

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTRASPLANTE RENAL

*M.<sup>a</sup> José Puga Mira. Mar Miramontes González.  
Dolores Souto Martínez y Equipo de Enfermería  
Unidad de Hospitalización y Trasplante Renal. Hospital Juan Canalejo. La Coruña*

## INTRODUCCIÓN

El trasplante renal (TR) es el tratamiento de elección de la insuficiencia renal crónica (IRC) y el que se desea la mayoría de los pacientes. No por eso deja de producir gran temor y ansiedad en el paciente y su familia, y sin duda, riesgos importantes por sus complicaciones quirúrgicas e infecciones.

Los cuidados de enfermería irán dirigidos a:

- Detectar de forma precoz cualquier complicación.
- Evitar infecciones.
- Disminuir la ansiedad del paciente / familia.
- Educar al paciente / familia para el autocuidado.

### 1. POSTOOPERATIVO INMEDIATO

Terminado el acto quirúrgico, recibe los cuidados propios de un paciente intervenido, teniendo en cuenta que su sistema inmune ha sido deprimido, lo que implica un riesgo mayor de infección.

### 2. CONTROLES RUTINARIOS

Una vez instalado el paciente, se abre una gráfica de controles horarios en la que se registran los siguientes parámetros:

TA, pulso, T<sup>a</sup>, PVC, diuresis y drenajes.

Es importante tener en cuenta que la frecuencia de los controles va a variar según sea la evolución del paciente. Así, en las 2-3 primeras horas se realiza cada 10-15'. Posteriormente cada hora a partir de las 48-72 horas cada 6-8 horas.

Registramos también toda la medicación e incidencias y pautamos los analgésicos indicados para hacer más confortable el postoperatorio.

### 3. REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS I.V.

Excepto contraindicación se repone la misma cantidad de líquidos que la diuresis de la hora anterior en forma de suero Glucosalino.

- 3.1 Si la diuresis es menor de 50 ml/hora, se repone en la hora siguiente la diuresis horaria más 20 ml
- 3.2 Si la diuresis oscila entre 50-150 ml/hora, la reposición será del mismo volumen en la hora siguiente.
- 3.3 Si la diuresis está entre 150-400 ml/hora reponemos el volumen de la diuresis menos 50 ml
- 3.4 Si la diuresis es de 400-600 ml/hora, se repone durante la hora siguiente la mitad y si persiste la poliuria se avisa al Nefrólogo.
- 3.5 La PVC se mantiene entre 8-10 cm de H<sub>2</sub>O con suero salino.

### 4 ALERTA

En estos primeros días es frecuente que el paciente presente alteraciones. Por lo tanto vigilaremos:

- Drenaje hemático.
- PVC baja.
- Hipotensión
- Dolor brusco e intenso.
- Sangrado del apósito.

- Respuesta inadecuada de diuresis.
- Fiebre.
- Alteraciones analíticas.
- Obstrucción de vías, sonda vesical, catéter de nefrostomía y drenaje.

En caso de presentarse cualquier alteración, actuaremos lo más rápidamente posible, sin olvidarnos de dejarlo reflejado en los registros de enfermería.

## 5 PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES

En este apartado de nuestro protocolo se hace referencia a la prevención de infecciones en cuanto a:

- Sondaje vesical.
- Vías venosas.
- Cura de heridas.
- Fisioterapia respiratoria.

### 5.1 SONDAJE VESICAL

- Fijamos sonda.
- Vigilamos permeabilidad.
- Manipulamos lo mínimo imprescindible y con medidas asépticas.
- Realizamos higiene exhaustiva del meato urinario.
- En caso de que el paciente tenga que ser trasladado de la Unidad de TR, es imprescindible explicar a las personas encargadas del mismo el manejo adecuado.
- Los cultivos se realizan según protocolo y ante la presencia de signos o síntomas de infección.
- Se retira entre el 4º-6º día.

### 5.2 VÍAS VENOSAS CENTRALES

- Fijamos la vía.
- Protegemos la inserción y conexiones con gasas estériles impregnadas en povidona yodada.
- Ponemos fecha en el apósito. Inspeccionamos si presenta dolor o distemia.
- Tomamos cultivo ante signos o síntomas de infección y siempre que se retira la vía.
- Desinfectamos el sistema antes de administrar cualquier solución.
- Si es preciso desconectar el sistema, utilizamos las medidas asépticas establecidas.
- Retirada precoz (en 48 horas)

### 5.3 HERIDA QUIRÚRGICA

Si el apósito está limpio no se cambia hasta el 3º-4º día (salvo que tenga que realizar alguna prueba diagnóstica) De no ser así, se cambia según las necesidades, manteniéndolo siempre seco.

Ante la presencia de dolor o distemia se inspecciona la herida exhaustivamente, y si es preciso se toma muestra para cultivo.

En el apósito de la herida ponemos siempre la fecha de la cura y en los registros de enfermería su evolución.

### 5.4 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Tiene como objeto reducir el riesgo de infecciones respiratorias.

En las primeras horas se le enseña a toser y respirar de forma eficaz, sujetándole la herida. Posteriormente se le proporciona un incentivador y se le estimula para que realice los ejercicios cada 1-2 horas, progresivamente y sin fatigarse.

## 6 DIETA EN EL POSTOPERATORIO

Como norma general comenzamos con dieta líquida a las 12-24 horas, valorando tolerancia. Progresivamente se le va aumentando la dieta hasta que al 3º-4º día se le pasa a dieta normal con las restricciones que su situación clínica indique.

## 7 DEAMBULACIÓN

Con el objeto de prevenir los problemas circulatorios y facilitar la ventilación procuramos una movilización precoz.

En las primeras 24 horas animamos al paciente a hacer ejercicios con las extremidades inferiores y realizamos cambios posturales.

Salvo contraindicación se levanta a las 24-48 horas y empieza a caminar progresivamente según lo tolere.

## 8 INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Al ingreso para TR se le hace una valoración y se le entrega el manual de consejos para pacientes con TR.

Este manual consta de:

- Introducción.
- Concepto de IRC y recuperación de la misma mediante el injerto.
- Evolución del postoperatorio con o sin función inmediata.
- Complicaciones más frecuentes.
- Tratamiento inmunosupresor.
- Ingesta de líquidos.
- Diuresis.
- Recogida de orina de 24 horas.
- Recomendaciones al alta hospitalaria.
- Agradecimiento y despedida.

### 8.1 POSTRASPLANTE

La educación se ajusta según sea la evolución del paciente y su nivel cultural.

El método que usamos es la enseñanza individualizada a pie de cama.

- Si el paciente no orina por una necrosis tubular aguda, se le anima y se le explica que el injerto antes de funcionar tiene que recuperarse de las lesiones producidas en el proceso y que en unos días (1-4 semanas) empezarán a orinar.

- Si tiene rechazo agudo, se le informa de que tiene tratamiento y es una complicación habitual en el trasplante.

Prestamos en todo momento apoyo psicológico. Si detectamos que nuestra ayuda no es suficiente se lo comunicamos al resto del equipo por si requiere apoyo psicológico especializado.

- Si la evolución es buena, a las 48-72 horas de la intervención se inicia el programa educativo:

Se les explica todo el tratamiento haciendo hincapié en los inmunosupresores y sus efectos secundarios.

Se programa un mínimo de 6 autoadministraciones de ciclosporina. Se le explica: dosis, hora, forma de administrarse y necesidad de medir los niveles para ajustarla de forma individual.

En los días siguientes se le comunican todos los cambios, interrogándole con frecuencia sobre la dosis que tienen para que se habitúe y al alta no tenga ningún problema técnico en la medición.

Los pacientes con mayor dificultad de aprendizaje le proporcionamos un frasco de ciclosporina lleno de agua coloreada para que practiquen.

Antes del alta, se le explica la necesidad del autocontrol en su domicilio, vigilando los siguientes síntomas:

- Fiebre.
- Vómitos.
- Diarrea.
- Dolor en la zona del injerto.
- Edemas.

- Disminución de la diuresis.
- Fatiga.
- Hipertensión arterial, etc.

En caso de presentársele algunos de estos síntomas, insistimos en la conveniencia de ponerse en contacto con el Servicio de Nefrología habitual o la Unidad de TR.

## 8.2 EDUCACIÓN SANITARIA A PACIENTES CON DIABETES SECUNDARIA

Los pacientes que en el pos-trasplante se hacen diabéticos insulino-dependiente, son objeto de un programa educativo especial que incluye:

- Posibilidad de que el proceso sea autolimitado.
- Concepto de diabetes secundaria.
- Complicaciones agudas (Hipo-Hiper glucemia)
- Autocontrol.
- Técnica de administración de insulina:
  - a. Qué es la insulina.
  - b. Conservación.
  - c. Importancia de la autoadministración.
  - d. Zona de inyección (zona de preferencia, ángulo de incidencia, rotación, etc.)

## CONCLUSIONES

El papel de la enfermera en el postrasplante es muy variado.

1. Hace la valoración y diagnóstico de enfermería. Programa los objetivos y planifica las actividades.
2. Cuida al paciente según los protocolos establecidos en la Unidad.
3. Está atenta a cualquier complicación para detectarla de forma precoz.
4. Mantiene actualizados los registros de enfermería.
5. Colabora con el resto del equipo.
6. Considera la educación sanitaria como una medida de cuidados básicos.
7. Antes del alta hace la evaluación para comprobar si se han cumplido los objetivos y el paciente / familia son capaces de realizar los autocuidados.

El utilizar una metodología para valorar y detectar los problemas del paciente trasplantado debe convertirse en una norma de enfermería.

Las enfermeras deberíamos utilizar siempre un sistema de planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería que garantice la calidad a todos los pacientes.