

Enfermería en el seguimiento ambulatorio a largo plazo del trasplante renal

Dña. Gloria Franco Maldonado

*Enfermera de Consulta Nefrológica. Trasplante Renal.
Hospital Universitario Virgen del Rocío.*

Desde su creación, hace 20 años, nuestra consulta de trasplante renal daba cobertura a Sevilla, Huelva, Cádiz y Badajoz e incluso por un corto periodo de tiempo a Murcia.

Después, con la creación de nuevas unidades de trasplantes, nos quedamos sólo con los pacientes de Sevilla y provincia así como los pacientes de Huelva que fueron trasplantados antes de su derivación a Granada y los que nos vienen trasladados de otras ciudades por distintos motivos.

Hasta junio de 1998, teníamos 417 trasplantes en activo de los cuales 48 llevan menos de 1 año, 163 entre 1-5 años, 110 entre 5-10 años, 74 entre 10-15 años, 17 entre 15-20 años y 5 más de 20 años.

Todos sabemos que el trasplante renal en la actualidad no es la solución definitiva para la IRC, aunque no es impensable que en un futuro próximo sí lo sea, con el descubrimiento de nuevos inmunosupresores. Hoy día constituye un período más o menos largo de tiempo en la vida del paciente durante el cual, si el riñón tiene una función normal la persona recupera su estado de total normalidad y desaparecen o se atenúan considerablemente problemas como la anemia, la osteodistrofia, la miopatía o la polineuropatía. Como hemos dicho, pasado un tiempo ya sea por rechazo crónico (se rompe el estado de tolerancia entre el riñón trasplantado y el sistema inmune a pesar de los inmunosupresores), infecciones graves, aparición de problemas relacionados con la insuficiencia renal inicial o con la arterioesclerosis, o por abandono de la medicación, entre otras causas, los pacientes vuelven a su situación de IRC, y de ahí a diálisis, donde se volverán a incluir de

nuevo en lista de espera para un segundo e incluso un tercer trasplante.

Aunque en nuestra consulta los pacientes que se ven cada 4 ó 6 meses es un grupo numeroso, no es extraño que por distintos motivos vengan entre una y otra cita a consultar algún problema (si pueden tomar alguna medicación prescrita por otro médico, un ascenso de la presión arterial, o manifestar que padecen alguna otra patología), por lo que se les ve, aunque sólo sea para derivarlo a otra especialidad médica.

Por todo lo expuesto, a nuestro juicio la exposición se debe centrar en las actividades diarias de la enfermería y que son de uso común a todos los trasplantados cuando tratamos de ver el seguimiento a largo plazo.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Toma de constantes vitales.
- Valoración del paciente y conducta a seguir.
- Recomendaciones generales (preventivas, alimentarias y medicamentosas).
 - Cálculo de analítica, transcripción a gráficas y detección de anomalías.
 - Preparación y entrega de protocolos.
 - Cita para la siguiente consulta.
 - Revisión de estudios especiales y cultivos de orina.
 - Puesta al día de la analítica y preparación de estudios especiales para el día siguiente.

1. Toma de constantes. La toma de constantes se efectúa a primera hora, una vez que el enfermo se ha hecho la analítica y sin haber tomado medicación alguna. Se mide T.A. y frecuencia cardíaca en decúbito y orto, temperatura y peso. La talla sólo se les comprueba el primer día, salvo a los adolescentes que se les talla periódicamente.

Correspondencia: Dña. Gloria Franco Maldonado
Enfermera de Consulta Nefrológica
Trasplante Renal
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Avenida Manuel Siurot, s/n.
41013-SEVILLA

La consulta médica comienza a media mañana, una vez que los laboratorios han terminado las analíticas (hemograma y Cr. sérica).

2. Valoración del paciente y conducta a seguir.

Durante la toma de constantes, enfermería hace una valoración de cada paciente. A veces son ellos los que espontáneamente cuentan si han tenido o tienen alguna incidencia y otras es enfermería, la que basándose en lo que observa, les interroga sobre si se resolvieron problemas que tenían o la gravedad de los que presentan (cuántos días llevan con fiebre, si expectoran o se asfixian, etc.) como por ejemplo el caso de Carmen (27 años y 2 embarazos a término postrasplante). Carmen se presentó en la consulta y se detectó diplopia, disartría y alteraciones locomotoras. Inmediatamente se llamó al médico y tras informarle de las observaciones indicó que se la enviara a urgencias donde le diagnosticaron meningitis. Casos similares y de distinta etiología se presentan de vez en cuando, lo que nos induce a no bajar la guardia.

Al margen de lo dicho, si durante la toma de constantes se observa: tos, expectoración, disnea, fiebre, arritmia, edemas, etc., se les cursa las pruebas pertinentes (tórax, ECG, etc.), que traerán en mano para que el médico las valore nada más llegar. Si la fiebre es muy alta lo mejor es localizar al médico y que sea éste el que decida si se deriva a urgencias, y las medidas a tomar, como pueden ser administrar antitérmicos o no.

Si lo que se detecta es un descenso en la tensión arterial, se les dirá que suspendan la medicación hipotensora hasta consultar con el médico, y si es un ascenso de la misma se les aconsejará la compra de un tensiómetro y se les enseñará el manejo del mismo, preferiblemente a un familiar, para tener cifras no condicionadas por el medio hospitalario y que al paciente se pueda ir controlando periódicamente e ir regulando la medicación.

Si el paciente se presenta espontáneamente con molestias urinarias, se le pide una orina elemental, un cultivo de orina y una creatinina sérica, las cuales, salvo el cultivo, valorará el médico cuando llegue a la consulta.

3. Recomendaciones generales: preventivas, alimenticias y medicamentosas. Esta consulta, por ser tan puntual para estos pacientes, cuenta con un libro editado por el servicio en donde consta toda la información que puedan necesitar sobre su nueva situación.

Aunque durante su ingreso en la unidad de trasplantes se les lee el libro, en la consulta hay que seguir aclarando, recordando y repitiendo una y otra vez y año tras año lo más sobresaliente de su contenido. Hay muchos pacientes, por no decir la mayoría, que no se leen el libro, ya sea por desidia o por no saber leer. Por esto a todos se les dirá

que deben:

- Tomarse la T.A. y anotarla. En los enfermos tratados en CsA hay una mayor incidencia de HTA.
- Tomarse la temperatura y anotarla si observan malestar.
- Detectar los signos ante un posible rechazo: disminución del volumen de orina, dolor en la zona del injerto (este no duele por estar denervado) y fiebre.
- Vigilarse el peso al menos una vez por semana. Normalmente el trasplantado suele ganar peso debido tanto a la toma de prednisona como al bienestar físico alcanzado cuando el injerto funciona bien.
- Detectar anomalías en la orina (coágulos, grumos, etc.).
- Hacer una vida sana, activa con ejercicio físico moderado y trabajar en cuanto le sea posible.
- No fumar por el factor de riesgo que supone para las enfermedades cardiovasculares.
- Vigilar la aparición de lesiones en la piel, mucosa bucal y genital. Las neoplasias que con mayor frecuencia se presentan en los trasplantados son las de la piel, sobre todo en las zonas expuestas a la luz solar, y aunque suele ser de bajo grado de malignidad, hay que extirparlas siempre.
- Realizarse controles preventivos de la boca y limpiársela cada vez que coman algo. La hipertrofia gingival aparece en el 30% aproximadamente de los trasplantados tratados con CsA. Actualmente con uno o varios ciclos de Azitromicina se corrige y de no ser así se recurre a la gingivectomía, que suele ser definitiva.
- Ducharse a diario y secarse muy bien. La mala higiene favorece la hipertricosis.
- Realizar algún deporte no competitivo sin llegar al agotamiento. Se aconseja caminar deprisa al menos una hora diaria o la natación si es posible. El ejercicio físico contribuye a evitar la obesidad y a bajar los niveles de lípidos en sangre, así como a mantener el bienestar físico y la salud.
- Evitarán tomar el sol, y si van a la playa, incluso a la sombra, se les aconsejará usar un protector solar con filtro superior a 30. Como ya se ha dicho, el sol favorece la aparición de neoplasias de piel y las verrugas.
- A las mujeres se les informa que en principio utilicen para las relaciones sexuales, métodos de barrera. El DIU no es aconsejable porque con los inmunosupresores se cree que su efecto disminuye o se anula y es además una amenaza de infecciones pélvicas. Si al año del trasplante

tienen una función renal normal, deberán plantearles al médico la posibilidad de un embarazo si lo desean.

- Deberán llevar siempre que vayan al médico o al Hospital, su informe inicial de alta más el último que se les dio en la consulta después de la última revisión.

- Se les dirá que deben acudir a la consulta a primera hora, aunque no tengan cita previa cuando presenten:

- Fiebre.

- Molestias al orinar.

- Infección del aparato respiratorio (tos con expectoración, dolor costal, falta de aire, fiebre).

- Infección intraabdominal (dolor, náuseas, vómitos, fiebre, diarrea, ver aspecto de las heces).

- Infección del SNC (dolor de cabeza pertinaz y no habitual, somnolencia, alteración del comportamiento, fiebre).

- Cuando haya malestar acusado aunque no tenga fiebre.

Hasta aquí las recomendaciones de tipo preventivo que deben observar siempre.

En cuanto a las recomendaciones sobre la *alimentación* nos vamos a permitir hacer un paréntesis sobre su importancia.

De todos es conocida la importancia de la nutrición para la consecución de un estado de buena salud. Sin embargo, el hacer una buena dieta es aún más importante en el caso del enfermo renal trasplantado debido a su especial predisposición a desarrollar o empeorar ciertas enfermedades o trastornos metabólicos que muy bien se pueden prevenir, mejorar o corregir con una dieta adecuada.

Un factor fundamental de la dieta que hay que valorar mucho es su contenido calórico, ya que si éste es superior a las necesidades del individuo sobrevienen como consecuencia de ello la obesidad y su cohorte (HTA; Diabetes Mellitus e Hiperlipemias) procesos que se potencian con la medicación inmunosupresora. Todos ellos son factores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, las cuales junto con las infecciones son las principales causas de morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

Como medidas generales y de prevención se les hacen las siguientes recomendaciones:

- Hacer una dieta variada, equilibrada y rica en fibra (la fibra favorece la motilidad intestinal).

- Reducir el consumo de grasas saturadas o de origen animal sustituyéndolas por grasas monoinsaturadas (previenen contra la arteriosclerosis bajando la fracción de

lipoproteínas de baja densidad que son las aterogénicas).

- Sustituir la leche entera por descremada.

- Reducir en la dieta el consumo de manteca, mantequilla y los huevos (estos últimos por su alto contenido en colesterol).

- Aumentar el consumo de verduras, frutas y hortalizas (toda persona con peso excesivo debe considerarlas como alimentos esenciales; son también ricas en fibras).

- Cambiar el consumo de carnes por el de pescado (el pescado blanco no tiene grasa y los azules entre un 8% y un 15% formado por ácidos grasos monoinsaturados, que como decíamos antes descienden los niveles de colesterol y triglicéridos).

- Reducir el consumo de azúcar y de sal y de todos aquellos alimentos que los contengan (las personas normotensas sí pueden tolerar una cierta cantidad de sal).

- Fraccionar la dieta en 5 tomas diarias y no en 2 como suelen hacer la mayoría, por el consumo de calorías que supone tanto la digestión como el almacenamiento y la transformación de los alimentos.

- Si suelen tener molestias gástricas, tendrán que modificar la dieta evitando los alimentos que aumentan la producción de ácidos por el estómago (fritos, picantes, especias, alcohol, café, etc.).

- Si presentan estreñimiento, se les aconsejará que adopten un horario regular todos los días, que tomen alimentos ricos en fibra, verduras, frutas frescas, que beban líquidos en abundancia, y que lleven una vida activa o hagan ejercicio regularmente, como decíamos en las recomendaciones generales.

No deberán tomar laxantes y si hay que recurrir a ellos se les dirá que los tomen dos horas después de la medicación (se piensa que pueden modificar su absorción).

Si a pesar de todas estas recomendaciones siguen ganando peso (se nos ha dado el caso de en 2 meses ganar 10 Kgr. o en 1 semana 3 Kgr), se puede sospechar que en cualquier momento pueden aparecer la HTA, la Hiperlipemia y con menos frecuencia la Diabetes Mellitus y la Hiperuricemia.

Para cada una de estas situaciones disponemos de dietas ya elaboradas que rara vez llevan a cabo.

En cuanto a las recomendaciones sobre la *medicación* nos vamos a centrar en dos aspectos fundamentales:

- Normas a seguir, que han ido surgiendo a través de la experiencia.

- Efectos secundarios.

Las normas son:

- Deberán conocer con exactitud el nombre, dosis y

horario de la medicación.

- Si vomitan antes de pasadas 2 horas de la toma o no recuerdan si la tomaron o no, la volverán a tomar.

- Consultar antes de tomar medicación prescrita por otros facultativos.

- Ponerse en contacto con el servicio si ingresan en cualquier otra unidad hospitalaria para vigilar el tratamiento inmunosupresor.

- Si empiezan a ponerse eritropoyetina y se supone que es para un período prolongado se les enseñará a manejar el bolígrafo dosificador.

- Deben leer el tratamiento antes de irse de la consulta por si hay alguna duda sobre el mismo poder aclararla.

Con respecto a los efectos secundarios de la medicación se les informará de una manera gradual, a medida que se vayan manifestando y siempre teniendo en cuenta cuál es la terapia inmunosupresora que se les aplica para saber si es producida por ella o no.

Entre los más destacados del protocolo farmacológico del trasplante en régimen ambulatorio se pueden citar:

PREDNISONA:

- Aumento del apetito.
- Acné, sobre todo en cara y parte superior del tronco. No deberán tocárselo ni pellizcárselo. Desaparecerá al bajar la dosis.
- Retención de agua y sal. Puede producir edemas e HTA.
- Hipertricosis, más llamativo en mujeres. Es pasajero y se les aconseja teñírselo.
- Psicosis, labilidad emocional (alteración del control).
- Diabetes, sobre todo en personas con factores de riesgo (antecedentes familiares).
- Hiperlipemias, debido al aumento del apetito.
- Osteoporosis a largo plazo.
- Cataratas a largo plazo.

AZATIOPRINA:

- Leucopenia. Cede al disminuir la dosis.
- Hepatitis tóxica. Cede al disminuir la dosis.

CICLOSPORINA:

- Aumento de Cr. Si los niveles en sangre son altos, al bajar éstos se normaliza.
- Temblor, sobre todo en manos. Mejora al reducir la dosis.
- Hipertricosis. Se potencia con la prednisona.

- Hipertrofia gingival.
- Daño hepático.
- Hipercolesterolemia.
- Hiperuricemia.

METILMICOFENOLATO:

- Diarreas. Cede al bajar la dosis o distribuir las en varias tomas.
- Leucopenia. Si no cede al bajar la dosis se suspende.
- Vómitos, dolor abdominal o pérdida de peso por anorexia. Aparecen cuando el cuadro es agudo.

TACROLIMUS:

- Temblor, más acusado que con la CsA.
- Diabetes, más frecuente que con la CsA.
- HTA, menos incidencia que con la CsA.
- Hiperuricemia, menos incidencia que con la CsA.
- Hipercolesterolemia, bastante menos incidencia que con la CsA.

Como dato a destacar en este último fármaco añadimos que no produce hiperplasia gingival ni hipertricosis.

Se les aclarará que la mayoría de estas patologías son problemas derivados de la medicación y se les hará saber la relación directa entre la dosis y el desarrollo o la severidad de ellas, por lo cual algunas se corrigen, otras son pasajeras o de escasa incidencia al bajar la dosis y otras irreversibles como las cataratas.

Para que toda esta labor de información o educación sea correcta y eficaz, tiene que existir una buena coordinación entre todas las personas que integran la consulta.

Durante la entrevista con el médico, la enfermera estará presente para poder recoger todos los datos posibles o aportar los ya recogidos del enfermo a primera hora y que a veces se les olvida mencionar. Al final de la consulta se comentará con el médico aquello que sea dudoso y que pueda facilitar la posterior información al paciente para que no surjan discrepancias.

4. Cálculo de analíticas, transcripción a gráficos y detección de alteraciones. Cuando la analítica llega a la consulta, el primer paso es calcular los valores que dan en orina a diuresis total (esto es muy útil en el caso de una proteinuria importante o para comprobar si una dieta se hace con o sin sal en el caso de una HTA, por ejemplo). Después la administrativa la desglosa, agrupa y archiva por orden alfabético y se retira la correspondiente a una semana antes, más o menos, aunque el paciente no

venga, para pasarla a las gráficas de evolución, que son las que van a manejar el médico. Si al pasar la analítica se detecta alguna alteración importante se ha de consultar con el médico. Ya ha sucedido que se ha tenido que llamar a algún paciente, citado dos meses después, para repetirle alguna determinación y confirmarla, teniendo que tomar medidas urgentes (por ejemplo, pasar de una glucemia de 142 dos meses antes a otra de 428 sin sintomatología).

5. Preparación y entrega de protocolos. Normalmente los jueves, que ya están citados los pacientes de la semana siguiente, salvo los recientes que son impredecibles, se prepara la consulta. Esto supone la comprobación de a quién hay que pedirles protocolo anual y prepararlos. A los nuevos, se les prepara el protocolo del mes correspondiente que prácticamente durante el primer año cada uno es distinto del otro. Estos protocolos nada tienen que ver con los rutinarios de todos los días y su cumplimiento ha pasado a ser responsabilidad de enfermería.

Cuando se les entrega el protocolo, hay que asegurarse que saben recoger un recuento de Addis, Baciloscopia de orina y esputo, lugar de citaciones de las pruebas, etc. Lo normal es tener que explicárselo año tras año. Sorprendentemente, el único que recuerda todo y cumple el tratamiento perfectamente es un esquizofrénico que no sabe ni leer ni escribir.

6. Citaciones próximas consultas. Cuando el médico termina de revisar al paciente y empieza a dictar el informe y nuevo tratamiento que se le da cada vez que viene a consulta, se le pregunta al médico cuándo se da la próxima cita, y si el enfermo dice que ha empezado a trabajar y que descansa un determinado día de la semana, se procurará citarlo ese día. Lo mismo ocurre si se va de vacaciones o bien comenta que abre el negocio o da clases de 9 a 12; entonces se le toma las constantes a primera hora y se le dice que vuelvan a última hora. Esta es la conducta que se sigue hasta ahora, y que esperamos continuar en el futuro, a pesar del aumento de pacientes experimentado año tras año y de contar con la misma infraestructura.

7. Revisión de estudios especiales y cultivos de orina. Cuando nos llegan estudios especiales, normalmente los no rutinarios, TAC, Baciloscopias, Urografías, Citologías, etc, enfermería revisa el informe y si considera que es urgente, llama al médico (si no se encuentra en la consulta) o se le pasa para que tome las medidas oportunas, ya sea hablar con otros facultativos, llamar al enfermo, ampliar exploraciones, etc.

Los cultivos de orina que llegan positivos durante la mañana, se preparan con su hoja de tratamiento y se dejan para el final de la consulta. Una vez puesto el tratamiento se llama al paciente por teléfono para que comience a hacerlo además de mandárselo por correo. Debemos asegurarnos del perfecto cumplimiento del mismo haciéndoselo repetir y pidiéndole que lo escriba. Da un excelente resultado.

8. Puesta al día de la analítica y estudios especiales. Aunque, como ya se ha comentado, la analítica se pasa a la semana más o menos de hacérsela al paciente, siempre quedan algunos resultados que vienen después, y aunque se vean, no se pasan a las gráficas, sino que se dejan archivados y se transcriben el día de antes con lo que conseguimos la puesta al día que se pretende. Igualmente se sacan los estudios especiales y se preparan en la historia de cada uno para su revisión.

En resumen, lo que se pretende es dar una atención integral al paciente trasplantado con el fin de mantener una buena calidad de vida y prolongar todo lo posible el funcionamiento del injerto, con:

- Una aportación constante de informaciones que repercuta en la educación del sujeto.
- Una relación o contacto cercano al paciente para que podamos detectar sintomatologías que a ellos pueden resultarles banales, y que nos pueden poner en la pista de una patología importante.
- Una observación inmediata de todas las pruebas realizadas en las que pueden aparecer cuadros clínicos subsanables si se detectan precozmente.