

HEMATURIA POST-TRASPLANTE DE RIÑÓN EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO: CAUSAS Y CONSECUENCIAS.

*A.Mª.Vega, A.Gutierrez, T. Alonso, E. Aranguren, P.Alonso, I. Antía, F. Pérez, R. Alonso, *R. Escallada y Equipo Completo de Enfermería.*

UNIDAD DE DIALISIS-TRASPLANTE. SERVICIO DE NEFROLOGIA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO "VALDECILLA". SANTANDER.

INTRODUCCION

La hematuria post-trasplante renal es un hecho relativamente frecuente cuya principal consecuencia es la obstrucción de la sonda uretra; por coágulos. Esta posibilidad de obstrucción tiene una gran importancia por diversos motivos:

1.- En las primeras horas post-trasplante el ritmo de la diuresis es el indicativo más importante de que el nuevo injerto está funcionando correctamente; si la sonda se obstruye con frecuencia por los coágulos, perderemos una información muy importante ya que nunca sabremos si la disminución de la diuresis es debida a un problema agudo de injerto, a un estado de depleción hidrosalina del paciente, etc.

2.- La formación de coágulos nos obliga a la realización continua de lavados vesicales, y en algunas ocasiones cambios de la propia sonda vesical, lo que conlleva un mayor riesgo de infecciones en un paciente inmunosuprimido en el que se debe minimizar todo este tipo de manipulaciones.

3.- La obstrucción debida a los coágulos aumenta de manera importante las molestias del paciente recién trasplantado.

Lógicamente, la causa de esta hematuria es la propia cirugía, sin embargo no todos los enfermos la sufren y además la intensidad es muy variable por lo que parece lógico pensar que hay técnicas de reimplantación del ureter o de reconstrucción de la vía urinaria que la pueden favorecer. Si ésto es así, es muy importante para la enfermería conocer la técnica utilizada por el cirujano para saber si se trata de un enfermo de riesgo de padecer hematuria intensa o no y poner los medios preventivos necesarios.

El proposito de nuestro trabajo es, pues, analizar las causas de la hematuria posttrasplante inmediato y sus consecuencias más directas.

MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado un seguimiento exhaustivo de la hematuria en los primeros momentos post-trasplante en los últimos 77 trasplantes renales de cadáver realizados en nuestro Hospital.

Se analizó:

- a) la técnica quirúrgica empleada, según la descripción hecha por el cirujano en la hoja quirúrgica.
- b) la presencia de hematuria (labstix + sedimento en orina) a las 0, 2, 4, 6, 12, 18 y 24 horas el primer día, cada 6 horas los días 2º y 3º y cada 12 horas hasta el 6º día.

- c) la existencia o no de coágulos y si éstos dan lugar a obstrucción de la sonda uretral, con la misma frecuencia que en el punto anterior.
- d) la existencia de drenado por perisonda.
- e) la necesidad de realizar lavados de la sonda uretra; para mantenerla permeable.

Todos los datos recogidos se informatizaron en una base de datos estadística y se expresan en media \pm desviación estandar. Las comparaciones entre datos numéricos se realizó mediante la 'T' de Student y entre porcentajes mediante el test de "chi²". Se consideró que las diferencias eran estadísticamente significativa cuando $p < 0.05$.

RESULTADOS

El grupo de 77 pacientes tenía una edad media de 40 + 15 años; un 55 % eran varones y un 45 % hembras. En 17 casos fue un segundo trasplante y en 2 casos un tercer trasplante.

La técnica quirúrgica para reconstruir la vía urinaria fue siempre la ureteroneocistostomía, es decir, la sutura del ureter a la vejiga, excepto en un caso que hubo que abocar el ureter a la piel. Sin embargo, la forma de realizar esta ureteroneocistostomía no fue siempre igual: en un 40 % de los casos se utilizó la técnica clásica de junción submucosa y en el 60 %, se realizó la llamada U rete ureteroneocistostomía de "un solo punto", cuya principal característica consiste en dejar el extremo del ureter libre ("colgando") en la vejiga.

Las dos terceras partes de los pacientes presentaron hematuria post-trasplante inmediato, siendo importante (+++ a ++++ en el labstix) en más de la mitad (51 %). Se detectó la presencia de coágulos en el 66 % de los pacientes aunque únicamente provocaron obstrucción de la sonda en el 37 %. Se realizaron lavados periódicos de la sonda en el 62 % de los casos.

Como se puede observar en la Figura 1, la incidencia e intensidad de la hematuria fue significativamente mayor en el grupo de pacientes en los que se aplicó la técnica de U rete ureteroneocistostomía de "un solo punto". Lógicamente estos pacientes tuvieron una proporción mayor de coágulos por lo que necesitaron con más frecuencia lavados de la sonda urinaria para evitar su obstrucción, cuya incidencia no fue mayor gracias, precisamente, a ellos (Figura 2).

CONCLUSIONES

- 1.- La hematuria es un hecho muy frecuente en el postoperatorio inmediato del trasplante renal.
- 2.- Hay técnicas quirúrgicas que aumentan su incidencia y su intensidad en especial la denominada Ureteroneocistostomía de "un solo punto".
- 3.- Los lavados periódicos de la sonda uretral evitan que los coágulos que se forman la obstruyan.
- 4.- La enfermería debe conocer qué técnica quirúrgica de reconstrucción de la vía urinaria se ha empleado para, si se trata de la mencionada U rete ureteroneocistostomía de "un solo punto", comenzar precozmente a vigilar estrechamente la hematuria y proceder a efectuar lavados periódicos lo antes posible.

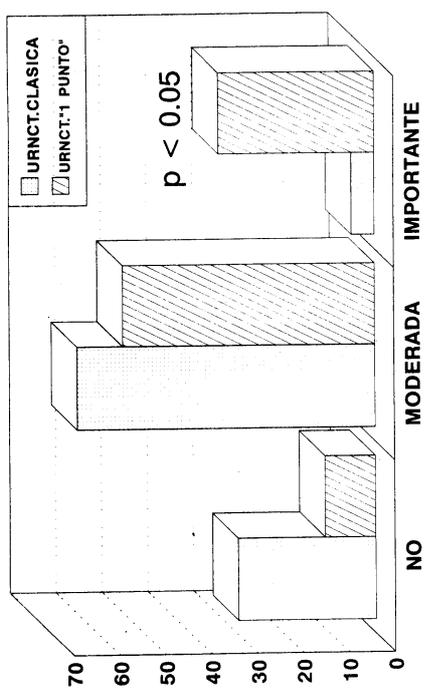


Figura 1: Incidencia de la hematuria e intensidad de la misma según la técnica quirúrgica empleada (Ureteroneocistostomía clásica y Ureteroneocistostomía de "un solo punto").

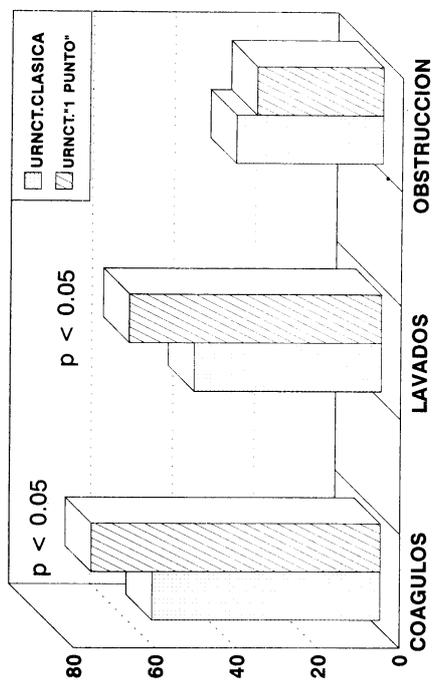


Figura 2: Incidencia de Coágulos, necesidad de lavados y obstrucción de la sonda según la técnica quirúrgica empleada (Ureteroneocistostomía clásica y Ureteroneocistostomía de "un solo punto").