

UN AÑO DE EXPERIENCIA EN UN PROGRAMA ACTIVO DE TRASPLANTE RENAL (TR)

M. Hereter Pons, M. G. de Villasante Seriol, J. Andújar Buendía

Ciudad Sanitaria Príncipesde «España». L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

En junio de 1980 se inició en nuestro Servicio de Nefrología un activo programa de TR, en el que la participación del personal de enfermería (PE) ha sido de una gran importancia. Su labor puede resumirse en los puntos siguientes:

1. Sensibilización del resto de PE del Hospital, para conseguir a todos los niveles la colaboración necesaria.
2. Actividad del PE de los Servicios en los que se atiende a enfermos en situación de muerte cerebral, para evitar el desaprovechamiento de los potenciales donadores de riñón.
3. Labor de supervisión estrecha, en el postoperatorio inmediato, de los enfermos que han recibido un TR, colaborando con los médicos en la detección precoz del rechazo y de las restantes complicaciones médicas y quirúrgicas y ayudando al enfermo a superar sus dificultades psicológicas y sociales.
4. Participación en la vigilancia de los enfermos a largo plazo y en la ayuda psicosocial a aquellos cuyo trasplante ha fracasado.

Los **resultados** han sido los siguientes: Se han hecho 24 TR a otros tantos enfermos en el curso de 1 año, 22 procedentes de cadáver y 2 procedentes de vivo, no ha habido mortalidad y el porcentaje de riñones funcionantes es del 87,5 %.

En junio de 1980 se inició en nuestro Servicio de Nefrología un activo programa de trasplante renal, en el que ha sido de una gran importancia la participación del personal de enfermería.

1.ª Diapositiva

El trasplante de riñón, comprende la actuación de médicos y personal de enfermería de varios servicios. Como se sabe, la mayoría de los riñones que se trasplantan proceden de sujetos previamente sanos, que por una enfermedad intracraneal o un traumatismo quedan en estado de muerte cerebral. En nuestra Ciudad Sanitaria los enfermos de este tipo son atendidos en tres servicios. Un primer aspecto que consideramos fundamental fue sensibilizar al resto de personal de enfermería del Hospital, y muy concretamente al de estos Servicios, para asegurarnos su colaboración, paralelamente al contacto de nuestros médicos con los suyos porque pensamos que daría buenos resultados el trato directo con nuestros compañeros.

2.ª Diapositiva

Transcurridos seis meses del comienzo del programa, hicimos una encuesta entre el personal de enfermería de los 3 Servicios donde atienden a dadores potenciales de riñón. El Servicio n.º 1 corresponde a Urgencias y Reanimación, el n.º 2 U.V.I. y el n.º 3 Neurocirugía. En esta diapositiva figuran, arriba, los porcentajes de respuestas afirmativas a las preguntas y, abajo, el porcentaje de avisos llegados a la Unidad de Trasplante, desde cada uno de los Servicios que procedieron de personal de enfermería.

Como podéis ver, el Servicio en que el personal de enfermería participó activamente en la labor de colaboración con nosotros fue el n.º 3, en el que el mayor porcentaje de sus miembros sabían qué es la Diálisis Crónica, qué es el Trasplante Renal y en el que todos estaban

convencidos de que el trasplante es la mejor solución para el enfermo con insuficiencia renal crónica terminal. Prácticamente todos los miembros de los 3 Servicios se mostraban dispuestos a colaborar, pero de hecho los que lo hicieron de verdad fueron los del Servicio n.º 3 que eran los que estaban mejor informados. De ahí podemos deducir que se pueden obtener resultados favorables en la cooperación y sensibilización del personal de Enfermería si la información que se transmite se adecuada y completa.

3.ª Diapositiva

El segundo punto ha consistido en la participación del personal de Enfermería, previamente informado por los médicos, en la detección precoz del rechazo y de las restantes complicaciones médicas y quirúrgicas, sin olvidar la labor de apoyo al enfermo para que consiga superar sus dificultades psicológicas y sociales.

4.ª Diapositiva

En esta diapositiva figuran las principales complicaciones que pueden presentar los receptores de un trasplante en el post-operatorio inmediato, cuando están en la Cámara estéril donde la relación con nosotros es estrecha y permanente. Como los enfermos están en una delicada situación y las complicaciones pueden revestir una gran gravedad, es fundamental detectarlas y tratarlas con precocidad. A veces, un diagnóstico tardío puede determinar que el tratamiento, instaurado también con retraso, resulte ineficaz. Frecuentemente, quien primero se da cuenta del trastorno es el personal de enfermería que debe avisar cuanto antes al médico de lo que sucede. Para ello, tiene que conocer el significado de lo que presenta el enfermo. Así, la fiebre, el malestar que siente el enfermo en la zona del injerto, la prominencia excesiva del injerto bajo la piel del abdomen, la disminución de la diuresis, la aparición o el aumento de la proteinuria o la disminución de la función renal con aumento de la urea y la creatinina en la sangre. Todo esto sabemos que son manifestaciones de rechazo. Sabemos también que el enfermo, sometido a tratamiento con glucocorticoides y con azatioprina, está especialmente predispuesto a sufrir infecciones por lo que hay que cuidar esmeradamente los catéteres, las punciones venosas e intramusculares, sondas metidas, etc. Los glucocorticoides se pueden complicar con una úlcera gástrica o duodenal y estaremos vigilantes por si el enfermo se queja de dolor o de ardor en el epigastrio. La complicación más importante de la azatioprina es la leucopenia y su conocimiento nos servirá para manejar este medicamento, siempre bajo las indicaciones del médico, con una mayor seguridad para el enfermo. Finalmente, conocemos también que una obstrucción urinaria completa se manifiesta con ausencia total de diuresis y que una obstrucción incompleta se manifiesta con oscilaciones de la diuresis, que una hemorragia puede producir disminuciones bruscas de la presión arterial y de la presión venosa central y que si hay una fístula urinaria la orina sale por donde no debe si el enfermo lleva todavía drenajes, o produce una hinchazón progresiva de los tejidos, a la vez que una disminución de la diuresis, cuando los drenajes ya se han retirado.

5.ª Diapositiva

El enfermo de la diapositiva acudió al Hospital: para serle administrada una inyección. Una enfermera fue la que primero advirtió una prominencia inhabitual de la zona operada, que resultó debida a un rechazo que se pudo tratar con precocidad.

6.ª Diapositiva

Finalmente, la colaboración del personal de Enfermería ha sido también importante en la vigilancia de los enfermos a largo plazo y en la ayuda no sólo médica sino también psicosocial a aquellos cuyo trasplante desgraciadamente ha fracasado. También en este aspecto de nuestra actividad ha resultado esencial la información que nuestros médicos nos han proporcionado.

7.^a Diapositiva

Como podéis ver, estos han sido los excelentes resultados de un año de trabajo.

U. T. R., Bellvitge

1. Sensibilización del resto de personal de Enfermería (PE) del Hospital. para conseguir a todos los niveles la colaboración necesaria.

ENCUESTA	Servicio 1	Servicio 2	Servicio 3
¿Conoces el problema?	Sí-72%	Sí-53%	Sí-66%
¿Te interesa?	Sí-81%	Sí-73%	Sí-88%
¿Sabes que es la DC?	Sí-81%	Sí-60%	Sí-100%
¿Sabes qué es el TR?	Sí-100%	Sí-66%	Sí-100%
¿Cree,s que el TR es la solución?	Sí-90%	Sí-86%	Sí-100%
¿Conoces las condiciones del dador?	Sí-27%	Sí-40 %	Sí-66%
¿Avisarias a la U. T. R.?	Sí-100%	Sí-93%	Sí-100%
¿Has avisado alguna vez?	Sí-36%	Sí-0%	Sí-66%

¿QUIEN AVISA?

Personal de Enfermería	10 %	0 %	80 %
------------------------	------	-----	------

2. Labor de supervisión estrecha, en el post-operatorio inmediato, de los enfermos que han recibido un trasplante renal, colaborando con los médicos en la detección precoz del rechazo y de las restantes complicaciones médicas y quirúrgicas y ayudando al enfermo a superar, sus dificultades psicológicas y sociales.
 1. **Rechazo.**
 - Fiebre
 - Malestar sobre el injerto
 - Aumento de volumen y consistencia del injerto
 - Disminución de la diuresis
 - Proteinuria
 - Disminución de la función renal
 3. **Otras complicaciones médicas.**
 - Infección
 - Úlcus péptico
 - Leucopenia
 3. **Complicaciones quirúrgicas.**
 - Obstrucción urinaria
 - Hemorragia
 - Fístula urinaria
 3. Participación en la vigilancia de los enfermos a largo plazo y en la ayuda psico-social a aquellos cuyo trasplante ha fracasado.

Resultados: Junio de 1980 a junio de 1981:

Trasplantes	24
Cadáver.....	22
Vivo	2
Mortalidad.....	0 %
Riñones funcionantes	87,5 %