esta meta.

A mis padres Manuel y Linda, mis hijos Alejandra Valeria y Félix Manuel, a mi tía Mercy por darme el apoyo incondicional y no dejarme decaer ante las adversidades.

A toda mi familia que ha sido el soporte que necesite en los momentos más difíciles a lo largo de este tiempo.

Y finalmente a todos mis amigos que me dieron su apoyo para lograr el objetivo de un cuarto nivel.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia que me han heredado el tesoro más valioso que puede entregarse. El amor. A ellos ya que, sin escatimar recurso alguno, han velado por mi gran parte de su vida y se han esmerado por formarme y educarme. A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en una mujer de bien, gracias papá en el cielo.

Dedico la presente como agradecimiento al apoyo brindado en estos años de estudio y un reconocimiento de gratitud al haber culminado esta etapa.

A mis docentes y tutoras que en transcurso de este camino han sido mi guía y soporte para avanzar en cada logro.

## Resumen

**Introducción:** El trasplante renal es un procedimiento sustitutivo de elección que se realiza con el propósito de restaurar el funcionamiento normal de los riñones afectados en pacientes con insuficiencia renal crónica. **Objetivo:** Identificar los criterios del acceso equitativo del trasplante renal en pacientes con IRC del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de enero a diciembre del 2020. **Metodología:** El diseño de investigación fue de tipo no experimental, de enfoque cuantitativo y alcance descriptivo de corte transversal. Considerando que se buscó analizar la situación suscitada en un periodo previo, el estudio fue de tipo retrospectivo. Se consideró como población a un total de 28 pacientes sometidos al procedimiento de trasplante renal en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, para el levantamiento de los datos se elaboró una ficha de observación con ítems validado por juicios de expertos en salud comprobando validez, pertinencia y coherencia. **Resultados:** Todos los pacientes con IRC necesitaban un trasplante de riñón, ya que su calidad de vida estaba siendo limitada por los síntomas que este padecimiento genera; se determinó correlación entre las variables permanencia en la lista de espera vs nivel de gravedad del paciente, ya que a mayor tiempo de espera por un trasplante el deterioro de la salud incrementa; otro resultado reflejó que, si existe correlación estadísticamente significativa entre la permanencia en la lista de espera y el tipo de donante, dado a que el trasplante depende de factores como el estado del paciente, el grado de urgencia, entre otros. **Conclusión:** Los criterios de acceso equitativo en pacientes con IRC se relacionan principalmente con el nivel de gravedad del paciente y el tipo de donante. **Palabras claves:** Insuficiencia renal crónica, trasplante de órganos, trasplante renal, riñones.

## Abstract

**Introduction:** Renal transplantation is a substitutive procedure of choice that is performed with the purpose of restoring the normal functioning of the affected kidneys in patients with chronic renal failure. **Objective:** To identify the criteria for equitable access to kidney transplantation in patients with CKD at the Teodoro Maldonado Carbo Specialty Hospital in the period from January to December 2020.

**Methodology:** The research design was of a non-experimental type, with a quantitative approach and descriptive scope of a cross-section. Considering that it was sought to analyze the situation that arose in a previous period, the study was retrospective. A total of 28 patients who underwent the kidney transplant procedure at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital were considered as a population, to collect the data, an observation sheet was prepared with items validated by the judgments of health experts, verifying validity, relevance and coherence. **Results:** All patients with CKD needed a kidney transplant, since their quality of life was being limited by the symptoms that this condition generates; A correlation was determined between the variables permanence on the waiting list vs. level of severity of the patient, since the longer the waiting time for a transplant, the deterioration of health increases; Another result showed that, if there is a statistically significant correlation between the permanence in the waiting list and the type of donor, given that the transplant depends on factors such as the patient's condition, the degree of urgency, among others..

**Conclusion:** The criteria for equitable access in patients with CKD are mainly related to the level of severity of the patient and the type of donor.

**Keywords:** Chronic renal failure, organ transplantation, renal transplantation, kidneys.



## Lista de Tablas

<b>Tabla 1</b> <i>Distancia del hospital del donante</i> .....	38
<b>Tabla 2</b> <i>Nivel de gravedad</i> .....	38
<b>Tabla 3</b> <i>Permanencia en la lista de espera</i> .....	39
<b>Tabla 4</b> <i>Contacto al paciente</i> .....	39
<b>Tabla 5</b> <i>Signos de infección</i> .....	40
<b>Tabla 6</b> <i>Grupo sanguíneo</i> .....	40
<b>Tabla 7</b> <i>Rango de edad</i> .....	41
<b>Tabla 8</b> <i>Sexo</i> .....	41
<b>Tabla 9</b> <i>Nivel de instrucción</i> .....	42
<b>Tabla 10</b> <i>Estado civil</i> .....	42
<b>Tabla 11</b> <i>Necesidad de trasplante</i> .....	43
<b>Tabla 12</b> <i>Síntomas</i> .....	43
<b>Tabla 13</b> <i>Causas de IRC</i> .....	44
<b>Tabla 14</b> <i>Comorbilidades</i> .....	45
<b>Tabla 15</b> <i>Etapas de la IRC</i> .....	46
<b>Tabla 16</b> <i>Tipo de donante</i> .....	46
<b>Tabla 17</b> <i>Rango de edad del donante</i> .....	47
<b>Tabla 18</b> <i>Retrasplante</i> .....	47
<b>Tabla 19</b> <i>Sensibilización previa</i> .....	48
<b>Tabla 20</b> <i>Tabla cruzada distancia del hospital vs contacto con el paciente</i> .....	48
<b>Tabla 21</b> <i>Prueba de chi cuadrado relación entre distancia del hospital vs contacto con el paciente</i> .....	49
<b>Tabla 22</b> <i>Tabla cruzada permanencia en la lista de espera vs nivel de gravedad del paciente</i> .....	49
<b>Tabla 23</b> <i>Prueba de chi cuadrado relación entre permanencia en la lista de espera vs nivel de gravedad del paciente</i> .....	50
<b>Tabla 24</b> <i>Tabla cruzada permanencia en la lista de espera vs tipo de donante</i> .....	50
<b>Tabla 25</b> <i>Prueba de chi cuadrado relación entre permanencia en la lista de espera vs tipo de donante</i> .....	51

## Lista de Siglas / Acrónimos

**GODT:** Observatorio Global de Donación y Trasplante.

**HTMC:** Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

**HTA:** Hipertensión arterial.

**INDOT:** Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células

**IRC:** Insuficiencia Renal Crónica.

**IVU:** Infección de las vías urinarias.

**LEUN:** Lista de Espera única Nacional.

**MSP:** Ministerio de Salud Pública del Ecuador

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**ONT:** Organización Nacional de Trasplantes

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**SINIDOT:** Sistema Nacional Informático de Donación y Trasplante.

**UCI:** Unidades de Cuidados Intensivos.

## Índice / Sumario

<b>DERECHOS DE AUTOR</b> .....	1
<b>APROBACIÓN DEL TUTOR</b> .....	2
<b>CERTIFICADO DE LA DEFENSA</b> .....	3
<b>DEDICATORIA</b> .....	4
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	5
<b>Resumen</b> .....	6
<b>Abstract</b> .....	7
<b>Lista de Tablas</b> .....	8
<b>Lista de Siglas / Acrónimos</b> .....	9
<b>Índice / Sumario</b> .....	10
<b>Introducción</b> .....	12
<b>CAPÍTULO I: el problema de la investigación</b> .....	15
<b>1.1 Planteamiento del problema</b> .....	15
<b>1.2 Delimitación del problema</b> .....	16
<b>1.3 Formulación del problema</b> .....	16
<b>1.4 Preguntas de investigación</b> .....	16
<b>1.5 Determinación del tema</b> .....	16
<b>1.6 Objetivo general</b> .....	17
<b>1.7 Objetivos específicos</b> .....	17
<b>1.8 Declaración de las variables (operacionalización)</b> .....	17
<b>1.9 Justificación</b> .....	17
<b>1.10 Alcance y limitaciones</b> .....	19
<b>CAPÍTULO II: Marco teórico referencial</b> .....	20
<b>2.1 Antecedentes</b> .....	20
<b>2.1.1 Antecedentes históricos</b> .....	20
<b>2.2 Fundamentación teórica</b> .....	26
<b>2.2.1 Trasplante Renal</b> .....	26
<b>2.3 Marco legal</b> .....	28
<b>CAPÍTULO III: diseño metodológico</b> .....	31
<b>3.1 Tipo y diseño de investigación</b> .....	31
<b>3.2 La población y la muestra</b> .....	32

3.2.1	Características de la población.....	32
3.2.2	Delimitación de la población.....	32
3.2.3	Tipo de muestra.....	32
3.3	Los métodos y las técnicas.....	32
3.3.1	Técnicas e instrumentos.....	33
3.4	Procesamiento estadístico de la información.....	36
<b>CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultados .....</b>		<b>38</b>
4.1	Análisis de la situación actual.....	38
4.2	Análisis Comparativo.....	52
<b>CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones.....</b>		<b>54</b>
5.1	Conclusiones .....	54
5.2	Recomendaciones .....	54
Referencias bibliográficas.....		56
Anexos .....		61

## Introducción

De acuerdo con el reporte generado por el Observatorio Global de Donación y Trasplante (GODT), durante el periodo 2016 se ejecutaron aproximadamente 53.000 trasplantes a nivel regional, lo que significó un incremento del 6,8% de la tasa de trasplante por millón de individuos con respecto al periodo previo. A pesar de ello, el número de órganos disponibles sigue siendo inferior a la demanda existente, lo que implica que un alto porcentaje de personas permanecen durante un tiempo prolongado en la lista de espera (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019).

Así mismo, en dicho reporte se destacó que el 2 de octubre del año 2019, en una reunión sostenida en la ciudad de Washington, Estados Unidos, los Ministros de Salud de varios países de la región acordaron desplegar una serie de medidas orientadas a incrementar las oportunidades de acceso equitativo a trasplantes, mediante el sistema de donación voluntaria. Esto con el propósito de responder de mejor manera a la creciente demanda de este tipo de procedimientos, optimizar la gestión de la salud de los individuos que lo requieren y salvar vidas (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2019).

Según la opinión de Carissa Etienne, Directora de la OPS, expuesta en el informe presentado por la OMS (2019) “Muchos trasplantes de órganos no solo pueden ser efectivos para tratar una enfermedad, sino para ahorrar costos al sistema de salud” (p. 1). En este sentido, las estrategias formuladas constituyen una herramienta fundamental para responder a la demanda de trasplantes que se ha visto promovida por el incremento de patologías en estado crónico.

A nivel regional, en lo concerniente a los procedimientos de trasplante renal, durante el periodo 2016 se estimó que aproximadamente 182.000 personas estuvieron en la lista de espera; sin embargo, únicamente se satisfizo menos del 10% de la demanda.

Así mismo, se registró un déficit en la disponibilidad de especialistas en el área de nefrología; en países como Honduras la tasa de especialistas es de 2,1 por millón de individuos, mientras que en Uruguay es de 50,8 (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019).

Durante muchos años se han buscado promulgar acciones para incentivar acciones de donación de órganos voluntaria no remunerada, entre dichas acciones en países en vía de desarrollo con apoyo de la OPS, la meta es incrementar la disponibilidad de órganos, tejidos y células, esto en conjunto con medidas para fortalecer los conocimientos de las autoridades sanitarias para impulsar procedimientos de atención en los que se estimule el acceso equitativo a trasplantes bajo un marco integral de calidad, y no menos importante para el mejoramiento de la legislación y capacidad de fiscalización, con la meta de reducir y mitigar la comercialización y el tráfico ilegal de órganos y el turismo de trasplantes (OPS, 2023).

Es importante acotar que la estrategia en conjunto con el plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030 fue aprobada por los Estados que conforman la OPS, dentro del marco del 57º mediante la aprobación otorgada por el Consejo Directivo de la institución, que se celebra hasta el 4 de octubre en la ciudad de Washington, siendo pertinente también determinar acciones en pro del abordaje responsable de la información vinculada a este tema (OPS, 2021).

De acuerdo a algunos datos importantes proporcionados a través del sitio web de la PAO, se ha logrado identificar lo siguiente: en números se han generado 53.345 trasplantes de órganos sólidos solo en la región (América) durante el año 2016, esto representa aproximadamente el 40% del total mundial. Al buscar cual es el órgano de mayor demanda, de acuerdo a los datos, se generaron 33.378 trasplantes de riñón,

dejando en segundo lugar el trasplante de hígado, con aproximadamente 11.000, otros órganos que son altamente demandados son la córnea de la que se identifica además un crecimiento significativo entre un periodo y otro (OPS, 2019).

# CAPÍTULO I: el problema de la investigación

## 1.1 Planteamiento del problema

En el Ecuador, la insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las patologías de mayor incidencia, considerando que se encuentra entre una de las principales causas de mortalidad. Es importante la persistencia en el tratamiento, puesto que actualmente no se cuenta con un tratamiento farmacológico que regenere el tejido renal; sin embargo, en el caso de pacientes con IRC en etapa 5, se recomienda el trasplante renal como tratamiento sustitutivo. El éxito de este procedimiento depende en gran medida de los adelantos alcanzados con relación a las técnicas quirúrgicas y los estudios de fenómenos inmunológicos (Acebo y otros, 2020).

Según el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT), durante el periodo de enero a diciembre del periodo 2020, se llevó a cabo un total de 207 trasplantes, en su gran mayoría fueron de tipo renal proveniente de donantes cadavéricos (Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT), 2020).

Sin embargo, la problemática de estudio radica en las dificultades para satisfacer la demanda de personas que requieren un trasplante renal, esto considerando que al ser la IRC una patología de alta prevalencia a nivel local, la lista de espera durante dicho periodo fue de 763 pacientes (54%) (Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT), 2020). Por lo tanto, a través de la presente investigación se buscará determinar la accesibilidad que tienen los pacientes con esta enfermedad para ser aptos a un trasplante en el HTMC, de esta manera precisar cuáles son los puntos en los cuales se debe trabajar para garantizar el acceso equitativo.



## 1.2 Delimitación del problema

- Línea de investigación: Salud pública/ medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población.
- Sub-Línea de Investigación: Enfermedades crónicas, degenerativas y catastróficas.
- Objeto de estudio: Accesibilidad equitativo del trasplante en el sistema público de salud.
- Unidad de observación: Pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo trasplantados o en lista de espera.
- Espacio: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

## 1.3 Formulación del problema

¿Determinar los criterios de acceso equitativo del trasplante renal como tratamiento de la IRC en los pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo?

## 1.4 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y condiciones clínicas más comunes del paciente sometido a trasplante renal?
- ¿Cuáles son los factores que influyeron a los pacientes sometidos a trasplante renal?
- ¿Cómo se desarrolla el flujo de acceso o donación que se realiza al paciente donante para el trasplante que requiere el paciente receptor?

## 1.5 Determinación del tema

Trasplante renal y el acceso equitativo en pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el período de enero a diciembre del 2020.

## 1.6 Objetivo general

Identificar los criterios del acceso equitativo del trasplante renal en pacientes con IRC del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

## 1.7 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas y condiciones clínicas más comunes del paciente sometido a trasplante renal.
- Determinar los factores que influyeron a los pacientes sometidos a trasplante renal.
- Relacionar los factores de acceso equitativo e insuficiencia renal crónica en pacientes.

## 1.8 Declaración de las variables (operacionalización)

### Variable Independiente.

Acceso Equitativo: A través de esta variable se pretende efectuar una indagación respecto al grado de acceso equitativo que se genera en el sistema público de salud del hospital hacia pacientes con determinadas condiciones de salud.

### Variable Dependiente.

Trasplante renal: También denominado como trasplante de riñón, es un proceso y tratamiento médico de complejidad significativa dado a que se busca otorgar un nuevo órgano (riñón) a un paciente que presenta una condición, padecimiento o enfermedad renal avanzada y por lo cual se precisa de este procedimiento.

## 1.9 Justificación

La razón que motivó a desarrollar esta investigación, se justifica dado a la necesidad de indagar a profundidad cuales son los criterios de acceso equitativo que se toman en consideración y que se aplican desde el HTMC, esto teniendo en consideración que se suscitan casos de pacientes que son puestos en espera con condiciones de IRC que demandan de una intervención inmediata, pero que de acuerdo a factores influyentes son otros los pacientes atendidos para hacer efectivo el procedimiento de trasplante renal.

La trascendencia de esta investigación radica en todas las estrategias que se han promulgado en todo el mundo desde organizaciones como la OMS y OPS para garantizar que se incremente la donación de órganos de manera segura y legal, pero que de acuerdo a varios datos de referencia en países como Ecuador aún existen procesos que limitan el acceso equitativo del trasplante renal Pedroza *et al.*, (2019).

La utilidad práctica de esta investigación se identifica en toda la información preliminar recolectada para armar el marco teórico y disponer de las referencias específicas con las que se contrastarán los resultados, a nivel metodológico la utilidad se encuentra en los datos primarios recolectados desde el HTMC que posteriormente fue procesada, tabulada y analizada y no menos importante la relevancia teórica que proporcionará el trabajo, se identifica del aporte otorgado en apartados como la discusión y análisis general de los datos, donde se encontrará la contribución científica del autor.

El impacto, relevancia y el aporte que constituirá esta investigación se percibe en la presentación de claros respecto a cuáles son los criterios del acceso equitativo del trasplante renal en pacientes con insuficiencia renal crónica del HTMC, siendo beneficiados con estos resultados los estudiantes de la carrera de salud pública y comunidad científica en general.

## **1.10 Alcance y limitaciones**

La investigación se desarrollará bajo un alcance descriptivo, considerando que se pretende reconocer los diferentes factores que determinan el acceso equitativo del trasplante renal en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a un centro hospitalario localizado en la ciudad de Guayaquil. En este caso, el estudio será de carácter retrospectivo, considerando que el levantamiento de los datos se llevará a cabo mediante la revisión de la historia clínica de los pacientes que fueron atendidos durante un periodo determinado. Cabe señalar que la investigación es de nivel básico, puesto que se pretende analizar una situación tal y como se desarrolla sin que esto implique el desarrollo de una propuesta aplicada.

Los aspectos que podrían limitar esta investigación están ligados principalmente con la disponibilidad de información de referencia para la estructuración de capítulos como el marco teórico, dentro del cual será necesario disponer bibliografía actualizada y sobre todo que cuente con el rigor científico que demanda proyectos investigativos de esta índole, así como sumándole la relevancia de la misma (referencias bibliográficas) para efectuar la respectiva discusión y contraste de aquellas referencias con los datos primarios recolectados.

## **CAPÍTULO II: Marco teórico referencial**

### **2.1 Antecedentes**

#### **2.1.1 Antecedentes históricos**

De acuerdo a las referencias historias encontradas, se identifican que desde civilizaciones antiguas como la griega, la egipcia y la persa, dejaron como evidencia a través de manifestaciones artísticas una visión idealizada de la anatomía sobre el cuerpo humano, donde resulta interesante como desde la cosmovisión de estas sociedades antiguas hacían analogías empleando partes de animales en primera instancia y a partir de ahí empezar a reconocer la estructura corporal, siendo el punto de partida para empezar a incursionar con procedimientos quirúrgicos (Berrocal, 2023).

De igual manera, en la Edad Media si bien no existen amplias referencias respecto al desarrollo y procedimiento desde el punto de vista científico sobre el trasplantes de órganos, es específicamente que el tema de la cirugía se generan avances significativos para la época, y específicamente para el años 1597 Gaspar de Tagliacocci difunde un informe denominado como tratado quirúrgico, dentro de este se detalla el procedimiento del autotrasplante nasal, mismo documento que se tiene actualmente como referencia (García, Aveces, & Corona, 2022).

Mucho más en la actualidad, se determina que el primer paso significativo que incentivó el desarrollo científico sobre trasplantes de órganos, se originó iniciando el Siglo XX, por lo que se lo asocia con el procedimiento de la sutura vascular desde el aporte del francés, Alexis Carrell. Es por esta razón que a pesar de que el trasplante de órganos de riñón se considera como el precursor para dar paso a otros procedimientos de este tipo, el desarrollo de la cirugía vascular también tiene

implicación sobre este. A partir de esto, por 1900 y 1915 se inició con la realización de los primeros trasplantes en el reino animal (Rodríguez & Pérez, 2022).

Gracias a los avances en medicina el ser humano en la actualidad tiene opciones a procedimientos como el trasplante de órganos, el cual es considerado como uno de los principales aportes y logros dentro de esta en lo que va del siglo XX y XXI. Este tratamiento es considerado de alta complejidad, por lo que se demanda de conocimientos, rigor técnico en conjunto con la vocación del médico y todo el personal de salud en las diferentes intervenciones, así como la utilización adecuada de los recursos técnicos y humanos (Cyunel, Garea, & Neira, 2019).

Tomando en consideración que a pesar de los avances en la medicina en conjunto con la tecnología han otorgado más garantías a las personas que al padecer de diversas condiciones de salud, pueden acceder a nuevas alternativas de tratamiento más eficientes, sin embargo, aún existen limitantes atribuidos a factores ajenos a los pacientes como los precios que suelen ser elevados o la disponibilidad por ejemplo de órganos, tejidos, etc. para ser intervenidos (Vallvé, 2023).

Otras de las referencias consideradas fue la de Ruíz (2021), quién inició su aporte con datos puntuales en las que reconocen que Alexis Carrell (biólogo, médico, investigador científico, eugenista y escritor francés), inició con la práctica de trasplantes experimentales de órganos sólidos como los riñones, entre otros a nivel de la tiroides, paratiroides, corazón y ovario, por lo que se le otorgó el reconocimiento de todo su aporte en la medicina con un premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1912. Años siguientes, diversos investigadores de origen rusos, franceses y estadounidenses comenzaron con la experimentación en animales, y no fue hasta 1933 en la que se genera la el primer trasplante de un riñón en personas, específicamente materializado en Ucrania por parte de Voronoy, sin embargo, debido

a una incompatibilidad sanguínea se generó el rechazo y posterior fallecimiento del paciente a las 48 horas.

Otra de las referencias contemporáneas que se identifican a partir del primer trasplante renal es la de René Kuss, quien fue el responsable en el año 1951 de la técnica del trasplante renal, donde el riñón era situado dentro de la fosa ilíaca a través de la vía retroperitoneal con anastomosis hacia los vasos ilíacos para posteriormente aplicar una reconstrucción urinaria por anastomosis ureterovesical (Prudhomme & Sallusto, 2020).

Otros datos importantes que se identificaron en investigaciones como la de López *et al.*, (2021), en 1952 se materializó el primer trasplante de riñón entre pacientes con un grupo sanguíneo similar, posterior a la intervención se identificó que el riñón extraído no tenía rasgos similares a otros por lo que se buscó uno con características similares como el de la madre; mientras que el trasplante renal con un rango de supervivencia significativo tuvo lugar en Boston en 1954, caracterizándose que se generó una donación entre gemelos, lo que mitigó el rechazo del organismo. A inicios de los cincuenta ya se contaban con referencia de que los glucocorticoides reducían la reacción de rechazo de la piel trasplantada, por lo que se recomendó usar sistemático de azatioprina y glucocorticoides al iniciar con el procedimiento de trasplante; en 1967 se dio lugar al primer trasplante cardíaco en Suráfrica en un paciente con insuficiencia cardíaca terminal a pesar de que el paciente solo sobrevivió 18 días, esta práctica incentivó mucho más a los estrategias de trasplante.

### **2.1.2 Antecedentes referenciales**

Iniciando con los antecedentes referenciales, es posible identificar el artículo de Domingo (2023), quien inició exponiendo que el término “trasplante”, tiene una connotación a nivel médico que hace alusión a otorgar en otro organismo células,

tejidos u órganos proveniente de un donante que pasó por un proceso de selección previo para garantizar otorgarle calidad de vida de vida al paciente con una deficiencia anatómica o funcional registrada.

De la revisión bibliográfica efectuada por Pedragosa *et al* (2021), el trasplante renal se considera como el procedimiento precursor del trasplante sobre otros órganos y el incentivo para la donación, por lo que la constante investigación y práctica permite a que se sigan mejorando los procedimientos y sobre todo ofrecer garantías en la salud de la persona, lo cual concuerda con lo establecido desde la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), donde se manifiesta que el trasplante permite la sustitución de órganos o tejidos convalecientes o que han dejado de funcionar completamente por otro que funcione y otorgue bienestar.

Otro de los artículos revisados fue el de Hernández *et al.*, (2022), el trasplante de órganos sigue considerándose como uno de los descubrimientos más significativos en materia de salud, teniendo en cuenta la complejidad que esto representa, dado a todos los datos, exámenes y evaluaciones anatómicas que se deben realizar para garantizar que el procedimiento sea exitoso, sin embargo, una problemática respecto a esto es la carencia de órganos, situación mundial que limita la práctica y el salvar vidas, donde la consecuencia más devastadora es la mortalidad significativa que se genera ante la carencia de órganos.

En artículos como el de Albán *et al.*, (2020), en el Ecuador el trasplante renal tiene sus inicios en 1976, esto significó una mayor esperanza de vida para quienes presentan una enfermedad renal crónica, sin embargo, como en todo procedimiento especialmente de trasplante de órganos, puede suscitarse el rechazo crónico, el mismo que suele generarse en un periodo de tiempo significativo (unos cuantos meses o inclusive al año) posteriormente al trasplante caracterizándose por el



surgimiento de fibrosis (crecimiento de tejido fibroso) y e inclusive alteraciones vasculares que en el peor de los casos inciden a que se pierda la funcionalidad del órgano trasplantado, por lo que esta condición actualmente es la principal causal de rechazo, por lo que se sigue investigando dentro de la práctica clínica actualmente para otorgar mejores garantías al paciente trasplantado.

En el estudio desarrollado por Pérez (2020) se destacó la eficacia de implementar programas asociados con las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) direccionados a la donación de órganos, los cuales según señaló el autor han generado resultados favorables en el incremento del índice de donación de órganos en países como España.

Por otra parte, según señaló la OPS los procedimientos de trasplantes actualmente no deben percibirse como una alternativa de tratamiento de privilegio delimitada únicamente a las instituciones sanitarias que poseen altos recursos, sino por el contrario puede ser una opción de elección para el tratamiento de un sinnúmero de patologías crónicas en todos los países miembros. Para este propósito, como parte de la Agenda 2030 se incluyeron mecanismos a través de los cuales se pretende promover y garantizar el acceso a la salud integral de las personas (OPS; OMS, 2019).

Cabe señalar que la denominada “Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030”, constituye un mecanismo de respuesta del sector sanitario a los objetivos establecidos por los Estados que conforman la OPS en el marco del Desarrollo Sostenible. Así mismo, a través de las estrategias dispuestas buscan abordar los diferentes desafíos a los que se enfrentan los Ministerios de Salud de los países de la región, entre los cuales se destaca la demanda insatisfecha de órganos para trasplantes en pacientes con enfermedades crónicas, en cuyo caso la intervención se

operacionaliza por medio de los planes diseñados a nivel subregional y nacional (OPS, 2018).

En la investigación realizada por Camargo (2019), se destacó la importancia del involucramiento proactivo del personal de las UCI y de los médicos intensivistas, quienes a través de su intervención podrían incentivar el aumento en el número de donantes, permitiendo cubrir en cierta medida la demanda insatisfecha de tratamientos de trasplantes y contribuyendo a reducir el índice de pacientes que se encuentran en la lista de espera.

El tratamiento de trasplante es una modalidad de intervención que demanda una inversión y el involucramiento de diversas esferas de nivel político, económico, cultural y de carácter humano. En consecuencia, uno de los principales desafíos asociados a la gestión integral de la salud radica en las dificultades para obtener los recursos que se necesitan para mejorar los sistemas sanitarios y garantizar el acceso de los pacientes que requieren de un trasplante para mejorar su calidad de vida (Luna & López, 2020).

En el estudio realizado por De Freitas y Bonella (2019), se destacó la relación desproporcionada que existe entre la oferta de órganos y tejidos para trasplantes y la demanda, en cuyo caso debido a las dificultades que experimentan los centros de salud para cubrir la demanda, varias de las personas que padecen de alguna patología crónica deben permanecer durante un largo periodo de tiempo en una lista de espera, situación que en muchos casos conlleva al desarrollo de complicaciones del cuadro clínico que presentan.

Otra de las investigaciones desarrolladas en el marco de esta temática, destaca que durante la última década los tratamientos de trasplantes se han incrementado en el Ecuador, a la par de las mejoras realizadas sobre los procedimientos de intervención

y la disponibilidad de fármacos mediante los cuales es posible optimizar los resultados del tratamiento. Sin embargo, la oferta de órganos sigue siendo insuficiente para abastecer la demanda existente en el medio local, de modo que se ha constituido en una barrera que impide que miles de personas que padecen de una patología crónica o terminan puedan obtener un trasplante y salvar su vida (Espinel y otros, 2022).

De acuerdo con los registros que constan en el Sistema Nacional Informático de Donación y Trasplante (SINIDOT), durante el periodo de enero a diciembre del año 2020 se realizaron 57 trasplantes renales (51 de donantes cadavéricos y 6 de donantes vivos), y 9 trasplantes hepáticos (INDOT, 2020). Según el INDOT (2021), el mayor porcentaje de pacientes que requieren un trasplante (54%) se encuentran en la zona 1, seguido de los pacientes que se encuentran en la zona 2 (43%) entre la que se incluye a la provincia del Guayas, y los pacientes que están en la zona 3 (3%). Cabe señalar que la Lista de Espera única Nacional (LEUN), es un mecanismo mediante el cual es posible gestionar los registros de los pacientes que padecen determinadas patologías y en consecuencia son propensos a requerir un tratamiento de trasplante (INDOT, 2020). Así mismo, es importante destacar que entre las funciones que se le atribuyen al INDOT, se destaca gestionar la proveniencia, el destino y la trazabilidad de los órganos, tejidos y células que se utilizan en los procedimientos de trasplantes, tal y como se establece en la normativa vigente.

## **2.2 Fundamentación teórica**

### **2.2.1 Trasplante Renal**

El trasplante de riñón es un procedimiento de intervención quirúrgica que se realiza para reemplazar un riñón cuyo funcionamiento se ha visto deteriorado por un riñón sano, ya sea que provenga de donantes cadavéricos o vivos. Cabe señalar que éste órgano se encuentra ubicado junto a la columna vertebral, por debajo de la caja

torácica y cumple la función de filtrar la sangre por medio de la producción de la orina, con lo cual aseguran el equilibrio de los fluidos corporales y el entorno químico del cuerpo (Mármol y otros, 2022).

El deterioro en la función que realizan los riñones conduce a la acumulación de desechos en el cuerpo que no pueden ser eliminados mediante la orina, de modo que alcanzan niveles nocivos que pueden producir un aumento en la presión arterial y derivar en una insuficiencia renal; la IRC se produce en aquellos cuando la función renal se ha disminuido en aproximadamente un 90%. Entre las causas más frecuentes que coadyuvan al desarrollo de una enfermedad renal terminal se destacan (Organización Mayo Clinic, 2023):

- Diabetes Mellitus.
- Glomerulonefritis crónica.
- Presión arterial alta crónica que no ha sido controlada de manera oportuna.
- Enfermedad renal poliquística.

El trasplante renal es una alternativa para los pacientes que presentan una insuficiencia crónica, en algunos casos es necesario realizar de manera simultánea un trasplante de páncreas. A pesar de ello, debido a la disparidad entre la oferta y la demanda de órganos para trasplante, es indispensable la prevención primaria; así como también se requiere identificar los posibles factores de riesgo para realizar una intervención temprana (Carrillo y otros, 2023). Algunos de estos factores se mencionan a continuación:

- Edad mayor a 60 años
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Enfermedad cardiovascular

- Historia familiar de ERC.
- Historia de enfermedades autoinmunes
- Historia de infecciones recurrentes del tracto urinario
- Nefrolitiasis
- Cáncer renal
- Antecedentes de lesión renal aguda
- Trasplante de órganos (debido al uso de medicamentos inmunosupresores que son nefrotóxicos).

### **2.3 Marco legal**

Dentro de este apartado se exponen los aspectos referenciales en el contexto legislativo a nivel del Ecuador ligados con lo que se ha propuesto y promulgado hasta la fecha en el país respecto a la salud, accesibilidad equitativa y trasplante de órganos, considerándose para ello, recursos como la Constitución de la República del Ecuador (Registro Oficial , 2008), donde se identifica todo lo referente a la garantía sobre el derecho a la atención especializada de las enfermedades catastróficas entre las cuales se engloban las ERC, y todo lo relacionado a la prevención y el manejo temprano integral y multidisciplinario de los pacientes que presentan patologías ligadas a esta condición, para así mejorar sustancialmente la calidad de vida de todos los y las ecuatorianas.

Particularmente, entre las principales aristas mediante las cuales se posibilita garantizar esta mejora de la salud de pacientes crónicos, es la vigencia de los documentos normativos nacionales, los mismos que sirven como punto de referencia para guiar la práctica clínica.

De igual manera se hace alusión a la Lista de Espera Única Nacional, el cual es un instrumento que ayuda a disponer información actualizada sobre el registro ordenado

de los pacientes susceptibles de requerir trasplante de órgano o tejido como tratamiento de emergencia frente a su condición; dicho instrumento es potestad del Instituto Nacional de Donación y Trasplante (INDOT, 2023), el mismo que tiene por objeto “Controlar el origen y destino de órganos, tejidos y células y su trazabilidad”, este instituto consecuentemente se encuentra considerado dentro del numeral 22 del Artículo 3 del Reglamento de la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.

### **Ley Orgánica de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células**

También se considera esta ley promulgada desde el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2011), identificándose los siguientes artículos:

#### **TITULO I. De los Principios, Derechos y Generalidades**

##### **CAPÍTULO PRIMERO**

De los principios Art. 4.- Principios. - Además de los establecidos en la Constitución de la República y los tratados internacionales vigentes sobre la materia, la presente Ley se rige por los siguientes principios:

Altruismo, Voluntariedad, Gratuidad, Solidaridad, Transparencia, Interculturalidad y Bioética.

##### **CAPÍTULO SEGUNDO**

De los derechos de donantes y receptores Art. 5.- Derechos. - Además de aquellos establecidos en la Constitución de la República y los tratados internacionales vigentes sobre la materia, las y los donantes y receptores gozarán, dentro de los procesos de donación.

##### **CAPÍTULO TERCERO**

###### **Generalidades**

###### **Sección Primera**

Disposiciones comunes Art. 6.- Órganos, tejidos y células. - Los órganos, tejidos y células, independientemente del lugar de su ablación o extirpación, una vez obtenidos de acuerdo a las normas de la presente Ley, son responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional, incluyendo su adecuado uso.

## **CAPÍTULO V**

De la asignación de órganos, tejidos y células Artículo 8.- Lista de Espera Única Nacional. - La Lista de Espera Única Nacional es el registro de datos de los pacientes preparados y listos para recibir un trasplante de órganos y tejidos que tengan el estado de ACTIVO, inscritos por las unidades acreditadas. La responsabilidad de la administración de la Lista de Espera Única Nacional le corresponde únicamente al INDOT, el cual deberá emitir los lineamientos de regulación y control correspondientes.

## CAPÍTULO III: diseño metodológico

### 3.1 Tipo y diseño de investigación

El enfoque de la presente investigación fue cuantitativo que de acuerdo con Ñaupas *et al.*, (2019), se caracteriza por considerar información estadística que es procesada tabulada y analizada, que es lo que se aplicó al presente proyecto desde una base de datos, la misma que se basó en tomar solo datos cuantificables para su medición e interpretación posterior.

En lo que respecta al tipo y diseño de investigación, se determinó la aplicación transversal, descriptivo, retrospectivo y de tipo no experimental:

- Dado a la orientación temporal fue de tipo transversal, ya que a través de esta se estudia la población en un tiempo determinado, la recolección de información se basó en las dos variables, la misma que se desarrolló en un periodo concreto y definido del tiempo.
- Fue descriptivo ya permitió valorar el carácter estadístico y demográfico de una población, además, se detalla todos los acontecimientos que pasan dentro del área de nefrología del HTMC, se presenta en pacientes con IRC avanzada, abordar las anomalías estructurales del riñón y las vías urinarias, así como la exposición a factores de riesgo ambientales y nefrotoxinas, en el área se realiza diálisis y el trasplante.
- Fue retrospectivo debido a que el estudio se tomaron datos de historias clínicas en las que se cuenta con información a detalle de los pacientes.
- Fue no experimental ya que las variables de la investigación no fueron manipuladas en lo absoluto.



## **3.2 La población y la muestra**

### **3.2.1 Características de la población**

La población de estudio estuvo conformada por pacientes con IRC que fueron candidatos a trasplante renal atendidos en el área de nefrología dentro del HTMC en el periodo de enero a diciembre del 2020, cuya base de datos fue provista directamente desde esta casa de salud con la respectiva aprobación, resguardando la información personal.

### **3.2.2 Delimitación de la población**

Para la presente investigación se trabajó con un total de 28 pacientes que se realizaron trasplante renal dentro del área de nefrología del HTMC, a partir de este número se procedió a considerar esta base de datos para determinar si era pertinente o no hacer la aplicación del cálculo de alguna formulad para delimitar o mantener este dato.

### **3.2.3 Tipo de muestra**

Tomando en consideración que la población identificada es reducida, se determinó que para el presente caso no aplicó el cálculo de la muestra, por lo que trabajó con la totalidad de la población (N= 28), se considerando a los pacientes que se padecen IRC etapa 5 que accedieron o estaban aptos para el trasplante renal o a su vez hayan sido intervenidos quirúrgicamente. En este caso, se trabajó con una muestra de tipo no probabilística por conveniencia, puesto que la investigadora seleccionó a los participantes considerando factores asociados con la accesibilidad de los datos.

## **3.3 Los métodos y las técnicas**

Dado a la necesidad de determinar métodos y técnicas a para la recolección de datos, se determinó la aplicación de las siguientes:

## **Métodos teóricos**

- El presente estudio fue de tipo Descriptivo: Esto, tomando en consideración que se efectuó una investigación sobre las características de la población, la incidencia de la enfermedad y sus factores asociados al grado de accesibilidad a la obtención de un trasplante.
- Método Estadístico: Por medio de este método fue posible conocer los resultados obtenidos de las encuestas realizadas en forma de gráficos o cuadros estadísticos, los cuales permitieron exponer de manera clara y explícita para corroborar el resultado del objeto de investigación.
- Método Inductivo: Mediante este fue posible analizar y sintetizar los procesos que se desarrollan en esta investigación para identificar las causas y problemáticas que conllevan al problema.

### **3.3.1 Técnicas e instrumentos**

#### **La Observación**

De acuerdo a lo manifestado por Claudio (2021), esta técnica se caracteriza por incitar al investigador a efectuar un registro visual de lo que ocurre en una situación real, que en este caso llevó al autor de este estudio hacia el HTMC para constatar, clasificar y consignar los datos de acuerdo con algún esquema previsto, teniendo en consideración los objetivos y el problema que se estudia.

#### **Instrumento**

En este estudio se elaboró como instrumento de validación una Ficha de Recolección de Datos, a través de la cual fue posible recolectar información de las historias clínicas del Sistema AS400 del HTMC. El instrumento se compone por 19 ítems que fueron validados por juicios de cuatro expertos en salud pública calificando según con las categorías validez, pertinencia y coherencia. En este caso el MSc. Carlos Ademir

Acuña Cevallos asignó una calificación global de 97,53 (ver anexo N°4); el MSc. Ernesto Iván Torres Terán calificó el instrumento con un puntaje de 97,54 (ver anexo N°5); el MSc Marcos Reyes Ronquillo asignó una puntuación de 97,54 (ver anexo N°6); y el PhD. Erick Abraham Lamilla Rubio puntuó en 95,53 la validez, 95,58 la pertinencia, y 95,84 la coherencia (ver anexo N°7). Si el ítem guardaba relación con las alternativas y con su objetivo correspondiente, se califica sobre 100; es decir, un rango de calificación de 80 a 100 determina que el instrumento es “muy confiable”, de 50 a 79 “confiable” y de 1 a 49 “poco confiable”.

La ficha de recolección de datos se clasificó por sus objetivos en orden y sus correspondientes ítems. En este caso, en el objetivo general se refiere en identificar los criterios del acceso equitativo del trasplante renal en pacientes con insuficiencia renal crónica del HTMC en el periodo de enero a diciembre del 2020, por lo tanto se designaron los ítems del 1 al 6 los cuales son:

- Distancia del hospital del donante: (Dentro de la ciudad - Fuera de la ciudad);
- Nivel de gravedad del paciente: (moderada – Leve – Grave);
- Permanencia en la lista de espera: (semanas – meses – años);
- Contacto al paciente: (El hospital se contactó con el paciente - El hospital no se pudo contactar con el paciente);
- Presenta infección el paciente: (Si – No);
- Grupo sanguíneo: (O-, O+, A-, A+, B-, B+, AB-, AB+).

En el objetivo específico 1, consistió en identificar las características sociodemográficas y condiciones clínicas más comunes del paciente sometido a trasplante renal en el HTMC, sus ítems abarcaron del 7 al 12 los cuales son:

- Rango de Edad (10 a 19 años - 20 a 34 años - 35 a 49 años - 50 a 64 años - 65 a más años);

- Género (Masculino - Femenino);
- Escolaridad (Primaria – Secundaria – Universidad - Cuarto Nivel - Sin formación);
- Estado Civil (Soltero/a - Casado/a - Divorciado/a - Viudo/a);
- Necesidad de trasplante (condiciones respiratorias – cardiovasculares – neurológicas - hidroelectrolíticas - metabólicas);
- Síntomas (Uremia - dificultad para respirar – fatiga – náuseas – vómitos - niveles anormales de tiroides - hinchazón en partes del cuerpo).

En el objetivo específico 2, consistió en determinar los factores que influyeron a los pacientes sometidos a trasplante renal, sus ítems abarcaron desde el 13 al 15 los cuales son:

- Causas de IRC: (Hipoplasia – Glomerulonefritis – Nefrolitiasis - Diabetes mellitus - Infecciones recurrentes - Malformaciones genéticas o congénitas - Otras causas);
- Comorbilidades asociadas con la IRC: (Hipertensión arterial sistémica - Diabetes mellitus más hipertensión arterial - Enfermedades congénitas – Obesidad - Lupus eritematoso sistémico – Dislipidemia - Otras comorbilidades);
- Etapa de la IRC: (Etapa 1: 90 TFG o mayor - Etapa 2: 60 a 89 TFG - Etapa 3: 45 a 59 TFG - Etapa 4: 15 a 29 TFG - Etapa 5: Menos de 15 TFG.).

En el objetivo específico 3, se buscó relacionar los factores de acceso equitativo e insuficiencia renal crónica en pacientes, por lo tanto sus ítems abarcaron desde el 16 al 19, los cuales se enlistan a continuación:

- Tipo de donante: (cadavérico - vivo);

- Edad donante: (10 a 19 años - 20 a 34 años - 35 a 49 años - 50 a más años);
- Retrasplante: (Si - No);
- Sensibilización previa: (No sensibilizado – Sensibilizado – Hipersensibilizado).

### 3.4 Procesamiento estadístico de la información

En primera instancia se registró la información de los pacientes sometidos a trasplante renal en el área de nefrología del HTMC por medio de la ficha de recolección de datos, la misma que se elaboró mediante la herramienta de Microsoft Office Excel 2019; posteriormente se realizó el correspondiente procesamiento estadístico, para lo cual se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 25, con el cual se importó la base de datos y se asignó una codificación a cada una de las variables procesadas. En este caso, se realizó un análisis descriptivo por frecuencias lo que permitió generar datos tabulados en tablas y representados en gráficos de barras, así mismo se realizó el cruce de variables y la prueba de chi cuadrado con la finalidad de establecer la asociación que existe entre las variables y realizar la comprobación de las hipótesis alternas (H1) y las hipótesis nulas (H0) que se plantean a continuación:

- H1: La distancia entre el hospital y el paciente, influye al momento en que se establece contacto con el receptor.
- H0: La distancia entre el hospital y el paciente, no influye al momento en que se establece contacto con el receptor.
- H1: La permanencia en la lista de espera influye en el nivel de gravedad del paciente.
- H0: La permanencia en la lista de espera no influye en el nivel de gravedad del paciente.
- H1: El tipo de donante influye en el tiempo de permanencia en la lista de espera del paciente.

- H0: El tipo de donante no influye en el tiempo de permanencia en la lista de espera del paciente.

## CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultados

### 4.1 Análisis de la situación actual

#### 1. Distancia del hospital del donante

**Tabla 1**

*Distancia del hospital del donante*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Dentro de la ciudad y cerca del hospital	12	42,9
Fuera de la ciudad	16	57,1
Total	28	100,0

Se identificó como parte de la información preliminar que para el 57.14% de los pacientes el hospital en el que se realizaría el procedimiento respectivo quedaba fuera de la ciudad, aspecto que de alguna manera genera incertidumbre tanto para el paciente y su familia, debido a que, frente a alguna emergencia o confirmación de la existencia de un donador confirmado, el factor distancia repercutiría en el procedimiento.

#### 2. Nivel de gravedad

**Tabla 2**

*Nivel de gravedad*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Moderada	8	28,6
Grave	20	71,4
Total	28	100,0

El 71.43% de los pacientes que fueron atendidos durante el periodo establecido de estudio se categorizaron y diagnosticaron bajo un criterio grave, es decir, eran pacientes que en la mayoría de los casos presentaban un pronóstico reservado debido a su condición de salud relacionada con la IRC; apenas un 28.57% se caracterizaron bajo un criterio de moderado en su diagnóstico.

### 3. Permanencia en la lista de espera

**Tabla 3**

*Permanencia en la lista de espera*

	Frecuencia	Porcentaje
Meses	5	17,9
Años	23	82,1
Total	28	100,0

Esta interrogante dejó en evidencia un aspecto alarmante, el 82.14% de los pacientes ha estado en lista de espera a recibir un trasplante de riñón hasta más de un año, lo que deja en evidencia que los procesos de donación de órganos son engorrosos dado a factores diversos como la carencia de donantes u órganos, así como otros criterios que están relacionados al acceso equitativo, el cual es llevado a cabo mediante diversas políticas.

### 4. Contacto al paciente

**Tabla 4**

*Contacto al paciente*

	Frecuencia	Porcentaje
El hospital se contactó con el paciente	21	75,0
El hospital no se pudo contactar con el paciente	7	25,0
Total	28	100,0

Otro factor que fue necesario de evaluar fue el relacionado con la forma en la que se ha generado la comunicación y contacto entre el hospital y el paciente, ya que esto determina si existe el seguimiento desde esta casa de salud en casos críticos o graves



de pacientes que necesitan la donación de riñón, evidenciándose que afortunadamente para el 75% de los pacientes si fueron previamente contactados.

## 5. El paciente presenta infección

**Tabla 5**

*Signos de infección*

	Frecuencia	Porcentaje
No	28	100,0

Tomando en consideración que la mayoría de pacientes presentaba un estado de gravedad en relación a su condición de IRC, no se identificaron infecciones posteriores y en lo que duró la estancia de estos en el hospital, esto se puede atribuir a los cuidados que tomaron por cuenta propia los familiares de los pacientes frente a la condición que presenta y la atención recibida en la casa de salud.

## 6. Grupo sanguíneo

**Tabla 6**

*Grupo sanguíneo*

	Frecuencia	Porcentaje
O+	23	82,1
A+	4	14,3
B+	1	3,6
Total	28	100,0

De la categorización de tipos sanguíneos más comunes de los pacientes que fueron atendidos durante el periodo en cuestión, fue posible determinar que existió en mayor porcentaje pacientes cuyo tipo de sangre era O+ (82.14%) el cual se caracteriza por ser persona que pueden donar sangre a casis cualquier otra persona, seguido de un tipo A+ (14.29%) y en menor número B+(3.57%).

## 7. Rango de edad

**Tabla 7**  
*Rango de edad*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
20 a 34 años	4	14,3
35 a 49 años	10	35,7
50 a 64 años	7	25,0
65 a más años	7	25,0
Total	28	100,0

En cuanto al rango de edad de los pacientes que fueron objeto de estudio de acuerdo al registro, la mayoría o lo que equivale al 36.71% se encontraban entre un rango de 35 a 49 años, grupo etario que no se considera ni muy joven ni dentro de la categoría de adultos mayores; apenas un 14.29% de los pacientes con IRC tenían un rango de edad de entre 20 a 34 años.

## 8. Sexo

**Tabla 8**  
*Sexo*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	19	67,9
Femenino	9	32,1
Total	28	100,0

Como parte de la identificación de las características sociodemográficas de los pacientes sometidos a trasplante renal, se evidenció que entre el grupo de intervenido el 67.86% pertenecían al género masculino, mientras que el 32.14% lo conformó mujeres, este resultado refleja la prevalencia de IRC entre un segmento de personas sobre otro, lo que podría demandar futuras investigaciones.

## 9. Nivel de instrucción

**Tabla 9**

*Nivel de instrucción*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Secundaria	24	85,7
Tercer nivel	4	14,3
Total	28	100,0

El nivel de instrucción también se consideró como objeto de estudio dentro de las condiciones sociodemográficas de los pacientes trasplantados, ya que esto permite determinar si existe relación entre el nivel de información y accesibilidad equitativa de pacientes con un nivel alto en relación a un nivel de escolaridad bajo, donde los resultados en este caso reflejaron que el 85.71% de estos pacientes avanzó hasta la secundaria, frente un reducido 14.29% que si logró ingresar al tercer nivel, se encuentran estudiando o ya culminaron este nivel educativo.

## 10. Estado civil

**Tabla 10**

*Estado civil*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltero	10	35,7
Casado	15	53,6
Divorciado	2	7,1
Viudo	1	3,6
Total	28	100,0

Esta información como parte de los datos sociodemográficos sirven de referencia para determinar aspectos tales como, si el paciente se mantuvo acompañado o no durante el proceso que estuvo internado, donde se identificó que el grupo de estos pacientes era heterogéneo, es decir, se identificaron pacientes casados, solteros, divorciados y viudos respectivamente.

## 11. Necesidad de trasplante

**Tabla 11**

*Necesidad de trasplante*

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	28	100,0

En este caso se identificó que de la muestra con la que se trabajó el 100% de los pacientes registrados en la base de datos tenía la necesidad de trasplante de riñón frente a la condición de gravedad que presentaban, por lo que se procedió respectivamente a identificar cuáles fueron los síntomas asociados a esta condición de salud a partir del diagnóstico que tuvieron.

## 12. Síntomas

**Tabla 12**

*Síntomas*

	Frecuencia	Porcentaje
Astenia, náuseas, vómitos, diarreas	1	3,6
Diarrea	2	7,1
Edemas	3	10,7
Disnea	1	3,6
Hiperglicemia, cefalea, pérdida de peso	1	3,6
Fiebre, dolor abdominal	1	3,6
Malestar general, hipertensión arterial, disnea	1	3,6
Insuficiencia respiratoria, edema, neumonía	1	3,6
Tos, fiebre	1	3,6
Disnea, astenia, edema, malestar general	1	3,6
Elevación de azoados, hipertensión arterial	1	3,6
Fiebre, malestar, náuseas, vómitos, diarrea	1	3,6
Náuseas, vómitos, diarrea	1	3,6
IVU	1	3,6
Mareo, fatiga	1	3,6

Fiebre, edema, tos	1	3,6
Edema, disnea	1	3,6
Astenia	1	3,6
Anemia, edema	1	3,6
Náuseas, vómitos, diarreas, astenia	1	3,6
Diarreas, náuseas, malestar general	1	3,6
Oligoanuria, anasarca, cefalea	1	3,6
Nefropatía glomerular	1	3,6
Elevación de azoados	1	3,6
Oligoanuria, edema	1	3,6
Total	28	100,0

Es posible identificar en la tabla un listado amplio respecto a los síntomas que percibieron los pacientes ingresados a esta casa de salud durante el tiempo de análisis, sin embargo es posible determinar que destacaron algunas sintomatologías manifestadas con más regularidad y en la mayoría de pacientes como son los edemas que generaban hinchazón a causa de la acumulación de líquidos, seguido de otras manifestaciones como la diarrea, astenia, náuseas como las más frecuentes, entre otras de menor prevalencia.

### 13. Causas de IRC

**Tabla 13**  
*Causas de IRC*

	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades congénitas	1	3,6
IRC, disuria	1	3,6
Diabetes mellitus, HTA	2	7,1
HTA, elevación de azoados	5	17,9
Nefropatía hipertensiva	2	7,1
HTA, hepatitis C, diabetes mellitus	1	3,6
HTA	5	17,9
Nefropatía glomerular	1	3,6
Nefropatía glomerular, IVU	1	3,6

Enfermedad poliquística renal	1	3,6
Nefropatía diabética, HTA, elevación de azoados	1	3,6
IRC	1	3,6
Nefropatía hipertensiva, nefropatía glomerular	1	3,6
HTA, litiasis renal	1	3,6
HTA, nefropatía hipertensiva	1	3,6
Nefropatía hipertensiva, insuficiencia cardiaca	1	3,6
Hipoplasia renal	1	3,6
Nefropatía diabética	1	3,6
Total	28	100,0

En lo que respecta a las causales principales desencadenantes de la IRC se identificaron principalmente la HTA en conjunto con la elevación de azoados, así como la HTA en conjunto con la hepatitis C y diabetes mellitus con un 17.86% para ambas causales; otras causales de mediana manifestación está la diabetes mellitus y la nefropatía hipertensiva, ambas con el 7.14%, y en menor porcentaje otras enfermedades congénitas.

#### 14. Comorbilidades

**Tabla 14**  
*Comorbilidades*

	Frecuencia	Porcentaje
HTA, IRC	5	17,9
IRC	19	67,9
Diabetes mellitus, IRC	1	3,6
Mielodisplasia, IRC	1	3,6
Nefropatía hipertensiva, IRC	1	3,6
IRC, hipotiroidismo	1	3,6
Total	28	100,0

En cuanto a las comorbilidades, de acuerdo a lo que se presenta en la tabla y figura previa, la IRC se manifiesta constantemente en conjunto con los síntomas que esta condición trae consigo, esto se determinó dado a que la mayoría de pacientes 67.86%

así lo presentaba; en segundo lugar, se identificó comorbilidades como la hipertensión acompañada con los síntomas de la IRC, por mencionar las más comunes.

## 15. Etapa de la IRC

**Tabla 15**  
*Etapa de la IRC*

	Frecuencia	Porcentaje
Etapa 5	28	100,0

En este caso se determinó que la totalidad de los pacientes que fueron atendidos en esta casa de salud entre el periodo de enero a diciembre del 2020 presentó un avance de su la insuficiencia renal crónica en etapa 5, lo que tiene relación con todos los síntomas previamente expuestos y que dado a estos mismos fue que los médicos lograron dar con el diagnóstico preciso de la etapa de la enfermedad.

## 16. Tipo de donante

**Tabla 16**  
*Tipo de donante*

	Frecuencia	Porcentaje
Cadavérico	21	75,0
Vivo	7	25,0
Total	28	100,0

Otra información que fue pertinente identificar entre el grupo de donadores fue la relacionada a la condición de estos previo a llevar a cabo el proceso de selección y trasplante hacia los receptores del órgano, es decir los pacientes con IRC, donde en este caso particular se identificó que el 75.00% de los donantes estaban en un estado cadavérico o en otras palabras convalecientes frente a condiciones de salud en las que no presentaban un pronóstico favorable optando por ellos mismos y su familia en ofrecerse como donadores; apenas el 25% de los donantes estaban vivos.

## 17. Rango de edad del donante

**Tabla 17**

*Rango de edad del donante*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
20 a 34 años	11	39,3
35 a 49 años	12	42,9
Más de 50 años	5	17,9
Total	28	100,0

Se logró identificar con base a la base de datos provista que el rango de edad de los donantes que sobresale a primera vista son aquellos de grupo etario de entre 35 a 49 años; en segundo lugar se identificó que el 39.29% estuvo compuesta por personas de entre 20 a 34 años y aunque en menor porcentaje, se registran también donantes que superan los 50 años (17.86%), siendo pertinente concluir que estos reflejan una diversidad demográfica de los donadores de órganos frente a la demanda de órganos como el riñón.

## 18. Retransplante

**Tabla 18**

*Retasplante*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No	28	100,0

Este resultado permitió determinar que el 100% de los pacientes que fueron intervenidos para un previo trasplante de riñón no tuvieron complicaciones posteriores que incidiera en un retrasplante de este órgano, lo que de alguna manera sirve de referencia para garantizar que todo lo consecuente al procedimiento de trasplante fue realizado bajo procedimientos efectivos, cuidados posoperatorios y la predisposición del paciente y su familia para contribuir en la recuperación.



## 19. Sensibilización previa

**Tabla 19**

*Sensibilización previa*

	Frecuencia	Porcentaje
Sensibilizado	28	100,0

Tomando en consideración que la sensibilización previa es aquella en la que se prepara al paciente receptor del órgano ya sea con anticuerpos del donante o incidiendo a que bajen las defensas del receptor para así evitar que se genere el rechazo del riñón, en el presente caso se identificó que el 100% de los pacientes fueron sensibilizados para garantizar de esta manera que la intervención incidiera en efectos negativos como infecciones o el rechazo total del órgano.

## 20. Tabla cruzada distancia del hospital vs contacto con el paciente

H1: La distancia entre el hospital y el paciente, influye al momento en que se establece contacto con el receptor.

H0: La distancia entre el hospital y el paciente, no influye al momento en que se establece contacto con el receptor.

**Tabla 20**

*Tabla cruzada distancia del hospital vs contacto con el paciente*

		Contacto al paciente		Total
		El hospital se contactó con el paciente	El hospital no se pudo contactar con el paciente	
Distancia del hospital del donante	Dentro de la ciudad y cerca del hospital	11	1	12
	Fuera de la ciudad	10	6	16
Total		21	7	28

**Tabla 21**

*Prueba de chi cuadrado relación entre distancia del hospital vs contacto con el paciente*

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>	
	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	<b>,078</b>

Al efectuar la prueba de chi cuadrado sobre las variables distancia del hospital vs contacto con el paciente, se obtuvo un valor p de 0,078 superior al coeficiente de contraste de 0.05, lo que indica que no existe una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula. Este resultado refleja que tanto para pacientes que habitan fuera o dentro de la ciudad en algunos casos pueden suscitarse novedades como el que el hospital no se contacte con ellos, mientras que en otros casos si se genera la retroalimentación hospital-paciente.

## **21. Tabla cruzada permanencia en la lista de espera vs nivel de gravedad**

H1: La permanencia en la lista de espera influye en el nivel de gravedad del paciente.

H0: La permanencia en la lista de espera no influye en el nivel de gravedad del paciente.

**Tabla 22**

*Tabla cruzada permanencia en la lista de espera vs nivel de gravedad del paciente*

		<b>Nivel de gravedad</b>		
		<b>Moderada</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Permanencia en la lista de espera	Meses	4	1	5
	Años	4	19	23
Total		8	20	28

**Tabla 23**

*Prueba de chi cuadrado relación entre permanencia en la lista de espera vs nivel de gravedad del paciente*

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>	
	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	<b>,005</b>

Fue necesario también identificar si existe relación entre las variables permanencia en la lista de espera vs nivel de gravedad del paciente, en este caso el valor p arrojó un coeficiente de contraste de 0.005 lo que permitió determinar que sí existe correlación estadísticamente significativa entre ambas variables, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna. Es decir que aquellos pacientes que permanecen durante un tiempo más prolongado en la lista de espera presentaban condiciones de salud más graves que aquellos que reciben el trasplante en menor tiempo, ya que sus condiciones pueden empeorar significativamente.

## **22. Tabla cruzada permanencia en la lista de espera vs tipo de donante**

H1: El tipo de donante influye en el tiempo de permanencia en la lista de espera del paciente.

H0: El tipo de donante no influye en el tiempo de permanencia en la lista de espera del paciente.

**Tabla 24**

*Tabla cruzada permanencia en la lista de espera vs tipo de donante*

		Permanencia en la lista de espera		
		Meses	Años	Total
Tipo de donante	Cadavérico	0	21	21
	Vivo	5	2	7
Total		5	23	28

**Tabla 25**

*Prueba de chi cuadrado relación entre permanencia en la lista de espera vs tipo de donante*

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>	
	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	<b>,000</b>

Se realizó la prueba de chi cuadrado establecer la posible relación entre las variables asociadas con la permanencia en la lista de espera y el tipo de donante; en este caso se obtuvo un valor p de 0,000 inferior al coeficiente de análisis (0,05), lo que permite determinar que sí existe una correlación estadísticamente significativa entre estas variables, de modo que se acepta la hipótesis alterna. Cabe señalar que cuando se trata de donantes vivos, el trasplante generalmente se realiza en el corto tiempo, mientras que con donantes cadavéricos el paciente puede pasar años en la lista de espera, lo cual dependerá de diversos factores, entre ellos el estado del paciente, el grado de urgencia, entre otros.

## 4.2 Análisis Comparativo

De los resultados obtenidos fue posible identificar aspectos relevantes sobre los factores de acceso equitativo e insuficiencia renal crónica en pacientes, como por ejemplo que no es determinante la ubicación de los pacientes que requieren de un trasplante ya que en la mayoría de los casos existe el seguimiento desde el HTMC y se contactan o los familiares de los pacientes se contactan con el hospital para tener respuesta a su requerimiento de trasplante, es decir, existe en la mayoría de los casos la persistente interacción a fin de encontrar la respuesta favorable sobre posibles donantes para sus casos en particular, esto concuerda de alguna manera con estudios como el de (Pérez, 2020), quién encontró que los programas asociados con las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) contribuyen al acceso equitativo de pacientes con condiciones como la IRC.

No menos importante, los resultados de este estudio permitieron determinar que a nivel nacional y particularmente de los casos de los pacientes atendidos en la HTMC, la permanencia de los pacientes con IRC incide a que el estado del mismo empeore significativamente, por lo que la carencia de riñón para ser trasplantado y teniendo en cuenta el acceso equitativo que se aplica en estas casas de salud, repercute en la calidad de vida de estos. Las dificultades para obtener órganos que permitan ser trasplantados se evidencia en diversos países, por lo que se considera en algunos casos un desafío de la salud de acuerdo a lo manifestado por (Luna y López, 2020).

La permanencia en la lista de espera que inclusive supera los doce meses (un año), es un factor que repercute significativamente en la gravedad de la enfermedad para pacientes con IRC, esto se atribuye precisamente a la carencia de donantes y órganos, así como a factores de equidad que se aplican, teniendo en consideración que existen otros pacientes que se encuentran ya registrados, sin embargo, de acuerdo a Camargo (2019), involucramiento proactivo del personal de las UCI y de los médicos intensivistas, podría incentivar el aumento del número de donantes.

Es posible determinar que el tipo de donante con mayor prevalencia en este estudio son los que se encuentran en estado cadavérico (21 en total sobre los 2 vivos), resultado que concordó con el estudio del INDOT (2020), en el cual de acuerdo al SINIDOT los 57 trasplantes renales realizados entre el 2020, 51 fueron desde donantes cadavéricos, teniendo en consideración que el donante también pasa por un proceso constante de revisión para controlar el estado de su salud y así garantizar que el riñón donado esté en condiciones de salud óptimas.

## CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

- Respecto a las características sociodemográficas del paciente sometido a trasplante renal, se identificó que la mayoría de pacientes trasplantados se encuentran en un rango etario de entre 35 a 49 años y existe mayor representatividad de pacientes de sexo masculino; en cuanto a su educación la mayoría han culminado sus estudios secundarios. Sobre las condiciones clínicas más comunes se identificó que la totalidad de los pacientes con IRC necesitaban un trasplante de riñón, ya que su calidad de vida estaba siendo limitada por los síntomas que este padecimiento genera.
- Sobre los factores que influyeron a los pacientes sometidos a trasplante renal se destacó que todos se encontraban en una etapa 5 de IRC, así mismo la mayoría presentaba más de una comorbilidad, como hipertensión, elevación de azoados, hepatitis C y diabetes mellitus por mencionar algunas que fueron limitándolos en diversos aspectos de su vida.
- Al efectuar la correlación entre variables fue posible determinar que los principales factores que influyen en el acceso equitativo al trasplante renal son: la gravedad del paciente y el tipo de donante; esto debido a que quienes se encuentran más graves suelen ser quienes tienen mayor prioridad en la lista de espera, así mismo cuando el órgano proviene de un donante vivo es probable que el trasplante ocurra en menor tiempo.

### 5.2 Recomendaciones

- Es necesario que amplíen las investigaciones respecto a los criterios de acceso equitativo del trasplante de otros órganos que se gestionan dentro del HTMC, para

con base a esto disponer de datos referenciales que otorguen respuestas certeras sobre si la carencia de órganos de riñón es similar a la de otros órganos, siendo posible con este dato identificar si es una problemática aislada o generalizada en todo el sistema de salud del país.

- Es necesario que la base de datos para este tipo de análisis se amplíe con información adicional y de relevancia para consecuentemente poder efectuar una correlación de dichos datos y así identificar otros aspectos que supongan un aporte a la comunidad científica en torno a una problemática que es latente a nivel del Ecuador en materia de acceso equitativo de trasplante de órganos.
- El seleccionar artículos desde revistas indexadas de países desarrollados permitiría identificar que alternativas eficientes se han aplicado en estos frente a esta problemática latente sobre la carencia de una cultura para promulgar más la donación de órganos, con lo que consecuentemente se podrían replicar dichas acciones al entorno ecuatoriano.



## Referencias bibliográficas

- Acebo, M., Jiménez, C., Guerrero, L., & Cabanilla, E. (2020). Factores que influyen en la decisión para iniciar el tratamiento de modalidad de diálisis en pacientes del hospital “Abel Gilbert Pontón” – 2019. *Más Vita Revista Ciencia y Salud*, 2(3), 76-89. doi:<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0030>
- Albán, J., Villareal, A., Mora, J., & Betancourt, V. (1 de Diciembre de 2020). Trasplante renal en Ecuador, puntos clave y situación actual. *Revista Médica Vozandes*, 31(2), 42-48. doi: 10.48018/rmv.v31.i2.6.
- Berrocal, F. (7 de Mayo de 2023). Historia y desarrollo de las técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR): el papel realizado por la enfermería. *Revista Internacional de Historia y Pensamiento enfermero*, 9(1), 1-10. doi: <https://doi.org/10.58807/tmptvm20235784>.
- Camargo, R. (2019). Participación del cuidado intensivo en la donación de órganos. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 19(2), 97-105. doi:<https://doi.org/10.1016/j.acci.2019.01.001>
- Carrillo, M., Rodríguez, L., Díaz, R., Cervera, M., & Constantino, F. (2023). Prevención de la enfermedad renal crónica en adultos: una revisión bibliográfica. *Enfermería Nefrológica*, 25(4), 310-318. doi:<https://dx.doi.org/10.37551/52254-28842022031>
- Claudio, J. (2021). *Metodología y Técnicas para Investigar*. Amazon Digital Services LLC - KDP Print US.
- Cyunel, M., Garea, M., & Neira, P. (2019). Procuración y trasplante. *Revista Hospital Niños*, 61(279), 88-94. Recuperado a partir de: [http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2019/07/273-05\\_Procuracio%CC%81n-y-trasplante.AE-Cyunel.pdf](http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2019/07/273-05_Procuracio%CC%81n-y-trasplante.AE-Cyunel.pdf).
- De Freitas, G., & Bonella, A. (2019). Donación de órganos y tejidos humanos: el trasplante en España y en Brasil. *Revista Bioética*, 27(3), 419-429. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-80422019273325>
- Domingo, A. (1 de Junio de 2023). Trasplante renal en la próxima década: estrategias, retos y visión de futuro. *Nefrología*, 43(3), 269-382. doi: 10.1016/j.nefro.2022.04.012. Obtenido de

<https://www.revistanefrologia.com/es-trasplante-renal-proxima-decada-estrategias-articulo-S021169952200090X>

- Espinel, E., Castillo, M., & Espín, E. (2022). Estado actual de la actividad trasplantológica en el Ecuador. *Revista MetroCiencia*, 31(1), ISSNp: 1390-2989. doi:<https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/1/2023/36-50>
- García, G., Aveses, C., & Corona, J. (31 de Mayo de 2022). Experiencia de trasplante renal en la práctica privada en el Hospital Ángeles del Carmen. *Acta médica Grupo Ángeles*, 18(3), <https://doi.org/10.35366/95405>.
- Hernández, A., Aguirre, M., & Rodríguez, F. (1 de Enero de 2022). Experiencia de un hospital privado durante los últimos cinco años en materia de trasplantes. *Acta Médica*, 20(4), 366-370. doi:10.35366/107128.
- INDOT. (2021). *Plan estratégico institucional 2021-2025*. [Informe institucional, INDOT]. <http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp-content/uploads/2022/01/Plan-Estrategico-Institucional-INDOT-2021-2025-VF-APROBADO-SNP.pdf>.
- INDOT. (1 de Agosto de 2023). *Instituto Nacional de Donación y Trasplante*. Obtenido de <http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/>
- Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT). (2020). *Rendición de cuentas 2020*. [Informe institucional, INDOT]. <http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp-content/uploads/2021/05/Informe-de-Rendici%C3%B3n-de-Cuentas-2020.pdf>.
- López, V., Hernández, D., & González, M. (13 de Agosto de 2021). Resultados globales del trasplante renal. *Nefrología al Día*, 1(1), 1-25. Recuperado a partir de: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-resultados-globales-del-trasplante-renal-58>.
- Luna, S., & López, I. (2020). Propuesta de diseño como apoyo a la concientización sobre la donación de órganos y tejidos. *Zincografía*, 4(8), 24-43. doi:<https://doi.org/10.32870/zcr.v0i8.81>
- Mármol, A., Pérez, J., Chang, A., Casanova, A., Alfonso, J., & Gutiérrez, F. (2022). Supervivencia del trasplante renal en relación con la compatibilidad inmunológica en Cuba. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 21(1), e4373. doi:<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v21n1/1729-519X-rhcm-21-01-e4373.pdf>

- MSP. (2011). *Ley Orgánica de donación y trasplante de órganos, tejidos y células*. [Ley Orgánica, Ministerio de Salud Pública]. [http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/lotaip/mayo\\_2015/a2/Ley%20Organica%20de%20Donacion%20y%20Trasplante.pdf](http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/lotaip/mayo_2015/a2/Ley%20Organica%20de%20Donacion%20y%20Trasplante.pdf).
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J., & Romero, H. (2019). *Metodología de la Investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis*. Ediciones de la U.
- OPS. (1 de noviembre de 2018). *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030>
- OPS. (1 de Enero de 2019). *Donación y trasplantes*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/donacion-trasplantes#:~:text=53.345%20trasplantes%20de%20%C3%B3rganos%20s%C3%B3lidos,el%20de%20h%C3%ADgado%2C%20con%2011.000>.
- OPS. (2021). *Recomendaciones para medios de comunicación sobre el abordaje responsable de noticias vinculadas a la donación y trasplante*. OPS. Obtenido de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54662/9789275324363\\_es.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54662/9789275324363_es.pdf?sequence=1)
- OPS. (6 de Marzo de 2023). Recuperado el 6 de Marzo de 2023, de OPS y España firman acuerdo para fortalecer la donación y el trasplante de órganos en las Américas: <https://www.paho.org/es/noticias/6-3-2023-ops-espana-firman-acuerdo-para-fortalecer-donacion-trasplante-organos-americas>
- OPS; OMS. (2019). *Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030*. [Informe institucional, OPS; OMS]. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=49012-ce164-20-s-pda-donacion-organos&category\\_slug=164-comite-ejecutivo&Itemid=270&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49012-ce164-20-s-pda-donacion-organos&category_slug=164-comite-ejecutivo&Itemid=270&lang=es).
- Organización Mayo Clinic. (17 de agosto de 2023). *Trasplante de riñón*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/kidney-transplant/about/pac-20384777>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2 de octubre de 2019). *Ministros de Salud acuerdan plan para aumentar la donación de órganos y los trasplantes, que*

son insuficientes para la demanda. Obtenido de [https://www.paho.org/es/noticias/2-10-2019-ministros-salud-acuerdan-plan-para-aumentar-donacion-organos-trasplantes-que-son#:~:text=En%202016%20se%20realizaron%20m%C3%A1s,de%20la%20Salud%20\(OMS\).](https://www.paho.org/es/noticias/2-10-2019-ministros-salud-acuerdan-plan-para-aumentar-donacion-organos-trasplantes-que-son#:~:text=En%202016%20se%20realizaron%20m%C3%A1s,de%20la%20Salud%20(OMS).)

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2 de octubre de 2019). *Países acuerdan planes para aumentar la donación y trasplante de órganos, promover la salud y mejorar los sistemas de información*. Obtenido de [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15489:countries-agree-plans-to-increase-organ-donation-and-transplant-promote-health-and-improve-health-information-systems&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15489:countries-agree-plans-to-increase-organ-donation-and-transplant-promote-health-and-improve-health-information-systems&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)

Pedragosa, V., Sánchez, G., Escalante, M., Caamaño, N., Berrocal, A., & Candala, D. (2021). El trasplante renal, revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 1-15. Recuperado a partir de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-trasplante-renal-revision-bibliografica/>.

Pedroza, X., Ramo, V., Paredes, V., Tenesaca, J., López, A., & López, Ó. (3 de Septiembre de 2019). Donación de Órganos en sur América Comportamiento actual. *Revista UNIANDES De Ciencias De La Salud*, 2(3), 240–264. Recuperado a partir de <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/1478>.

Pérez, J. (2020). Bioética en donación y trasplante de órganos. *Revista de Bioética y Derecho*(48), 95-109. doi:<https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n48/1886-5887-bioetica-48-0095.pdf>

Prudhomme, R., & Sallusto, D. (1 de Marzo de 2020). Extracción y trasplante renal en el donante vivo por laparoscopia asistida por robot. *EMC - Urología*, 52(1), 1-13. doi: [https://doi.org/10.1016/S1761-3310\(20\)43366-3](https://doi.org/10.1016/S1761-3310(20)43366-3).

Registro Oficial . (2008). *Consitución de la República del Ecuador*. [Constitución del Ecuador, Registro Oficial]. [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/CONSTITUCI%C3%93N\\_449\\_20-10-2008.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/CONSTITUCI%C3%93N_449_20-10-2008.pdf):

Registro Oficial .

Rodríguez, C., & Pérez, L. (31 de Julio de 2022). Complicaciones médicas precoces tras el trasplante. *Nefrología al Días*, 1(1), 1-29: Recuperado a partir de:<https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-complicaciones-medicas-precoces-tras-el-485>.

Ruiz, D., De la Pared, M., Delgado, K., & Bohorquez, J. (1 de Octubre de 2021). Trasplante renal. *Recimundo*, 5(4), doi: [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(4\).oct.2021.172-180](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(4).oct.2021.172-180).

Vallvé, C. (22 de Junio de 2023). Día Mundial del Riñón 2023: “Prepararse para lo inesperado, apoyando a los vulnerables”. *Revista Nefrología Dial Traspl.* , 43(2), 67-68: Recuperado a partir de: <http://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt>.

## Anexos

### Anexo 1. Carta de solicitud para trabajo de investigación

Guayaquil, 4 de Julio del 2022

Mgs. Javier Carrillo Ubidia  
Coordinador General de Investigación  
Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo  
Ciudad

Yo, Isabel Carolina Macías Ruiz, con CI 0919723429, estudiante de la Universidad de Milagro (UNEMI), de la carrera de Postgrado – Maestría en Salud Pública solicito ante Ud. me conceda el permiso para realizar mi trabajo de titulación TRASPLANTE RENAL Y EL ACCESO EQUITATIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, en las instalaciones del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

Toda la información obtenida será con fines de mi trabajo de titulación y será almacenada con absoluta confidencialidad.

Me comprometo a entregar un ejemplar del trabajo de investigación final, impreso y en CD, luego de haber sido presentado y calificado por la Universidad.

Saludos cordiales

Firma  Firmado electrónicamente por  
**ISABEL  
CAROLINA  
MACIAS RUIZ**

Nombre: Isabel Carolina Macías Ruiz  
CC: 0919723429  
Email: isabelmaciasenf@gmail.com  
Teléfono: 0959198901

Anexo 2. Carta de solicitud de autorización de datos



Oficio No. UNEMI-DIP-MSP3-21-20

Milagro, 4 de Julio del 2020

**Mgs. Javier Carrillo Ubidia**  
**Coordinador de Investigación**  
**Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo**  
**Presente:**

De nuestra consideración.

Reciba un cordial saludo de las autoridades del Vicerrectorado de Investigación y Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), quienes hacemos extensos los sinceros agradecimientos por la predisposición, la orientación y el apoyo.

Considerando su apreciable aporte a la formación de los maestrantes en Salud Pública, solicito a usted y por su digno intermedio, el ingreso de la Maestrante Lcda. Isabel Macías Ruiz, con cédula de ciudadanía 0919723429, a las instalaciones del establecimiento del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, para realizar las encuestas basados en los resultados obtenidos mediante Datos MIS a los pacientes del Área de Trasplante, datos que van a ser utilizados en el proyecto de investigación, con el tema "**TRASPLANTE RENAL Y EL ACCESO EQUITATIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**".

Conocedores de su espíritu de colaboración quedamos agradecidos.

Cordialmente,

A handwritten signature in blue ink that reads "Lorena Ramírez".

**Msc. Lorena Ramírez Morán**  
**COORDINADORA- MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

### Anexo 3. Carta de factibilidad



**Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2020-0194-FDQ**  
**Guayaquil, 8 de Julio de 2022**

**PARA: ISABEL MACÍAS RUIZ**  
**Estudiante de Maestría en Salud Pública**  
**Universidad de Milagro**

De mi consideración:

Por medio de la presente, informo a usted que ha sido resuelto factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de Titulación: **“TRASPLANTE RENAL Y EL ACCESO EQUITATIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”** presentado por Isabel Macías Ruiz, estudiante de la Universidad de Milagro, en la carrera de Maestría en Salud Pública, una vez que por medio del memorando N° IESS-HTMC-JUTGT-2022-0532-M de fecha 5 de Julio del presente, firmado por la Mgs. Mónica Altamirano Gómez - Jefe de Unidad de Gestión de Trasplante, hemos recibido el informe favorable de la misma.

Por lo antes expuesto reitero que puede realizar su trabajo de titulación siguiendo las normas y reglamentos del hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:  
**JAVIER HUMBERTO**  
**CARRILLO UBIDIA**

Mgs. Javier Carrillo Ubidia

**COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN, ENCARGADO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES – TEODORO MALDONADO CARBO**

Referencias:

- Solicitud

mm



Anexo 4. Validación de instrumento por juicio de experto N° 1



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Departamento de Investigación y Posgrado

Maestría en Salud Pública



**Tema: TRASPLANTE RENAL Y EL ACCESO EQUITATIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2020.**

**Objeto de estudio.** Esta ficha de recolección de datos se basa en la toma de información de las historias clínicas del Sistema AS400 de los pacientes intervenidos por trasplante renal en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

ANÁLISIS DE JUICIO DE EXPERTOS				
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO				
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA
<b>OBJETIVO GENERAL</b> Identificar los criterios de acceso equitativo del trasplante renal en pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Diciembre del 2020.	<b>1- Distancia del hospital del donante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la ciudad</li> <li>• Fuera de la ciudad</li> </ul>	90	90	90
	<b>2- Nivel de gravedad del paciente.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderada</li> <li>• Leve</li> <li>• Grave</li> </ul>	100	100	100
	<b>3- Permanencia en la lista de espera</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Semanas</li> <li>• Meses</li> <li>• Años</li> </ul>	100	100	100
	<b>4- Contacto al paciente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El hospital se contactó con el paciente.</li> <li>• El hospital no se pudo contactar con el paciente</li> </ul>	100	100	100
	<b>5- Presenta el paciente infección</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	100	100	90

	<b>6- Grupo sanguíneo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O-</li> <li>• O+</li> <li>• A-</li> <li>• A+</li> <li>• B-</li> <li>• B+</li> <li>• AB-</li> <li>• AB+</li> </ul>	100	100	100
<b>1 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>  Identificar las características sociodemográficas y condiciones clínicas más comunes del paciente sometido a trasplante renal.	<b>7- Rango de Edad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 a 19 años</li> <li>• 20 a 34 años</li> <li>• 35 a 49 años</li> <li>• 50 a 64 años</li> <li>• 65 a más años</li> </ul>	100	90	100
	<b>8- Género</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>	90	100	90
	<b>9- Nivel de Instrucción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Universidad</li> <li>• Cuarto Nivel</li> <li>• Sin formación</li> </ul>	90	90	90
	<b>10- Estado Civil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero/a</li> <li>• Casado/a</li> <li>• Divorciado/a</li> <li>• Viudo/a</li> </ul>	90	90	90
	<b>11- Necesidad de trasplante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones respiratorias</li> <li>• Cardiovasculares</li> <li>• Neurológicas</li> <li>• Hidroelectrolíticas</li> <li>• Metabólicas</li> </ul>	100	100	100
	<b>12- Síntomas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uremia</li> <li>• Dificultad para respirar</li> </ul>	90	100	100

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Vómitos</li> <li>• Niveles anormales de tiroides</li> <li>• Hinchazón en partes del cuerpo</li> </ul>			
<b>2 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>  Determinar los factores que influyeron a los pacientes sometidos a trasplante renal.	<b>13- Causas de IRC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoplasia</li> <li>• Glomerulonefritis</li> <li>• Nefrolitiasis</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Infecciones recurrentes</li> <li>• Malformaciones genéticas o congénitas</li> <li>• Otras causas</li> </ul>	100	100	100
	<b>14- Comorbilidades asociadas con la IRC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Sistémica</li> <li>• Diabetes mellitus más hipertensión arterial.</li> <li>• Enfermedades congénitas</li> <li>• Obesidad,</li> <li>• Lupus eritematoso sistémico</li> <li>• Dislipidemia</li> <li>• Otras comorbilidades</li> </ul>	100	100	100
	<b>15- Etapa de la IRC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapa 1: 90 TFG o mayor</li> <li>• Etapa 2: 60–89 TFG</li> <li>• Etapa 3: 45-59 TFG</li> <li>• Etapa 4: 15–29 TFG</li> <li>• Etapa 5: Menos de 15 TFG</li> </ul>	100	100	100
<b>3 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>  Evaluar el flujo de acceso o donación que se realiza al paciente donante para el trasplante que requiere el paciente receptor.	<b>16- Tipo de donante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadavérico</li> <li>• Vivo</li> </ul>	100	100	100
	<b>17- Rango de edad del donante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 a 19 años</li> <li>• 20 a 34 años</li> <li>• 35 a 49 años</li> <li>• Más de 50 años</li> </ul>	100	100	100

	<b>18- Retrasplante</b>	100	100	100
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>			
	<b>19- Sensibilización previa</b>	100	100	100
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No sensibilizado</li> <li>• Sensibilizado</li> <li>• Hipersensibilizado</li> </ul>			

**RUBRICA DE CONFIABILIDAD**

APROBADO	97,53	MUY CONFIABLE
----------	-------	---------------

**DATOS DEL EVALUADOR EXPERTO**

**NOMBRE:** Carlos Ademir Acuña Cevallos  
**TITULO ACADÉMICO:** Máster en Salud Pública  
**TRABAJA:** IESS – HETMC UCI  
**CI:** 1312503814  
**COD SENESCYT:** 1024-2019-2108678  
**TELF:** 0980203005



**FIRMA**

Anexo 5. Validación de instrumento por juicio de experto N° 2



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO  
 Departamento de Investigación y Posgrado  
 Maestría en Salud Pública



**Tema: TRASPLANTE RENAL Y EL ACCESO EQUITATIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2020.**

**Objeto de estudio.** Esta ficha de recolección de datos se basa en la toma de información de las historias clínicas del Sistema AS400 de los pacientes intervenidos por trasplante renal en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

ANÁLISIS DE JUICIO DE EXPERTOS				
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO				
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA
<b>OBJETIVO GENERAL</b> Identificar los criterios del acceso equitativo del trasplante renal en pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Diciembre del 2020.	<b>1- Distancia del hospital del donante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la ciudad</li> <li>Fuera de la ciudad</li> </ul>	90	90	90
	<b>2- Nivel de gravedad del paciente.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Moderada</li> <li>Leve</li> <li>Grave</li> </ul>	100	100	100
	<b>3- Permanencia en la lista de espera</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Semanas</li> <li>Meses</li> <li>Años</li> </ul>	100	100	100
	<b>4- Contacto al paciente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>El hospital se contactó con el paciente.</li> <li>El hospital no se pudo contactar con el paciente</li> </ul>	100	100	100
	<b>5- Presenta el paciente infección</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si</li> <li>No</li> </ul>	90	100	100

	<b>6- Grupo sanguíneo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O-</li> <li>• O+</li> <li>• A-</li> <li>• A+</li> <li>• B-</li> <li>• B+</li> <li>• AB-</li> <li>• AB+</li> </ul>	100	100	100
<b>1 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>  Identificar las características sociodemográficas y condiciones clínicas más comunes del paciente sometido a trasplante renal.	<b>7- Rango de Edad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 a 19 años</li> <li>• 20 a 34 años</li> <li>• 35 a 49 años</li> <li>• 50 a 64 años</li> <li>• 65 a más años</li> </ul>	100	100	100
	<b>8- Género</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>	90	90	90
	<b>9- Nivel de Instrucción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Universidad</li> <li>• Cuarto Nivel</li> <li>• Sin formación</li> </ul>	90	90	90
	<b>10- Estado Civil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero/a</li> <li>• Casado/a</li> <li>• Divorciado/a</li> <li>• Viudo/a</li> </ul>	90	90	90
	<b>11- Necesidad de trasplante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones respiratorias</li> <li>• Cardiovasculares</li> <li>• Neurológicas</li> <li>• Hidroelectrolíticas</li> <li>• Metabólicas</li> </ul>	100	100	100
	<b>12- Síntomas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uremia</li> <li>• Dificultad para respirar</li> </ul>	90	100	100

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Vómitos</li> <li>• Niveles anormales de tiroides</li> <li>• Hinchazón en partes del cuerpo</li> </ul>			
<b>2 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>  Determinar los factores que influyeron a los pacientes sometidos a trasplante renal.	<b>13- Causas de IRC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoplasia</li> <li>• Glomerulonefritis</li> <li>• Nefrolitiasis</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Infecciones recurrentes</li> <li>• Malformaciones genéticas o congénitas</li> <li>• Otras causas</li> </ul>	100	100	100
	<b>14- Comorbilidades asociadas con la IRC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Sistémica</li> <li>• Diabetes mellitus más hipertensión arterial.</li> <li>• Enfermedades congénitas</li> <li>• Obesidad,</li> <li>• Lupus eritematoso sistémico</li> <li>• Dislipidemia</li> <li>• Otras comorbilidades</li> </ul>	100	100	100
	<b>15- Etapa de la IRC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapa 1: 90 TFG o mayor</li> <li>• Etapa 2: 60–89 TFG</li> <li>• Etapa 3: 45-59 TFG</li> <li>• Etapa 4: 15–29 TFG</li> <li>• Etapa 5: Menos de 15 TFG</li> </ul>	100	100	100
<b>3 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>  Evaluar el flujo de acceso o donación que se realiza al paciente donante para el trasplante que requiere el paciente receptor.	<b>16- Tipo de donante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadavérico</li> <li>• Vivo</li> </ul>	100	100	100
	<b>17- Rango de edad del donante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 a 19 años</li> <li>• 20 a 34 años</li> <li>• 35 a 49 años</li> <li>• Más de 50 años</li> </ul>	100	100	100

	<b>18- Retrasplante</b>	100	100	100
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>			
	<b>19- Sensibilización previa</b>	100	100	100
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No sensibilizado</li> <li>• Sensibilizado</li> <li>• Hipersensibilizado</li> </ul>			

**RUBRICA DE CONFIABILIDAD**

APROBADO	97,54%	MUY CONFIABLE
----------	--------	---------------

**DATOS DEL EVALUADOR EXPERTO**

**NOMBRE:** Ernesto Iván Torres Terán  
**TITULO ACADÉMICO:** Doctor en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública, Máster en Administración de Empresas  
**TRABAJA:** Docente de la Maestría en Salud Pública de la UNEMI  
**CI:** 0906050208  
**R. PROF.:** CMG 3169  
**COD SENESCYT:** CU-14-7750  
**TELF:** 0906050208




---

**FIRMA**



Anexo 6. Validación de instrumento por juicio de experto N° 3



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Departamento de Investigación y Posgrado

Maestría en Salud Pública



**Tema: TRASPLANTE RENAL Y EL ACCESO EQUITATIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2020.**

**Objeto de estudio.** Esta ficha de recolección de datos se basa en la toma de información de las historias clínicas del Sistema AS400 de los pacientes intervenidos por trasplante renal en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

ANÁLISIS DE JUICIO DE EXPERTOS				
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO				
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA
<b>OBJETIVO GENERAL</b> Identificar los criterios del acceso equitativo del trasplante renal en pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Diciembre del 2020.	<b>1- Distancia del hospital del donante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la ciudad</li> <li>• Fuera de la ciudad</li> </ul>	90	90	90
	<b>2- Nivel de gravedad del paciente.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderada</li> <li>• Leve</li> <li>• Grave</li> </ul>	100	100	100
	<b>3- Permanencia en la lista de espera</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Semanas</li> <li>• Meses</li> <li>• Años</li> </ul>	100	100	100
	<b>4- Contacto al paciente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El hospital se contactó con el paciente.</li> <li>• El hospital no se pudo contactar con el paciente</li> </ul>	100	100	100
	<b>5- Presenta el paciente infección</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	90	100	100

	<b>6- Grupo sanguíneo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O-</li> <li>• O+</li> <li>• A-</li> <li>• A+</li> <li>• B-</li> <li>• B+</li> <li>• AB-</li> <li>• AB+</li> </ul>	100	100	100
<b>1 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>  Identificar las características sociodemográficas y condiciones clínicas más comunes del paciente sometido a trasplante renal.	<b>7- Rango de Edad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 a 19 años</li> <li>• 20 a 34 años</li> <li>• 35 a 49 años</li> <li>• 50 a 64 años</li> <li>• 65 a más años</li> </ul>	100	100	100
	<b>8- Género</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>	90	90	90
	<b>9- Nivel de Instrucción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Universidad</li> <li>• Cuarto Nivel</li> <li>• Sin formación</li> </ul>	90	90	90
	<b>10- Estado Civil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero/a</li> <li>• Casado/a</li> <li>• Divorciado/a</li> <li>• Viudo/a</li> </ul>	90	90	90
	<b>11- Necesidad de trasplante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones respiratorias</li> <li>• Cardiovasculares</li> <li>• Neurológicas</li> <li>• Hidroelectrolíticas</li> <li>• Metabólicas</li> </ul>	100	100	100
	<b>12- Síntomas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uremia</li> <li>• Dificultad para respirar</li> </ul>	90	100	100

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Vómitos</li> <li>• Niveles anormales de tiroides</li> <li>• Hinchazón en partes del cuerpo</li> </ul>			
<b>2 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>  Determinar los factores que influyeron a los pacientes sometidos a trasplante renal.	<b>13- Causas de IRC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoplasia</li> <li>• Glomerulonefritis</li> <li>• Nefrolitiasis</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Infecciones recurrentes</li> <li>• Malformaciones genéticas o congénitas</li> <li>• Otras causas</li> </ul>	100	100	100
	<b>14- Comorbilidades asociadas con la IRC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Sistémica</li> <li>• Diabetes mellitus más hipertensión arterial.</li> <li>• Enfermedades congénitas</li> <li>• Obesidad,</li> <li>• Lupus eritematoso sistémico</li> <li>• Dislipidemia</li> <li>• Otras comorbilidades</li> </ul>	100	100	100
	<b>15- Etapa de la IRC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapa 1: 90 TFG o mayor</li> <li>• Etapa 2: 60–89 TFG</li> <li>• Etapa 3: 45-59 TFG</li> <li>• Etapa 4: 15–29 TFG</li> <li>• Etapa 5: Menos de 15 TFG</li> </ul>	100	100	100
<b>3 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>  Evaluar el flujo de acceso o donación que se realiza al paciente donante para el trasplante que requiere el paciente receptor.	<b>16- Tipo de donante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadavérico</li> <li>• Vivo</li> </ul>	100	100	100
	<b>17- Rango de edad del donante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 a 19 años</li> <li>• 20 a 34 años</li> <li>• 35 a 49 años</li> <li>• Más de 50 años</li> </ul>	100	100	100

	<b>18- Retrasplante</b>	100	100	100
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>			
	<b>19- Sensibilización previa</b>	100	100	100
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No sensibilizado</li> <li>• Sensibilizado</li> <li>• Hipersensibilizado</li> </ul>			

**RUBRICA DE CONFIABILIDAD**

<b>APROBADO</b>	<b>97,54%</b>	<b>MUY CONFIABLE</b>
-----------------	---------------	----------------------

**DATOS DEL EVALUADOR EXPERTO**

**NOMBRE:** Marcos Reyes Ronquillo  
**TITULO ACADÉMICO:** Máster en Salud Pública  
**TRABAJA:** IESS-HETMC UCI  
**CI:** 0909262891  
**COD SENESCYT:** 1024-2019-2104945  
**TELF:** 0985131369



**FIRMA**

Anexo 7. Validación de instrumento por juicio de experto N° 4



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Departamento de Investigación y Posgrado

Maestría en Salud Pública



**Tema: TRASPLANTE RENAL Y EL ACCESO EQUITATIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2020.**

**Instrucciones para el experto.** Cada pregunta debe ser analizada y calificada sobre 100, en relación con cada objetivo, según la rúbrica que consta al final del instrumento; según su validez, confiabilidad y pertinencia. El promedio dará la confiabilidad.

**Objeto de estudio.** Esta ficha de recolección de datos se basa en la toma de información de las historias clínicas del Sistema AS400 de los pacientes intervenidos por trasplante renal en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

ANÁLISIS DE JUICIO DE EXPERTOS				
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO				
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA
<b>OBJETIVO GENERAL</b> Identificar los criterios del acceso equitativo del trasplante renal en pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Diciembre del 2020.	<b>1- Distancia del hospital del donante</b>			
	A. Dentro de la ciudad y cerca del hospital	95	95	95
	B. Dentro de la ciudad y lejos del hospital			
	C. Fuera de la ciudad			
	<b>2- Nivel de gravedad del paciente.</b>			
A. Moderada	90	90	90	
B. Leve				
C. Grave				
	<b>3- Permanencia en la lista de espera</b>			
A. De 1 a 4 Semanas				
B. De 1 a 3 Meses				
C. De 3 a 6 Meses	99	99	99	
D. De 6 a 9 Meses				
E. De 9 a 12 Meses				
F. Mayor a 1 Año				
	<b>4- Contacto al paciente</b>			
A. El hospital se contactó con el paciente.	98	95	99	
B. El hospital no se pudo contactar con el paciente				

	<b>5- Presenta el paciente infección?</b> A. Si B. No	90	90	90
	<b>6- Grupo sanguíneo</b> 1. O- 2. O+ 3. A- 4. A+ 5. B- 6. B+ 7. AB- 8. AB+	99	99	99
<b>1 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>  Identificar las características sociodemográficas y condiciones clínicas más comunes del paciente sometido a trasplante renal.	<b>7- Rango de Edad</b> A. 10 a 19 años B. 20 a 34 años C. 35 a 49 años D. 50 a 64 años E. 65 a más años	95	96	97
	<b>8- Género</b> A. Masculino B. Femenino	90	90	90
	<b>9- Nivel de Instrucción</b> A. Primaria B. Secundaria C. Universidad D. Cuarto Nivel E. Sin formación	91	93	92
	<b>10- Estado Civil</b> A. Soltero/a B. Casado/a C. Divorciado/a D. Viudo/a	95	93	95
	<b>11- Necesidad de trasplante</b> A. Condiciones respiratorias B. Cardiovasculares C. Neurológicas D. Hidroelectrolíticas E. Metabólicas	99	99	99
	<b>12- Síntomas</b> A. Uremia B. Dificultad para respirar C. Fatiga D. Náuseas	99	99	99

	E. Vómitos F. Niveles anormales de tiroides G. Hinchazón en partes del cuerpo			
<b>2 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>  Determinar los factores que influyeron a los pacientes sometidos a trasplante renal.	<b>13- Causas de IRC</b> A. Hipoplasia B. Glomerulonefritis C. Nefrolitiasis D. Diabetes mellitus E. Infecciones recurrentes F. Malformaciones genéticas o congénitas G. Otras causas	98	99	97
	<b>14- Comorbilidades asociadas con la IRC</b> A. Hipertensión arterial B. Sistémica C. Diabetes mellitus más hipertensión arterial. D. Enfermedades congénitas E. Obesidad, F. Lupus eritematoso sistémico G. Dislipidemia H. Otras comorbilidades	97	97	97
	<b>15- Etapa de la IRC</b> A. Etapa 1: 90 TFG o mayor B. Etapa 2: 60–89 TFG C. Etapa 3: 45-59 TFG D. Etapa 4: 15–29 TFG E. Etapa 5: Menos de 15 TFG	98	98	98
<b>3 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>  Evaluar el flujo de acceso o donación que se realiza al paciente donante para el trasplante que requiere el paciente receptor.	<b>16- Tipo de donante</b> A. Cadavérico B. Vivo	96	97	98
	<b>17- Rango de edad del donante</b> A. 10 a 19 años B. 20 a 34 años C. 35 a 49 años D. Más de 50 años	99	99	99
	<b>18- Retrasplante</b> A. Si B. No	89	90	90
	<b>19- Sensibilización previa</b> A. No sensibilizado B. Sensibilizado C. Hipersensibilizado	98	98	98

#### RUBRICA DE CONFIABILIDAD

APROBADO	100 - 80	MUY CONFIABLE
APROBADO LEVES CAMBIOS	79 - 50	CONFIABLE
CAMBIAR ITEM	49 - 0	POCO CONFIABLE

#### RESULTADO FINAL SEGÚN CRITERIO DEL EVALUADOR EXPERTO

TOTAL VALIDEZ	95,53
TOTAL PERTINENCIA	95,58
TOTAL COHERENCIA	95,84

#### DATOS DEL EVALUADOR EXPERTO

**NOMBRE:** Erick Abraham Lamilla Rubio  
**TITULO ACADÉMICO:** PhD. en Ciencias  
**TRABAJA:** Escuela Superior Politécnica del Litoral (ESPOL)  
**CI:** 0924196520  
**R. PROF.:** 0924196520001  
**COD SENESCYT:** 0761160961  
**Reg. Investigador:** REG-INV-20-04263  
**TELF:** 0979288206



Firmado digitalmente por:  
**ERICK ABRAHAM  
LAMILLA RUBIO**

FIRMA



# UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

*¡Evolución académica!*

@UNEMIEcuador

