

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TRASPLANTADO A LARGO PLAZO. EDUCACIÓN SANITARIA

Ana Rochera Gaya

LA ENFERMERÍA EN EL TRASPLANTE RENAL

Como miembros de un gran equipo multidisciplinario, las enfermeras de trasplante son indispensables para el éxito del trasplante de riñón. Las funciones que realizan tanto previo al trasplante, en el inmediato post-trasplante así como a largo plazo, van a quedar reflejadas en los resultados que se obtengan (1,2) El cuidado de enfermería no solamente van dirigido a al recuperación de la intervención quirúrgica o al cuidado del riñón trasplantado, sino al cuidado integral del paciente tanto físico como de apoyo psicológico haciendo hincapié en la educación sanitaria de éste. Estos cuidados se amplían así mismo con aquellos pacientes que por algún motivo han perdido su riñón trasplantado y tiene que volver a la diálisis.

Las enfermeras que están al cuidado de un paciente con trasplante renal, deben de conocer además de los cuidados de un enfermo intervenido quirúrgicamente, todos los cuidados de un enfermo renal en todos los estadios de su enfermedad, esto facilitará una mejor comprensión de cada enfermo en particular, así como la problemática que conlleva el cuidado del injerto renal, la diálisis que puede requerir en los primeros días post-trasplante, el conocimiento de la psicología del enfermo renal, etc.

La enfermera debe de ser conocedora de las dudas que el enfermo tiene acerca de su enfermedad, los miedos e inseguridades que vive, el apoyo que debe darle al paciente y a su familiar etc., esto hace que la enfermera de trasplante renal deba estar siempre al día en el conocimiento de la sintomatología del paciente, los protocolos de inmunosupresión, la situación clínica y la situación socio-laboral del paciente que está cuidando, la nutrición básica para cada momento de la evolución del injerto renal, etc.

CUIDADOS A LARGO PLAZO EN EL PACIENTE TRASPLANTADO

Una vez superada la fase del inmediato post-trasplante y estabilizada la función renal, situación que suele acontecer dentro de los 15 primeros días y no excepcionalmente dentro de la primera semana, el paciente pasa a depender de la consulta de trasplante. El seguimiento del trasplante y de todos los problemas derivados de él se llevan desde la consulta de trasplante renal, el nefrólogo y la enfermera atienden al paciente en cada revista, en caso necesario solicitan consulta a los distintos especialistas del Centro para el cuidado integral de paciente (3)

Educación Sanitaria

El proceso de enfermería establece actualmente que la educación del enfermo y de su familia, en lo que concierne a los problemas y mantenimiento de la salud, es también una responsabilidad fundamental del profesional de enfermería. La Educación Sanitaria es un componente integral de la enfermería. Atender únicamente a las necesidades físicas de los pacientes sin enseñarles a incrementar, mantener y recuperar la salud es hacer el trabajo a medias (4)

La enfermera que está al cargo de la consulta proporciona toda la información necesaria tanto al paciente, como a su familia, antes del alta hospitalaria. El paciente recibe un folleto informativo de consejos prácticos en el que se explica toda la sintomatología sugestiva del rechazo, razones de la medicación a tomar, dosis y frecuencia de la administración, efectos secundarios de la medicación inmunosupresora que tanto les afecta a los pacientes en los primeros meses post-trasplante, medidas higiénico-dietéticas, vida social, etc.

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES EN ESTE PERIODO:

1. MEDICACIÓN INMUNOSUPRESORA:

Ciclosporina:

La ciclosporina es un potente inmunosupresor que prolonga la vida del órgano trasplantado. Tiene algunos efectos secundarios como la nefrotoxicidad, temblor, hipertensión arterial, hipertrofia gingival, hirsutismo, etc.

Educación Sanitaria.

Es imprescindible enseñar al paciente la correcta administración de la ciclosporina, dosis y frecuencia, cómo combatir en lo posible la hipertrofia gingival, a identificar los temblores de las manos y la quemazón en la punta de los dedos; enseñar a la mujer a disimular el aumento del vello que tanto les afecta.

Corticoides:

Es un inmunosupresor. Los efectos secundarios más comunes son cushing, acné, cataratas, diabetes mellitus, curación inadecuada de heridas, sobrepeso, necrosis aséptica de cabeza de fémur (5)

Educación Sanitaria.

Debido a los corticoides hay un aumento del apetito, por lo que se le aconseja al enfermo a seguir una dieta con reducción de grasas e hidratos de carbono para prevenir un aumento excesivo de peso que además les perjudicará todo su esqueleto.

La enfermera les animará:

- A hacer ejercicios moderados diarios, paulatinamente puede ir haciendo bicicleta y en un para de meses hacer los ejercicios o deportes que prefiera. Es conveniente reintegrarse al trabajo siempre que sea posible, y desarrollar una vida social normal.
- A cuidar el acné, especialmente a los jóvenes.
- A los enfermos que desarrollan una diabetes dar a conocer los síntomas de hiperglucemia e hipoglucemia, hacerse controles de glucosa y a inyectarse insulina en caso que la precise.

2. RECHAZO:

El rechazo agudo es característico, aunque no exclusivo, del primer periodo del trasplante. El rechazo crónico es un deterioro lento y progresivo del funcionalismo del injerto, que se inicia de forma solapada y asintomática y que se acompaña de proteinuria importante, a veces con síndrome nefrótico e hipertensión (6)

Educación Sanitaria

El enfermo debe ser conocedor de la sintomatología sugestiva de rechazo y qué debe hacer cuando aparecen estos síntomas. En el caso del rechazo agudo, el enfermo puede detectar más fácilmente estos síntomas, no se les debe de engañar cuando éste aparezca y sí explicarles el tratamiento que se les va a administrar.

El rechazo crónico rara vez el enfermo llega a notarlo. Se les debe de explicar el motivo del deterioro de su función renal con claridad, darles esperanzas de cara a un segundo trasplante. Esto les reconforta. Si el paciente y su familia encuentran siempre una palabra de apoyo en el equipo se le hace más soportables estas complicaciones.

3. HIPERTENSIÓN:

La hipertensión constituye una complicación frecuente en pacientes portadores de un injerto renal. La hipertensión puede ser causa de morbilidad y mortalidad en estos pacientes, pudiendo condicionar así mismo el pronóstico funcional del injerto: la persistencia o la aparición de la hipertensión arterial después del trasplante renal representa un factor importante de riesgo de enfermedad arteriosclerótica (7)

Educación Sanitaria.

Entre las medidas encaminadas a prevenir la patología cardiovascular del paciente trasplantado destacan el control y tratamiento adecuado. La enfermera les enseña a tomarse la tensión arterial, anotarla, a identificar los efectos secundarios de la medicación y forma de actuar ante ellos, el control exhaustivo de la tensión arterial obliga al paciente a seguir unas normas higiénico-dietéticas encaminadas a su control y que incluyen, dieta hiposódica e hipocalórica, abandono del hábito del tabaco, evitar el stress, ejercicios moderados y toma de la medicación hipotensora prescrita por el médico. Apoyo psicológico y refuerzo de los hábitos, antes descritos, en cada visita.

4. INFECCIONES URINARIAS:

La infección urinaria es la más frecuente después del trasplante renal, en la mayoría de las veces son asintomáticas. Ésta guarda relación con la presencia de infecciones previas al trasplante, con la técnica quirúrgica, con las sondas vesicales y su manipulación, etc.

Educación Sanitaria

A los pacientes se les debe de enseñar la sintomatología de la infección urinaria, a identificar cuando es normal y cuando no la disminución del chorro de la orina. Es muy importante en la mujer, enseñarle la forma correcta de limpiarse después de ir al W.C., y a orinar después de tener relaciones sexuales.

5. ESTREÑIMIENTO:

El estreñimiento crónico que muchos pacientes han padecido durante los años de diálisis y la diverticulitis es el factor más frecuente en la perforación de colon.

Educación Sanitaria.

Enseñar al paciente a que intente hacer de vientre todos los días a la misma hora que acostumbra, a tomar alimentos que contengan fibra, pues éstos tienen un efecto beneficioso y protector contra un determinado grupo de enfermedades, conocidas como enfermedades de la civilización.

6. HIPERGLOBULINA:

La eritrocitosis postrasplante ha sido asociada a rechazo agudo, crónico, aumento de la eritropoyetina sérica a partir de los riñones propios o del riñón trasplantado (8)

Educación Sanitaria.

Prevenir el tromboembolismo, con antiagregantes plaquetarios y sangrías terapéuticas. Enseñar al paciente la sintomatología sugestiva de hiperglobulina y acudir al hospital para la realización de sangrías. A nuestros pacientes les administramos 100 mg de Aspirina, como antiagregante plaquetario, teofilina y/o enalapril.

7. ENFERMEDAD CORONARIA:

Entre otros muchos, los factores de riesgo más importantes en relación con la enfermedad cardiovascular degenerativa son la hipertensión, la elevación de los lípidos, el tabaquismo, la diabetes y la obesidad (8)

Educación Sanitaria.

Al enfermo hay que enseñarle las medidas higiénico-dietéticas para prevenir la enfermedad coronaria. Nosotros les aconsejamos a seguir la dieta mediterránea que es una alimentación variada, sin exceder las necesidades diarias que cada enfermo debe llevar en función de su edad, sexo y actividad física. Ejercicios moderados, evitar el tabaquismo y el estrés. Enseñar a identificar los dolores precordiales.

8. LESIONES CUTÁNEAS:

Las verrugas suelen aparecer en enfermos inmunosuprimidos, generalmente en manos. La pitiriasis versicolor es frecuente en estos pacientes.

Educación Sanitaria.

Enseñar al paciente las causas debidas a la aparición de las verrugas y las medidas sencillas para quemarlas. En el caso que tengan pitiriasis, las medidas higiénicas y farmacológicas para tratarlas y no transmitirles a sus familiares.

9. HEPATOPATÍA:

Existe una alta incidencia de hepatopatía entre los pacientes trasplantados. Las infecciones víricas y el efecto de la inmunosupresión y el alcohol son algunos de estos factores (9)

Educación Sanitaria.

Enseñar al paciente las medidas para prevenir la transmisión de las hepatitis si fuera portador de ella. Información correcta sobre el daño derivado de la medicación inmunosupresora y el alcohol.

10. EMBARAZO EN LA MUJER TRASPLANTADA:

Después del trasplante no es excepcional que la mujer recupere la fertilidad.

Educación Sanitaria.

El equipo de trasplante informará a las pacientes, las medidas para evitar el embarazo, al menos en los primeros 12 meses después del trasplante, así mismo los riesgos que puede correr si se queda embarazada (10) La importancia de comentarla al nefrólogo para un mejor seguimiento, en el caso de que la paciente quiera quedarse embarazada o su situación renal no aconseja que así lo hiciera.

11. CÁNCER:

La frecuencia de cáncer en receptores de trasplante, varía ampliamente, de un 2 a un 24% estas grandes variaciones vienen dadas por la contabilización de los cánceres de piel en zonas de riesgo. Cuando éstos son excluidos, la frecuencia de tumores malignos en trasplantados suponen de un 3 a un 7% (8)

La etiología es multifactorial, las más importantes.

- a) Alteración del sistema normal de inmunovigilancia.
- b) Uremia.
- c) Virus oncogénicos, tipos herpes, se cree que puede jugar un importante papel en su etiología.
- d) Acción neoplásica directa de las drogas inmunosupresoras.

Educación Sanitaria.

Enseñar al paciente que evite la exposición solar en zonas del alto riesgo como es la nuestra. Que no varíe la dosificación de la medicación inmunosupresora, que evite el tabaquismo. Que nos informe de la aparición de cualquier mancha o el cambio de color y tamaño de manchas o verrugas. Revisiones ginecológicas anuales en la mujer. Que nos informe de la aparición de cualquier bulto, etc.

En caso de que debido a un tumor maligno, se le tenga que retirar la inmunosupresión, explicarle con claridad la importancia de esta medida.

CALIDAD DE VIDA:

Aunque el trasplante renal proporciona al enfermo una rehabilitación muy superior a la que tenía en diálisis, no es menos cierto que no todos los enfermos que pudieran volver a su trabajo lo hagan, esto sabemos que está condicionado por el gran problema de paro en nuestro país, a que la mayoría de ellos están en situación de minusvalía con una pensión que les permite vivir y a que en algunos casos quieren volver a trabajar y a las empresas no les conviene. Sin embargo la mujer ama de casa tiene una rehabilitación casi completa porque no se ve condicionada a lo anteriormente descrito.

En los primeros meses, muchos pacientes refieren después de la euforia postrasplante, un cierto desánimo porque creían que el trasplante les iba a permitir una total libertad sobre todo en la alimentación. Tienen miedo a perder el bien conseguido, y muchos refieren que les sobra tiempo. El tener que llevar sus autocuidados les angustia, de forma que en los primeros meses son continuas las llamadas al hospital para preguntar cosas sin importancia, parece como si tuvieran miedo de cortar el cordón umbilical con el hospital.

Los enfermos que han estado muchos años en diálisis refieren dolores óseos debido a su osteoporosis.

Es imprescindible que el enfermo sea conocedor, previo al trasplante, de los beneficios y riesgos que este comporta para no crear falsas esperanzas de cara a un trasplante.

La mejora de calidad de vida ofrecida, en caso de éxito del trasplante es algo muy importante, a pesar de algunas complicaciones y de la dependencia terapéutica. Afortunadamente con el empleo cuidadoso de la medicación inmunosupresora, los resultados obtenidos son generalmente superiores a los conseguidos con la diálisis, especialmente en el grupo de los pacientes jóvenes. El fracaso del trasplante renal es compatible con reanudar el tratamiento con diálisis, a la espera de un nuevo trasplante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pallardó, L. La Enfermería en el Trasplante Renal. Introducción. Biseden III (1985) 13-14.
2. Hopper, S. Nursing Care of Transplant Recipients. Renal Transplantation. 117-126, 1980.
3. Ruse, L. A. The Importance Role for Nurses in the Outpatient Management of Renal Transplant Recipients. Proceedings of EDTNA-ERCA 1985, 280-287.
4. Manual de Educación Sanitaria al Paciente. Ediciones Doyma, 1989.
5. Danovitch, G., Wilkinson, A. Tratamiento inmunodepresor en el trasplante renal. Insuficiencia Renal, edic. Norma (851-885)
6. Alsina, J. El rechazo. Clínica, diagnóstico, histología y tratamiento. Insuficiencia Renal edic. Norma (888-908)
7. Rochera Gaya A. La Hipertensión en el Trasplante Renal Incidencia y sus causas. Comunicaciones al IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de ATAS de Nefrología 1984; 167-171.
8. Lauzurica R, Caralps A. Complicaciones extrarrenales del trasplante renal. Insuficiencia Renal edic. Norma (938-979)
9. Cruz JM. Evolución clínica después del trasplante renal. Insuficiencia Renal edic. Norma (864-885).
10. Davison J. M., Lind T., Uldall P.R. Br. J. Obstetric Gynecology 1976; 83: 518.