

PREPARACIÓN DE PACIENTE PARA EL TRASPLANTE RENAL

*Magdalena Gandara
Hospital Universitario, Marqués Valdecilla (Santander)*

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1975 realizamos, escasos de conocimientos pero llenos de entusiasmo, nuestro primer trasplante, hasta hoy, muchas cosas han cambiado que han requerido una continua puesta al día en el quehacer de los profesionales que dedicamos nuestra actividad al cuidado del paciente afecto de Insuficiencia Renal permanente (empleo la palabra permanente porque la de Terminal, no me gusta)

Voy a exponer cuáles creo yo que son los caminos que tienen que recorrer un profesional para la preparación y formación de un paciente para el trasplante.

Siempre he distinguido al lado del paciente dos tipos de personas dedicadas a suministrar los cuidados: profesionales y operarios. Profesional es aquel que conoce, que siente, vive y transmite lo que hace y sabe. Operario es aquel que hace lo que se le dice, no me voy a referir a ellos en ningún momento, éstos pueden ser sustituidos fácilmente a poco que se les adiestre.

En tres apartados quiero decir cuáles son las fases fundamentales que deben de ser conocidas por los protagonistas de esta breve historia.

- Los profesionales.
- Los pacientes.
- Su familia.

Desde que en 1554 Gutemberg imprimió el libro completo (la Biblia), desde entonces y hasta hoy, nadie está exento de leer, escribir, publicar y comunicar y ésta es quizá nuestra mejor riqueza como profesionales. Yo creo que la Enfermería Nefrológica lo hemos sabido hacer bastante bien aunque reconozco que me ciega un poco mi paso hacia la Nefrología.

Tengo que decir que un profesional debe conocer todas y cada una de las terapéuticas que aplica, las razones, las ventajas y los inconvenientes, sólo así podrá cumplir la segunda fase de su responsabilidad, si posee los conocimientos tiene que transmitirlos y enseñarlos, a mí me gusta la palabra Maestro debemos de serlo de nuestros pacientes.

Decía en el Seminario de Segovia que el buen profesional es aquel que en un breve periodo de tiempo se hace innecesario para el paciente porque le ha enseñado a cuidarle.

Las dos formas que tiene la enfermería para la preparación del paciente en su convivencia con el mundo de la diálisis y en sus perspectivas sobre el trasplante, deben encaminarse en dos direcciones:

1. En su formación, es decir, en la nuestra propia.
2. En la formación de los pacientes y su familia.

En nuestra formación, a algunos les parecía que el conocimiento por parte de la Enfermería de cuantas cosas maneja, utiliza, investiga, era algo que se nos estaba ocurriendo ahora, pues no. Florence Nightingale desarrolla ya en 1860 el primer programa organizado de formación para enfermeras, es sorprendente porque ella ya habla que había que formar enfermeras para los hospitales, enfermeras de distrito y enfermeras capacitadas para formar a otras. Decía que los estudiantes iban a los hospitales, a los hogares para cuidar a los pacientes y sus familiares y enseñarles como preservar y conservar la salud. En unas notas que ella escribía en 1859 decía que lo que escribía no pretendía ser en absoluto una forma de pensamiento, que puedan utilizar las enfermeras para aprender a serlo y menos aún un manual para enseñarlas los rudimentos del cuidado. Simplemente ostentan ser referencia de pensamiento para mujeres que tienen a su cargo la salud de los demás.

134 años de que esta gran profesional hablase así, tenemos que seguir hablando de formación. Por comentar algo más reciente y para las más jóvenes, aunque en Nefrología todas lo somos, decir que un grupo de profesionales de diferentes partes de Europa se han reunido tratando de unificar sistemas o métodos para hacer más uniforme la enseñanza nefrológica, la filosofía del core, curriculum, la resumen basándola en la Prevención en la Educación para la salud y en el soporte hacia el paciente. Nuevamente volvemos a decir lo mismo, quizás solo nos falte el empuje de asumirlo y transmitirlo con la suficiente fuerza.

Decía al principio que numerosos han sido los cambios en el mundo de la Diálisis como del Trasplante que se han ido produciendo a lo largo de los años y también que nuestra especialidad es joven y por lo tanto está sometida a las continuas emociones de los cambios de las investigaciones y la Industria, esto hace que nuestra capacidad de aprender, de ayudar a investigar y de adaptarse a todo ello, no ha conocido descanso.

Aquellas diálisis de 9 horas, 2 veces por semana, con dietas severísimas, y aún así, se publicaba que el 40% de los pacientes morían de hiperpotasemia. Coil con 500 cc de cebado, baños preparados mediante crisis hipercalcémicas por no tratamiento de agua, escasez de puestos de HD y selección de pacientes para ocupar los mismos, no desarrollo del programa de trasplantes y un largo etc.

En cuanto al Trasplante:

- No transfundir.
- Nefrectomía bilateral.
- Largos periodos de aislamiento.
- Selección de los donantes y receptores. Yo recuerdo que cuando avisaban de la Unidad de Politraumatizados de un posible donante y preguntaba la edad, si me decían 40 años, no quería ni bajar a verlo, me parecía viejísimo.
- En fin, parecía que en 10 años habíamos controlado todo esto y nuevamente estamos empezando. Lo decía también el profesor Kerr en su conferencia en la EDTNA.
- Aumento de la edad Receptor-donante.
- Aumento de patologías severas asociadas a la I.R.P. diabetes, nefroangioesclerosis y un largo etc.
- Mejores y más potentes inmunosupresores que a su vez tienen ventajas y enormes inconvenientes.
- Aumento de la Hepatitis C.
- Un enemigo nuevo y poderoso que es el CMV.

Todo esto y más debe de ser conocido por el profesional que está al lado del paciente, que conoce a cada uno de ellos, sus posibilidades, que debería elaborar una información individualizada a cada paciente que le enseñará a esperar, que le hará ver a él y a su familia la importancia de su autocuidado del cómo debe cuidar y mimar su medio familiar y mantendrá en él la esperanza de una mañana mejor enseñándole a asumir los riesgos que toda terapéutica tiene.

Es esto que acabo de comentar lo que me parece fundamental que los profesionales de Enfermería realicen en la preparación de un paciente para el trasplante. Está comprobado, nosotras que somos hospital de referencia de otras Unidades para trasplante, que una buena información reduce la ansiedad preoperatoria, las complicaciones en el postoperatorio, la necesidad de sedantes y la estancia en el hospital, etc.

Hay que informar y formar a los pacientes y a los suyos, completar sus conocimientos sobre el trasplante cuando pregunte sus riesgos y sus ventajas de una forma sencilla y clara, esto dice la Ley de 1979.

El diálogo que se establece, siempre permite el conocimiento de la persona, sus características y sus circunstancias, que nos permitirá ofrecerle atención de enfermería adaptada a su personalidad y sin olvidar nunca que si la palabra, la idea y la esperanza no están juntas y proporcionadas, algo grave existe o falta en la conciencia de las personas. Dicho esto, que me

parece fundamental y que es nuestro único futuro, nadie podrá hacerlo mejor que nosotras si poseemos los conocimientos.

PRODUCIDA LA ALARMA DE TRASPLANTE Y SELECCIONADO EL RECEPTOR ¿QUÉ HACEMOS EN NUESTRA UNIDAD?

Si el donante procede de nuestra Unidad directamente comenzamos protocolo.

Si es de otro Centro:

- Presentación del medio: Habitación y Personal.
- Recogida de datos: filiación, signos vitales, peso, diagnóstico, fecha última diálisis.
- Explicación de normas y cuidados pre y postoperatorios.
- La necesidad de la Unidad de trasplantes y sus características.
- Adiestramiento en el procedimiento correcto para toser, la necesidad de movilización precoz, respirar profundamente, etc.
- Qué sensaciones puede percibir por la inmunosupresión.

No quisiera terminar mi participación en esta mesa sin cumplir con un objetivo que me propuse al iniciar esta comunicación sobre Trasplante.

Todas las que llevamos años debemos algo de nuestros conocimientos a un Nefrólogo Catalán desaparecido hace poco, al Dr. Andreu. Cuando poco se sabía del HLA, él sabía más que nadie, una semana antes de morir, estuvimos juntos en unas jornadas que organizó Alcer Rioja, de lo que allí dijimos los ponentes, como mi pequeño gran homenaje hacia él, y como demostración que los protagonistas de esta historia, como decía al principio, profesionales, pacientes y familia pensamos igual. Los pacientes entendieron lo que nosotros decíamos y extrajeron las siguientes conclusiones, que nos hacen volver al inicio de mi comunicación:

1. Potenciar los trasplantes con un esfuerzo real por extraer la mayor parte de órganos, haciendo una distribución solidaria propiciando los cauces, que den salida a todos los pacientes.
2. Generar cauces de comunicación entre los distintos hospitales y entre los distintos programas para conseguir unos buenos tratamientos, seguimiento y procesos conjuntos de investigación.
3. Continuar con una actitud de estudio, innovación e investigación constante de la diversa metodología de Hemodiálisis y del trasplante, para dar respuestas individualizadas a cada paciente.
4. Concienciar a los pacientes sobre la importancia de la dieta como un seguro de salud, que le dará mejor calidad de vida, tanto en hemodiálisis como en el transplante, hacerlo con un espíritu de educación para la salud.
5. Estudiar e investigar los factores que pueden provocar la enfermedad, hacer campañas de educación de salud, haciendo hincapié en la nutrición, hábitos de vida, espíritu preventivo y lucha contra la hipertensión.
6. Generan ambientes correctos de trato con un clima cálido y humano de convivencia en las salas de hemodiálisis y en la buena relación con el personal, potenciar la calidad de las relaciones humanas basadas en la autoayuda. Apostar por la esperanza y la relación humana de la mejor calidad.
7. Seguir generando foros de estudio, debate e investigación para avanzar en la línea de innovación y descubrimientos científicos y humanísticos.
8. Congratularnos con los logros conseguidos, mantener una actitud de búsqueda constante y conjunta de estrategias de lucha contra la enfermedad.
9. Concienciarnos en cada momento de la necesidad de la Solidaridad humana, única vía posible de alcanzar el bienestar.

El cuidado del enfermo es un arte, y si ha de ser arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura como el trabajo de cualquier pintor o escultor; ¿por qué lo que tiene que ver con un lienzo sin vida o un frío mármol se compara con lo que tiene con el

cuerpo vivo, el templo del Espíritu de Dios? Es una de las Bellas Artes; Yo casi diría, la más bella de las bellas Artes. Florence Nightingale.