

"Análisis del Impacto del Trasplante Hepático en el Cuidado"

Analysis of the Impact of Hepatic Transplantation in Care

Celia Silva Martín ⁽¹⁾ ⁽²⁾

1 Enfermera en el Hospital Gregorio Marañón (Madrid)

2 Profesora asociada en la UCM Correo electrónico: celia_1807@hotmail.com

Artículo recibido el: 20 de junio de 2018

Artículo aceptado el: 4 de octubre de 2018

Resumen

El trasplante hepático es el segundo trasplante de órgano sólido más importante en número en nuestro entorno. El objetivo de este estudio es fundamentar la medida en la que el cuidado se ve afectado tras este proceso vital. El método utilizado ha sido el deductivo, mediante la extracción de conocimiento a través de la bibliografía y la posterior formalización lógica de la relación entre los problemas de cuidados más comúnmente presentes en las personas sometidas a un trasplante hepático y las características de las mismas, con el fin de determinar el grado de afectación de los ítems señalados. El marco teórico predominante en este trabajo es el modelo de Dorothea Orem.

Palabras Clave: Trasplante Hepático, Autocuidado, Enfermería, Orem, Modificación, Impacto.

Abstract

Liver transplant is the second more common solid-organ transplant in our environment. The objective of this study is to lay the foundations of the level in which nursing is affected after this vital process. The method used has been deductive, the extraction of knowledge through bibliography and the following logical formalization of the relationship between the nursing problems more commonly present in persons subjected to a liver transplant and the characteristics of the latter, with a view of determining the degree of affectation of the pointed items. The predominant theoretical framework of this work is Dorothea Orem's model.

Key Words: Liver Transplantation, Self-care, Nursing, Orem, Modification, Impact.

Introducción

Las personas que se someten a un trasplante hepático están caracterizadas, como cualquier otra persona, por unos factores condicionantes básicos (FCB) y están sometidos a una serie de requisitos de autocuidado ⁽¹⁾. Tras este evento, se prevé que algunos de estos FCB se modifiquen y, a consecuencia de ello, varíe la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado. A través del prisma del modelo de Dorothea Orem se pretende explorar la manera en la que estos componentes de la persona se ven afectados tras el proceso vital, es decir, en qué medida el trasplante hepático tiene la capacidad de modificar a la persona que lo sufre y la manera en la que se cuida.

Persona

Dorothea Orem entiende el concepto de persona como *"un todo integral que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente. Es una unidad que tiene capacidades, aptitudes y poder de compromiso"* ⁽²⁾.

Esta autora identificó cinco visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA) y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros. *"Estas cinco visiones son: persona, agente, usuario de símbolos, organismo y objeto. La visión de los seres humanos como persona refleja la postura filosófica del realismo moderado, esta postura relacionada con la naturaleza de los seres humanos es fundamental en la obra de Orem"* ⁽³⁾.

Los factores básicos condicionantes que describió Orem ⁽¹⁾ definen a la persona y determinan la agencia de autocuidado y la demanda de cuidado terapéutico, términos que se tratarán ampliamente en este trabajo en apartados posteriores. Los factores condicionantes básicos (FCB) son *"los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos"* ⁽¹⁾. Estos factores son los siguientes:

1. *"Edad.*
2. *Sexo.*
3. *Estado de desarrollo.*
4. *Estado de salud.*
5. *Orientación sociocultural.*
6. *Factores del sistema de cuidados.*
7. *Factores del sistema familiar.*
8. *Patrón de vida.*
9. *Factores ambientales.*
10. *Disponibilidad y adecuación de recursos".*

Llegados a este punto se considera importante considerar La Idea del Todo y el Holismo para la completa comprensión de este estudio. Esta idea es representada por el axioma de desigualdad: "*el todo es mayor que la parte*" y por el principio de supersumatividad, el cual representa que "*el todo es mayor que la suma de las partes*" (4). El holismo, por su parte, es un paradigma que considera al individuo en su globalidad (5).

Son muchas las autoras enfermeras que serían útiles para ilustrar estas ideas. Un ejemplo de ello es Martha Rogers. Esta autora reflejó el término de pandimensionalidad. Este hace referencia al "*dominio no lineal que carece de atributos espaciales o temporales*...; *Aporta un dominio infinito, sin límites, y expresa, de la mejor manera posible, la idea de un todo unitario*" (3).

Por su parte, Rose M^a Rizzo Parse, reflejó la idea del ser humano como "*indivisible, imprevisible y en cambio constante y que elige libremente el significado de un supuesto que uno puede creerse o no*" (3).

Patricia Benner afirmó que "*los seres humanos son seres holísticos, integrados*" (3). Abandona pues la división cuerpo-mente. Además, entiende que los modelos teóricos formales "*deben utilizarse con prudencia, como herramientas y no deben eclipsar los aspectos intuitivos, holísticos y relacionales de la Enfermería*" (3).

Multitud de teóricas enfermeras entienden que la labor del colectivo enfermero ha de asentarse sobre concepciones holísticas. Un ejemplo de ello es Marilyn Anne Ray, quien sostiene que la Enfermería es un "*cuidado holístico, relacional, espiritual y ético, que busca el bien propio y ajeno en comunidades complejas, organizaciones y culturas burocráticas*" (3).

Cuidado

Marie Françoise Collière ⁽⁶⁾ afirma en su obra que *“cuidar es primero y ante todo, un acto de vida, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca. ...”; Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere temporal o definitivamente, ayuda para asumir sus necesidades vitales”* ⁽⁶⁾. Asimismo sostiene que *“cuidar es, y será siempre, indispensable no sólo para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de todo grupo social”* ⁽⁶⁾.

Otra figura que se considera importante para fundamentar el concepto de cuidado es Dorothea E. Orem. En el desarrollo posterior de este trabajo se utilizarán muchos de sus conceptos.

Orem postuló la teoría del déficit de autocuidado, que es una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas ⁽³⁾:

1. La teoría de autocuidado.
2. La teoría de déficit de autocuidado.
3. La teoría de sistemas enfermeros.

La primera de ellas, la teoría del autocuidado, describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. La segunda, la teoría del déficit de autocuidado, explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas. Y la tercera, la teoría de los sistemas de Enfermería, explica las relaciones que se deben mantener para que se produzca el cuidado enfermero ⁽³⁾.

Orem entiende el autocuidado como las acciones que realiza la persona con la finalidad de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar. Para ella, se trata de una acción deliberada y consciente ⁽³⁾. Para Orem, el autocuidado es una acción adquirida, es decir, aprendida por la persona en su contexto sociocultural ⁽²⁾. Esta autora define el autocuidado como *“una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y*

funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. El cuidado dependiente es una actividad (...) realizada por adultos responsables para individuos socialmente dependientes" (1).

Otro concepto importante en este trabajo es la agencia de autocuidado, el cual es definido por Orem de la siguiente manera: *"es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos y promueven el bienestar" (1).* La agencia de autocuidado varía a lo largo de la vida de una persona, con el estado de salud, con factores educacionales y con las experiencias vitales. La adecuación de la agencia de autocuidado se puede estimar comparándola con la demanda de autocuidado de la persona. La agencia de autocuidado se corresponde con la competencia de la persona para cuidar de sí misma.

Por otro lado, Orem define en su teoría la demanda de autocuidado terapéutico como *"la cantidad y tipo de autocuidado que las personas deberán realizar o han realizado para sí mismas dentro de un marco temporal"; "es un cálculo en un momento específico de grupos de acciones que se cree que tienen validez y fiabilidad en el control de los factores que afectan al funcionamiento y desarrollo humanos" (1).* La demanda de autocuidado terapéutico está relacionada con la función humana, los requisitos de autocuidado, el uso de la tecnología apropiada y los cursos de acción. Este concepto se corresponde con la necesidad de cuidado que presenta la persona.

Según Orem, un requisito de autocuidado *"es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos: el factor que se debe controlar y la naturaleza de la acción requerida" (3).* Existen tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, de desarrollo y en caso de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado universal son comunes a todos los seres humanos y son los siguientes (1):

1. *"El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.*
2. *El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.*
3. *El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.*
4. *La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.*
5. *El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.*
6. *El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.*
7. *La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.*
8. *La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal".*

Trasplante Hepático

El trasplante hepático es el tercer pilar fundamental de este trabajo. A continuación, se llevará a cabo una conceptualización del mismo.

En primer lugar, se define el órgano objeto del trasplante: el **hígado**. Se trata de *"la mayor glándula del organismo. Pesa alrededor de 1,5 kg, se sitúa justo debajo del diafragma y ocupa la mayor parte del hipocondrio derecho y parte del epigastrio"* (7). Está formado por dos lóbulos: el derecho y el izquierdo, separados por el ligamento falciforme. Las principales funciones del hígado son las siguientes: detoxificación de ciertas sustancias nocivas; gran parte del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos; realización de más de quinientas funciones metabólicas distintas, entre ellas la elaboración de bilis, alrededor de medio litro diario (8); almacenamiento de diferentes sustancias; depósito de glucógeno a partir de glucosa; síntesis de proteínas plasmáticas y

producción de células sanguíneas durante el desarrollo fetal; síntesis de la mayor parte de los factores de coagulación (7).

La Organización Nacional de Trasplantes define **trasplante** como la “sustitución de un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente” (9). Existen multitud de clasificaciones de los mismos según se atiende a sus diferentes características (10). Haciendo referencia al elemento a injertar, los trasplantes se pueden clasificar en dos grandes grupos: los trasplantes de tejidos y células y los trasplantes de órgano sólido. Los primeros de ellos se comenzaron a llevar a cabo décadas antes que los de órgano sólido. Los principales trasplantes de órgano sólido son, por orden de magnitud, de riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas e intestino (9).

En este trabajo se tratará especialmente el **trasplante hepático**. Éste se puede realizar con un hígado procedente de donante vivo o de donante cadáver. En cuanto a la técnica utilizada, las variantes en los trasplantes hepáticos pueden ser: trasplante con técnica de hígado dividido o *split*, trasplante con hígado reducido, trasplante segmentario, trasplante hepático auxiliar y en dominó o secuencial. El trasplante hepático también se puede dividir en dos tipos, según la ocupación del injerto: ortotópico y heterotópico (8). Además, se pueden clasificar según el grado de urgencia, pudiendo ser electivo, en el que existe un mínimo de planificación o urgente. Este último también se denomina urgencia 0 o alerta 0.

Se debe valorar la realización de un trasplante hepático en caso de insuficiencia hepática crónica, progresiva e irreversible, o en insuficiencia hepática fulminante cuando no se dispone de tratamientos alternativos o éstos no han resultado útiles (11).

Material y Métodos

Este estudio tuvo lugar desde octubre de 2016 a junio de 2017. El método empleado fue el deductivo. Como ya se ha indicado con anterioridad, el trabajo se fundamentó en tres pilares básicos: la Persona, el Cuidado y el Trasplante Hepático.

La hipótesis de investigación fue la siguiente: "¿Modifica el trasplante hepático el cuidado y, en consecuencia, modifica a la persona?". El objetivo principal fue la comprobación de la hipótesis expuesta anteriormente.

Se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos de la biblioteca online de la Universidad de Alcalá, en PubMed, Scopus, Web of Science, Cuiden y Teseo. Los términos utilizados en la búsqueda y los operadores booleanos fueron los siguientes: persona; persona AND evolución AND concepto; holismo; idea AND todo; trasplante AND hepático; liver AND transplant; liver AND transplant NOT immunosuppression; transplant AND liver AND nursing AND conditioning factors; assesement AND before AND after AND liver AND transplantation; cambio AND factores AND condicionantes AND Orem; transplant AND liver AND recipients AND change.

A partir de la búsqueda bibliográfica descrita anteriormente se obtuvieron una serie de componentes de la persona y unos problemas de cuidados más comúnmente presentes en las personas sometidas a un trasplante hepático. Con estos datos confeccionó la tabla 1, que muestra las relaciones que se establecen entre los componentes que definen a la persona y las consecuencias más frecuentes de un trasplante hepático definidas según el estudio taxonómico del mismo.

Para la realización de la mencionada tabla se colocaron en el eje de abscisas los problemas de cuidados identificados como consecuencia del proceso vital tratado y en el eje de coordenadas los requisitos de autocuidado universales y los factores básicos condicionantes que definen a la persona.

La pregunta que se realizó para la elaboración de la tabla es la siguiente: ¿afecta el problema de cuidados al requisito de autocuidado o al factor básico condicionante? Se contestó a esta pregunta en las casillas que componen la

tabla. Las posibles respuestas a la pregunta antes formulada fueron las siguientes:

- **SÍ:** tras la revisión bibliográfica realizada, se encontraron evidencias que constatan que ese problema de cuidados afecta en alguna medida (positiva o negativamente) al componente de la persona. En el caso de los requisitos de autocuidado universales, se consideró esta respuesta afirmativa si el problema en cuestión afectaba de manera aislada a la agencia, sólo a la demanda o a ambas a la vez.
- **NE** (no evidencias): después de la revisión bibliográfica llevada a cabo no se encontraron evidencias bibliográficas que constaten que ese problema de cuidados afecte en alguna medida al componente de la persona.

Resultados

Son varios los resultados que se obtuvieron en el curso del trabajo que nos ocupa. Éstos se detallan a continuación.

Como se ha expuesto en el apartado anterior, se realizó un estudio taxonómico del proceso vital estudiado: el trasplante hepático. En él se tomó como taxonomía de referencia la NANDA Internacional [\(12\)](#). En este estudio taxonómico se obtuvieron los siguientes resultados, en forma de problemas de cuidados más comúnmente observados en las personas trasplantadas:

- Deterioro de la integridad tisular r/c procedimiento quirúrgico.
- Riesgo de infección.
- Riesgo de deterioro de la función hepática.
- Riesgo de nivel de glucemia inestable.
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

- Confusión aguda r/c deterioro de la función metabólica.
- Baja autoestima situacional.
- Interrupción de los procesos familiares.
- Temor.
- Aislamiento social.
- Dolor agudo.
- Riesgo de sangrado r/c trastorno de la función hepática.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Déficit de autocuidado: baño.
- Déficit de autocuidado: uso del inodoro.
- Déficit de autocuidado: vestido.
- Disfunción sexual.
- Dolor crónico.

Además de estos problemas de cuidados, se tuvieron en cuenta los cuidados más frecuentes observados en las personas trasplantadas según la bibliografía consultada.

Con los datos anteriormente expuestos y utilizando la metodología explicada en el apartado anterior, se realizó la tabla 1, que se muestra a continuación. En ella se aprecia la capacidad de modificación de cada problema de cuidados, viendo en detalle a qué componentes afecta. También se observa el nivel de afectación de cada uno de los factores básicos condicionantes (FBC) y de cada requisito de autocuidado universal (RAU), viendo por cuántos problemas de cuidados resultan modificados (figura 1).

THO	Deficiencia de la integridad tisular r/c procedimiento quirúrgico	Riesgo de infección	Riesgo de deterioro de la función hepática	Riesgo de nivel de glucemia inestable	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	Centruación aguda r/c deterioro de la función metabólica	Baja auto-estima situacional	Interrupción de los procesos familiares	Temor	Aislamiento social	Dolor agudo	Riesgo de sangrado r/c trastorno función hepática	Deficit de auto-cuidado: baño	Deficit de auto-cuidado: higiene personal	Deficit de auto-cuidado: vestido	Distorsión sexual	Dolor crónico
RAU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1. Aire	SI	NE	NE	NE	NE	SI	NE	NE	NE	NE	SI	NE	NE	NE	NE	SI	SI
2. Agua	NE	NE	NE	NE	SI	SI	NE	NE	NE	NE	SI	NE	NE	NE	NE	SI	SI
3. Alimentos	SI	SI	NE	SI	NE	SI	NE	NE	NE	NE	SI	NE	NE	NE	NE	SI	SI
4. Eliminación	SI	NE	NE	NE	SI	NE	NE	NE	NE	NE	SI	NE	SI	NE	NE	SI	SI
5. Actividad-Reposo	SI	NE	NE	SI	NE	SI	NE	NE	NE	NE	SI	NE	SI	NE	NE	SI	SI
6. Soledad-Interc. Social	NE	SI	NE	NE	NE	SI	NE	SI	SI	SI	NE	NE	NE	NE	SI	SI	SI
7. Prevención de Peligros	SI	SI	SI	SI	NE	SI	NE	NE	NE	NE	NE	SI	SI	NE	NE	SI	SI
8. Normalidad	SI	SI	NE	SI	NE	SI	SI	SI	SI	SI	NE	NE	SI	SI	SI	SI	SI
FBC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1. Edad	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
2. Sexo	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
3. Estado de desarrollo	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
4. Estado de salud	SI	SI	SI	SI	NE	SI	SI	NE	SI	SI	SI	NE	SI	SI	SI	SI	SI
5. Orientación sociocultural	NE	NE	NE	NE	NE	SI	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
6. Fact. sistema cuidados	SI	SI	NE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
7. Fact. sistema familiar	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	SI	NE	SI	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
8. Patrón de vida	SI	SI	NE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9. Factores ambientales	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
10. Disponib. recursos	NE	NE	NE	NE	NE	SI	NE	SI	NE	SI	NE	NE	SI	SI	SI	SI	NE

SI: Se han encontrado evidencias de afectación
NE: No se han encontrado evidencias de afectación

Figura 1. Relación entre los problemas de cuidados y los componentes de la persona. Fuente: elaboración propia.

A partir del análisis de la tabla anterior, se establecen los siguientes resultados (figura 2):

	Número de elementos afectados por el problema	Porcentaje de elementos afectados por el problema
Deterioro de la integridad tisular r/c procedimiento quirúrgico	9	50%
Riesgo de infección	7	39%
Riesgo de deterioro de la función hepática	2	11%
Riesgo de nivel de glucemia inestable	7	39%
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	4	22%
Confusión aguda r/c deterioro de la función metabólica	12	67%
Baja autoestima situacional	6	33%
Interrupción de los procesos familiares	6	33%
Temor	5	28%
Aislamiento social	7	39%
Dolor agudo	8	44%
Riesgo de sangrado r/c trastorno de la función hepática	4	22%
Déficit de autocuidado: alimentación	7	39%
Déficit de autocuidado: baño	7	39%
Déficit de autocuidado: uso del inodoro	8	44%
Déficit de autocuidado: vestido	5	28%
Disfunción sexual	4	22%
Dolor crónico	12	67%

Figura 2. Capacidad de modificación de los problemas de cuidados identificados.
 Fuente: elaboración propia

	Número de problemas capaces de alterar el componente	Porcentaje de problemas capaces de alterar el componente
FBC		
1. Edad	0	0%
2. Sexo	0	0%
3. Estado de desarrollo	0	0%
4. Estado de salud	15	83%
5. Orientación sociocultural	1	0.06%
6. Factores del sistema de cuidados	16	89%
7. Factores del sistema familiar	2	11%
8. Patrón de vida	17	94%
9. Factores ambientales	1	0.06%
10. Disponibilidad de recursos	7	39%
RAU		
1. Aire	4	22%
2. Agua	5	28%
3. Alimentos	7	39%
4. Eliminación	7	39%
5. Actividad-reposo	7	39%
6. Soledad-interacción social	8	44%
7. Prevención de peligros	9	50%
8. Promoción de la normalidad	14	78%

Figura 3. Nivel de afectación de los componentes de la persona a causa de la presencia de los problemas de cuidados identificados. Fuente: elaboración propia

Los problemas de cuidados que cuentan con más capacidad de modificación son (figura 3) la *Confusión aguda relacionada con el deterioro de la función metabólica* y el *Dolor crónico*, ambos con una capacidad de modificación de los componentes de la persona del 67%. Por su parte, el factor básico condicionante que cuenta con más nivel de afectación es el patrón de vida, con un 94% y el requisito de autocuidado universal de promoción de la normalidad, con un 78%.

A partir del análisis de las tablas anteriores se puede concluir que la hipótesis de investigación resulta corroborada: el trasplante hepático modifica el cuidado y, en consecuencia, modifica a la persona.

Discusión

El trasplante hepático es un tema ampliamente estudiado desde varias disciplinas científicas (Medicina, Enfermería, Psicología,...). Muchos de los documentos consultados en la búsqueda bibliográfica que se ha llevado a cabo en este trabajo versan sobre características sociodemográficas de las personas que se someten al trasplante o sobre la calidad de vida asociada al mismo (13), (14), (15). Asimismo, multitud de artículos tratan los diagnósticos de enfermería y los cuidados asociados al trasplante (16), (17), (11), (8), (18), (19), (20), (21) (22). Sin embargo, no se han encontrado hasta la fecha documentos que se refieran a él en los términos en los que lo ha hecho este trabajo de investigación, ya que ninguno de ellos relacionan los problemas de cuidados con los componentes que definen a la persona y su manera de cuidarse. Las referencias bibliográficas que se han encontrado en este estudio han servido en el presente trabajo para apoyar la realización de las tablas expuestas en el apartado anterior, ya que con ellos se prueba la posible afectación de los componentes de la persona.

Bibliografía

1. Orem, D.E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson - Salvat Enfermería.
2. Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (2002). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
3. Alligood R, M.; Marriner T., A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. (7ª ed.). Barcelona: Elsevier España .
4. Centeno, S. (2014). *Diccionario filosófico*. Recuperado de: <https://sites.google.com/site/diccionariodecenteno/a-1/axioma-de-desigualdad>
5. Veliz-Rojas, L., & Bianchetti Saavedra, A. (2016). Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (32). Recuperado de: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/26989/27215>
6. Collière, M. F. (2009) *Promover la vida* (2ªed.). Méjico D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana.
7. Thibodeau, G.A., Patton, K.T. (1999) *Anatomía y fisiología* (4ªed.). Madrid: Elsevier.
8. Solís Muñoz, M. (2005). *Enfermería en trasplantes*. Madrid: DAE.
9. Organización Nacional de Trasplantes (2016). *Balance de actividad de la Organización Nacional de Trasplantes en 2016*. Recuperado de: <http://www.ont.es/Documents/Presentaci%C3%B3nDatos2016-17.pdf>

10. Berenguer Lapuerta, J., Parrilla Paricio, P., et al. (2008). *Trasplante hepático* (2ªed.). Madrid: Elsevier España.
11. Andreu Periz, L., Force Sanmartín, E. (2004). *La enfermería y el trasplante de órganos*. Madrid: Médica Paramericana.
12. Herdman, T.H. (2014) *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017*. Barcelona: Elsevier.
13. Sasso Mendes, K.D., Caetano Lopes, N.L, Aparecida Fabbris, M., de Castro Silva, O., Garlvao, C.M. (2016) Características sociodemográficas y clínicas en candidatos a trasplante hepático. *Acta paulista de enfermería*, (29)2 pp.128-135.
Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600019>
14. Heits, N., Meer, G., Bernsmeier, A., Guenther, R., Malchow, B., Kuechler, T., Becker, T., Braun, F. (2015) Correlación entre el modo de asociación y las características sociodemográficas con la calidad de vida después del trasplante hepático. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, pp.162-174.
15. Montolio Oliver, A. (2015). *Calidad de vida y trasplante hepático*. (Tesis Doctoral). Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
16. Costa Ramos, I., Lopes de Oliveira, M.A., Batista Braga, V.A. (2011) Atención de Enfermería en el postoperatorio del trasplante hepático: identificación de diagnósticos de Enfermería. *Ciencia Cuidado y Salud*, 10 (1): 116-126.
17. Patricio García, F. (2005). Cuidados de Enfermería del paciente trasplantado hepático en la unidad de hospitalización de trasplantes del hospital Virgen de la Arriaxaca, Murcia. *Enfermería Global* (6). Recuperado de: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24047/1/Cuidados%20de%20enfermeria%20del%20paciente%20trasplantado%20hepatico%20en%20la%20unida>

d%20de%20hospitalizacion%20de%20trasplantes%20del%20hospital%20Virgen%20de%20la%20Arrixaca..pdf

18. Gil Bellido, E. P. (2012) Intervenciones enfermeras durante los primeros días en el trasplante hepático. *Evidentia*, 9(37). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n37/ev7670.php>

19. Burra, P., Burroughs, A., Forns, X., Muiesan, P., Samuel, D., Pirenne, J. (2016). Guía de práctica clínica EASL (European Association for the Study of the Liver). *Journal of Hepatology*. 64, 433-485 Recuperado de: <http://studylib.es/doc/5269183/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-easl--trasplante-hep%C3%A1tico->

20. Campero Calzada, B., Cordoncillo Fontanet, M., Domínguez Carmona, J., Manzano Gámez, S., Frías Martín, C., García Muñoz, R., Gil Martínez, E. et al. (2016) *¡Me voy a casa! ¿Y ahora qué?: Guía del paciente en el proceso del trasplante hepático*. Barcelona: Hospital Universitari Clínic.

21. Cabanillas Algora., M. C., Durango Limárquez, M.I., Muñoz Ortiz, A., Martín Martín, C. (2013). *Viviendo con el trasplante*. Madrid: Astellas.

22. Pérez San Gregorio, M.A., Martín Rodríguez, A., Galán Rodríguez, A. (2005) Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (5)1, pp.99-114.