

La Enfermería en el Transplante Renal. Introducción

Dr. Luis Pallardo Mateu
Jefe de Sección
Unidad de Transplante Renal Hospital
«La Fe», Valencia.

Introducción

El riñón constituye un órgano cuya función es imprescindible para la vida. Cuando una afección renal evoluciona hasta llevar al paciente a la situación de insuficiencia renal terminal sobreviene la muerte de no instaurarse tratamiento de depuración extrarrenal, es decir, mediante la diálisis en sus distintas modalidades, Hémodiálisis, Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) o CAPD. Estas técnicas se han mostrado eficaces para preservar la vida de los pacientes y, en el caso particular de la HD periódica, la experiencia se extiende a más de veinte años. Sin embargo, el tratamiento mediante HD —ya que es la modalidad predominante de diálisis— que podemos considerar medicamente satisfactorio, se acompaña de una serie de limitaciones o inconvenientes entre los que destacan:

Los derivados del propio tratamiento que obligan al paciente a permanecer durante 4-5 horas conectado a la máquina, además del obligado desplazamiento, salvo en la HD domiciliaria y CAPD, que le va a impedir programar actividades, viajes, estudios con regularidad, etc. que se extiendan más allá de las 48-72 horas del período interdiálisis. La misma sesión de HD puede ser tolerada así mismo de forma variable de unos pacientes a otros y no excepcionalmente causa sintomatología diversa como hipotensión, cefalea, calambres, etc.

El paciente en diálisis sufre también limitaciones dietéticas, tanto en la cantidad como en la calidad de los alimentos y los líquidos ingeridos.

La diálisis si bien sufre satisfactoriamente la función depuradora renal, no sufre en cambio otra vg.: endocrinas que pueden ser causa de complicaciones, tales como la anemia y la osteodistrofia renal., esta última de graves consecuencias para el crecimiento estatural en los pacientes pediátricos.

Por otra parte, a pesar de que la diálisis permite grados de rehabilitación satisfactorios, el paciente renal sufre a menudo la consideración socio-laboral de sujeto inválido, lo que le lleva a ser víctima de despido laboral con el consiguiente desánimo e incluso depresión que el sentimiento de inutilidad e impotencia puede suscitar en el paciente.

Existe además en el tratamiento de la IRT razones de orden económico, ligadas al elevado coste que el tratamiento dialítico comporta y que ha llevado a países con una economía más saneada que la nuestra vg. el Reino Unido a limitar los recursos disponibles para el tratamiento de la IRT.

Todas estas consideraciones hacen que la diálisis resulte un tratamiento caro, parcialmente rehabilitador y medicamente incompleto.

Ante esta situación el TRANSPLANTE RENAL constituye sin duda el tratamiento más eficaz para la mayoría de pacientes afectos de IRT. El transplante renal va a posibilitar la recuperación no sólo de la función depuradora sino todas las propias del riñón sano. Con ello el paciente va a recobrar la sensación de bienestar y libertad coartada por la máquina y

por las restricciones dietéticas, al tiempo que va a posibilitar un mayor grado de rehabilitación social y laboral.

A pesar no obstante de estas ventajas, los riesgos inherentes a la cirugía y especialmente al tratamiento inmunosupresor obligan a establecer unos criterios de selección para los pacientes candidatos a recibir un injerto renal.

El transplante renal es una alternativa terapéutica MULTIDISCIPLINARIA en la que la actuación de todos y cada uno de los servicios implicados va a ser fundamental para obtener unos óptimos resultados. Ello tiene su expresión en el hecho de que, analizando todos los factores que pueden influir en los resultados de un programa de transplante renal, después de las transfusiones de sangre pretransplante, el FACTOR CENTRO es el principal determinante de los resultados. Cualquier fallo o negligencia en cualquiera de los eslabones va a tener sus consecuencias en la supervivencia del injerto o del receptor.

Este factor centro no va a depender única ni exclusivamente del estamento médico, como se va a ver aquí, la actuación de la enfermera va a tener una importancia capital en la obtención de los mejores resultados. Cualquier negligencia técnica o minusvaloración de síntomas que en otro tipo de paciente podría carecer de trascendencia, en el paciente transplantado puede tener unas consecuencias dramáticas para el injerto e incluso para el propio paciente.

La labor del ATS se inicia ya en la

etapa de diálisis periódica, previa al trasplante, los resultados del mismo, guardan estrecha relación con la calidad del tratamiento recibido, pauta dialítica. Control de la tensión arterial, profilaxis de la hepatitis, etc. que van a condicionar el estado clínico del paciente en el momento del trasplante. El ATS de diálisis debe de estar además atento a remitir los sueros después de cada transfusión a fin de que las pruebas inmunológicas previas al trasplante permita llevarlo a cabo con plenas garantías.

A nivel de Reanimación/Cuidados Intensivos el ATS vuelve a ser clave colaborando en el mantenimiento del donante en las condiciones hemodinámicas y de oxigenación óptimas que preservan la diuresis del riñón hasta el momento de la nefrectomía.

En quirófano la enfermera ha de disponer de todo el utillaje y demás material que posibilita una cirugía que se plantee, no excepcionalmente contra reloj por las condiciones en las que puede llegar el paciente, que puede obligar a una cirugía rápida a la vez técnicamente muy exigente. La enfermera en quirófano se encargará de auxiliar en la perfusión de los riñones y ulterior preservación, así como de remitir muestras de ganglio, bazo, sangre y orina a los diversos laboratorios y en particular al de Tipajes.

El ATS de tipajes se va a encargar de procesar las muestras recibidas que tras una manipulación meticulosa y exigente van a permitir conocer el o los receptores más adecuados, y llevar a cabo el trasplante con las máximas garantías de tolerancia inmunológica por parte del receptor.

Elegido el receptor y una vez acude el mismo al hospital el ATS de Nefrología va a preparar al paciente, incluyendo la práctica de una diálisis si la situación metabólica lo requiera, para que pase a quirófano en unas condiciones generales óptimas. Así mismo se prestará especial atención en dar soporte psíquico al paciente.

En quirófano se va a dar una situación clave ya que no sólo se ha de estar atento a la demanda que la cirugía del injerto solicita sino que se ha de prestar atención a la evolución hemodinámica del receptor, fundamental para el buen debut del injerto, así como a los efectos que la propia anestesia puede inducir en el inmediato postoperatorio en el receptor.

La demanda que demanda que el paciente va a presentar en la evolución del trasplante en los primeros días o semanas y a más largo plazo va a variar ampliamente de unos pacientes a otros pero en todos la solicitud que del ATS se efectúa y la res-

ponsabilidad que en él se deposita es mucha y su actuación inevitablemente va a quedar reflejada en los resultados que se obtengan.

Si tenemos en cuenta que tanto la generación de riñones, como el tipaje, implante y no pocas complicaciones se salen de la rutina diaria del Hospital se comprenderá que el tema del trasplante demanda no poco esfuerzo y mucho de ilusión.

Esfuerzo e ilusión suponen en grandes dosis haber organizado los ATS esta reunión dedicada al role que la enfermería de los distintos Servicios tienen en el trasplante renal, con el fin de hacerlo extensivos a todos los compañeros inmersos en el tratamiento del enfermo renal terminal. Esfuerzo e ilusión de los ATS de los equipos de trasplante del Hospital Infantil y Hospital General «La Fe» que indican una clara voluntad de que el «Factor Centro» al que antes me he referido alcance el mejor coeficiente posible y que constituya, sin duda, la mejor manera de contribuir desde nuestro propio Centro de trabajo a un tratamiento más racional de la IRT.