

TRASPLANTE RENAL EN NIÑOS. NUESTRA EXPERIENCIA

A. Raya, A. Carballo

Hospital Infantil de la Ciudad Sanitaria «Virgen del Rocío» de Sevilla

INTRODUCCION

Los dos motivos que nos conducen a la elaboración y presentación de este trabajo son los siguientes:

- 1º). El Trasplante Renal como única vía de solución a los múltiples problemas que presentan los niños en programa de Diálisis.
- 2º). Comunicar nuestra experiencia, por entender que la misma es enriquecedora.

MATERIAL Y METODOS

Dentro de un área geográfica que abarca Andalucía Occidental (Huelva – Córdoba – Cádiz - Sevilla) y Extremadura (Badajoz) el Servicio de Nefrología Infantil de Sevilla, dispone de:

- 14 camas de hospitalización.
- Unidad de Hemodiálisis con capacidad para 4 pacientes.
- Unidad de Diálisis Peritoneal.
- Unidad de Trasplante.
- Laboratorio: Regulación Humoral.

En coordinación con las siguientes Secciones complementarias:

- Consultas Externas.
- Urología.
- Cirugía Cardiovascular.
- Anatomía Patológica.
- Inmunología: recepciona y distribuye órganos de y para los 8 hospitales de las provincias que abarca.

Efectuamos tratamiento en 23 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en programa de Diálisis-Trasplante.

RESULTADOS

Desde 1978 hasta la fecha, son 23 los pacientes diagnosticados de IRC y que han seguido tratamiento dialítico en nuestro Centro.

La causa que les condujo a la situación de Fracaso Renal es muy variada:

Uropatías Obstructivas (5 pacientes), Nefronoptosis (3), Cistinosis (3), Síndrome Nefrótico (3), Síndrome Hemolítico Urémico (2), Nefropatía Purpúrica (1), Amiloidosis (1), Glomerulonefritis (1), Displasia Renal (1), quedando dos etiologías sin filiar.

El tratamiento dialítico efectuado, es el de Hemodiálisis en 18 pacientes y el de CAPD en 5 pacientes.

Dentro del mismo período de tiempo (1978/1983), se han realizado nueve Trasplantes Renales: uno en 1979, dos en 1980, dos en 1981, tres en 1982 y uno en 1983.

Las edades de los niños trasplantados oscilan de los 13 años (el mayor) a 4 años (el más pequeño), con una edad media de 9 años.

Hasta el momento del trasplante, fueron tratados mediante Hemodiálisis, previa fístula Arterio-Venosa interna. Se efectuaban sesiones de tres días semanales, con una duración de seis horas por sesión con unipunción, y de cuatro horas y media en la bipunción.

El tiempo transcurrido desde su inclusión en programa de Diálisis-Trasplante, hasta la recepción del Injerto, va desde una sola sesión (tiempo mínimo) hasta cinco años (tiempo máximo), con un tiempo medio de 2 años y 5 meses.

De los nueve Injertos realizados, ocho procedían de cadáver y uno de vivo (donación de la madre); dos se obtuvieron en el propio Hospital Infantil y siete procedían de otros centros.

Salieron ya orinando del quirófano. Un paciente se mantuvo en oligoanuria durante dos días. Un paciente se mantuvo en Oligoanuria durante dos días y otro paciente durante nueve días.

De los niños trasplantados, sólo dos, precisaron tratamiento dialítico. Se realizaron 10 sesiones (una/día) de 4-6 horas de duración. La indicación se basó en: Hipertensión, hiperkaliemia, Edemas y Oligoanuria.

En su evolución, los niños trasplantados, presentaron diversas complicaciones y que podemos agruparlas de la forma siguiente:

a) **Complicaciones quirúrgicas.**

1. **Vasculares:** en dos pacientes se evidenció trombosis de la anastomosis de la Arterial Renal.

2. **Urológicas:** se detectó la existencia de **fístula urinaria** en dos pacientes. Se dio un caso de **estenosis ureteral** y en otro trasplantado la aparición de linfocele.

b) **Complicaciones infecciosas:**

Uno de los pacientes presentó un cuadro febril mantenido, con cultivos estériles, y que resultó ser una infección por **Cito-megalo-virus.**

c) **Insuficiencia renal de injerto:**

Se nos dio un caso motivado por **Necrosis Tubular.**

d) **Rechazo:**

En uno de los casos se manifestó en forma de **Rechazo Agudo** y en otro en forma de **rechazo rónico**, a los cuatro años del injerto.

El estado actual de los Injertos, es el que sigue:

a) **Funcionantes:** cinco.

b) **No funcionantes:** cuatro.

Y la situación actual de los niños:

a) **Vivos:** siete.

b) **Exitus:** uno.

El personal de enfermería ante el trasplante:

El personal de enfermería fue preparado convenientemente para realizar con el mayor acierto sus funciones ante el trasplante, a tal efecto, se organizó un ciclo-docente bajo el título: **Enfermería y Trasplante**, basado en:

1. Donación y recepción de órganos: sistema y protocolo.
2. El acto quirúrgico.
3. Complicaciones intra y post-trasplante.
4. Pruebas especiales de exploración y diagnóstico.
5. Control Ambulatorio.
6. Cuidados y vigilancia:
 - A) Pre-operatorio.
 - B) Post-operatorio inmediato.
 - C) Post-operatorio prolongado.

A) La enfermería en el pre-operatorio:

Se efectúa peso, talla, superficie corporal, que nos servirá como referencia del crecimiento posterior del niño. Control de Constantes Vitales y Tensión Arterial. Extracción venosa para analítica completa. Se realiza Sesión de Hemodiálisis de la forma acostumbrada y se aplica

enema de limpieza, Baño y aseo minucioso con solución antiséptica.

B) La enfermería en el post-operatorio inmediato:

Todo el material asistencial necesario y fumigada, se procede a la monitorización del...

Una vez el paciente en la Unidad de Trasplante, que previamente ha sido dotada con paciente con lo cual se obtiene control de pulso central y electrocardiograma permanente. Tensión Arterial cada 30 minutos. Vigilancia de drenaje, balance de aportes y pérdidas con revisión del funcionamiento de la fístula cada hora.

C) La enfermería en el post-operatorio prolongado:

Se realiza control de Constantes Vitales y Presión Arterial cada tres horas, se vigila permeabilidad de sondas y se practican lavados vesicales, según pautas. El balance de aportes y pérdidas se efectúa cada seis horas y se toman muestras para el cultivo cada día. La higiene diaria del paciente se lleva a la práctica con cuidadosa movilización. La extracción capilar para el control analítico es diaria, al igual que la recepción de los resultados.

Ante cualquier síntoma llamativo o alarmante, como ante una bioquímica alterada, se avisa con urgencia al Nefrólogo.

Progresivamente se va mentalizando al niño para una mejor tolerancia psíquica del injerto.

CONCLUSIONES

- 1^a). El Trasplante Renal como única solución definitiva para los niños con Insuficiencia Renal Crónica, por lo cual pensamos que no debe ser incluido ningún paciente en programa de Diálisis si no existe la posibilidad del trasplante.
- 2^a). El tiempo transcurrido desde que se inicia el programa de Diálisis hasta el Trasplante es excesivo. Esto ha motivado que el 33 % de nuestros enfermos hayan fallecido sin posibilidad de ser trasplantados.
- 3^a). En igualdad de condiciones, los enfermos pediátricos, deben tener preferencia sobre los adultos en cuanto a la recepción de órganos se refiere.
- 4^a). La preparación del Personal de Enfermería ante el Trasplante, es fundamental y ésta debe ser lo más completa posible.
- 5^a). El Trasplante Renal, se debe efectuar en un Centro Pediátrico y por especialistas en Pediatría.