

Rol de la enfermera de Nefrología en la historia del trasplante renal

Ana Roquera Gaya

Enfermera de Nefrología. Consulta de Trasplante Renal.
Hospital Universitari La Fe, Valencia.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El primer trasplante renal realizado con éxito en USA fue en el Peter Bent Brigham Hospital de Boston en 1954 por los Dr. Merrill, Murray y Harrison entre hermanos univitelinos y, en Europa, en el Hospital Necker de París por el Prof. Hamburger.

Los posteriores trasplantes entre vivos no emparentados o procedentes de cadáver no tuvieron éxito, el rechazo del injerto aparecía inmediatamente, ya que no existía la medicación inmunosupresora.

A comienzos de los 60 empezaron a funcionar algunas unidades de trasplante en el mundo, se comenzó a experimentar con la irradiación completa del enfermo (1) con el fin de destruir la médula ósea y los linfocitos y evitar el rechazo; el trasplante se realizaba inmediatamente después de la irradiación.

La enfermería nefrológica de trasplante renal no se desarrolló tan rápidamente como la enfermería de diálisis, dado que el volumen de pacientes sometidos a la primera terapia era mucho menor y los conocimientos en los cuidados tardaron más en adquirirse.

LAS PIONERAS EN LA ENFERMERÍA DEL TRASPLANTE RENAL

Durante estos primeros comienzos del trasplante, estuvieron llenos de riesgo y complicaciones vitales. Las enfermeras que cuidaban a los receptores de un trasplante tuvieron la oportunidad de ayudar a los enfermos y sus familias con este aún incierto tratamiento, pues se consideraba experimental, poco aceptable y estaba visto con escepticismo debido a su novedad social. Ya en los comienzos de los 60 se empezaron a formar equipos de enfermeras de trasplantes; la elección de las mismas se hizo individualmente entre las mejores del hospital (2). Dorothy Shebelski, la pri-

mera enfermera jefe de una unidad de trasplante del Denver Veterans Administration Hospital en 1963, declaró:

"Yo vi el trasplante como un gran desafío. La enfermera jefe lo veía con ojos decepcionados y me decía que si no me gustaba que me volviera a la sala de cirugía de donde procedía, pero sin embargo preferí seguir adelante. Esto lo viví como algo emocionante". (3).

Como los primeros enfermos de diálisis, los primeros trasplantados renales eran como conejillos de india, eran pacientes que recibían radioterapia en todo el cuerpo y se les aislaba en una habitación "estéril" durante semanas después del trasplante con el fin de prevenir infecciones. (2-4).

En el Medical College de Virginia, Nancy Page trabajó con el Dr. David Hume desde 1960-63 y realizó los protocolos para cuidar a los pacientes que iban a la habitación estéril después de la radioterapia. Se construyeron cinco habitaciones para enfermos trasplantados o para aquellos que necesitaban de aislamiento total. Todo el personal que entraba en la habitación debía seguir estrictas medidas de asepsia con el fin de preservar al paciente de cualquier tipo de contagio. Nancy Page se había informado para realizar estos protocolos de las Enfermeras de los Cuerpos Nucleares de los Estados Unidos. Este material facilitó información acerca de las complicaciones de la exposición a las radiaciones.

Los protocolos se enfocaron casi exclusivamente en la preparación de la habitación para el receptor y en la del material que tenía que entrar en la habitación (5). Los protocolos ofrecían pocas normas para el personal que tenía que cuidar al paciente, probablemente porque este personal tenía poca oportunidad de desarrollar estos cuidados ya que sólo un número pequeño de pacientes fueron trasplantados entre 1960-63.

La medicación inmunosupresora fue administrada al paciente trasplantado por primera vez en 1962. (1). La efi-

cacia de la droga se complementaba con la radioterapia corporal, la esplenectomía y en la mejora en el tipaje de los tejidos y la preservación del órgano, lo que permitió a muchos hospitales comenzar con programas de trasplantes. Los conocimientos de la inmunosupresión estaban aún en sus comienzos y en muchos casos los resultados no fueron satisfactorios. Debido a las múltiples complicaciones o la necesidad de realizar un segundo trasplante los pacientes estaban hospitalizados durante meses. Muchos murieron a causa de dichas complicaciones.

DESAFÍO DE LA ENFERMERÍA DE TRASPLANTE

Cuidar del enfermo tanto de trasplante como de diálisis, obliga a la enfermera a aumentar sus conocimientos básicos sobre fisiología renal y otros específicos relativos a los cuidados en el postrasplante, (estos son similares al postoperatorio de cirugía mayor), los procedimientos de un trasplante, efectos de la inmunosupresión, fisiología y tratamiento del rechazo. Las primeras enfermeras tenían que aprender todo esto de los médicos y cirujanos (3,6).

El mayor desafío para las enfermeras de trasplante era cubrir las necesidades físicas y emocionales del paciente. Shebelski (1966) escribió: "Yo no puedo exagerar el número y variedad de problemas de conducta que encontramos en estos pacientes y sus familias, nosotros tuvimos que soportar el estrés que padecían por los grandes cambios que se estaban realizando en sus vidas. Después de aceptar la posibilidad de morir, cuando mejoraban, pasaban por la esperanza que les ofrecía el trasplante. Pero esta era una esperanza que pasaba por poner en un gran riesgo al donante vivo, y el receptor se enfrentaba con la necesidad de aceptar un regalo que no siempre se hacía con gran voluntad por parte del donante" (3).

Finalmente había un largo período de incertidumbre acerca del resultado, aún en las circunstancias más favorables, momentos de ansiedad y crisis emocionales, a pesar de poner todos los medios a nuestro alcance para prevenirlos. Por todo esto las enfermeras dedicaban mucho tiempo hablar y escuchar a sus enfermos:

Shebelski informó: "Uno de los primeros enfermos me preguntó si podía sentarme un rato hablar con él. Discutimos sobre muchísimas cosas. Cuando terminamos me di cuenta que era la primera vez que había hablado con tanta profundidad de problemas personales con un enfermo, y me sentí bien" (3).

Según Kay Andrews, supervisora de la Unidad de Trasplante del Medical College de Virginia en Richmond, la primera cuestión para la selección del personal era la habilidad de las enfermeras para relacionarse con los pacientes

"Cuidar las emociones de los pacientes fue probablemente el mayor desafío y la parte más difícil del cuidado". (6).

Los cambios dentro de la familia también producen estrés. Andrew y Shebelski (1986), señalaban que muchas familias se trasladaban a veces a gran distancia para estar junto con el paciente durante todo el trasplante. Tenían que trasladarse de domicilio y pasaban muchas horas en el hospital. Si el trasplante era procedente de donante vivo, había muchas veces tensión durante la selección del donante (7). Los problemas sociales, como cambios en el rol y los apuros económicos fueron bastantes comunes. (8).

Los psiquiatras eran a veces miembros del equipo, pero su responsabilidad se limitaba a valoración e intervención durante las crisis (6,9,10).

Esto significa que la enfermera era la primera persona que apoyaba al paciente y a su familia. En este rol, las enfermeras tenían una excelente relación con la familia. (6,11).

Cuando los pacientes se encontraban realmente mal o morían después del trasplante, o cuando la relación había sido muy intensa, el estrés afectaba profundamente a la enfermera, esto desaconsejaba que se involucrara tan intensamente con el paciente. Debido a la intensidad del estrés, las enfermeras consultaban con psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales o capellán para que les ayudaran a planificar la ayuda psicológica al paciente y poder enfrentarse a sus propias emociones (6,10,12).

LAS ENFERMERAS DE TRASPLANTE COMO EDUCADORAS

Al igual que las enfermeras de diálisis, las enfermeras de trasplante también comenzaron a ser las maestras de sus pacientes. La enseñanza de los receptores renales fue necesaria para educar al paciente en sus autocuidados antes del alta hospitalaria.

La enseñanza fue descrita como un aspecto de la comunicación: "Nosotras estamos muy abiertas a nuestros pacientes. Ellos deben saber tomarse la tensión arterial, la medicación y su dosis" (6). Para muchos, esta visión fue una experiencia nueva. No se habían establecido programas formales de enseñanza, sin embargo, el método era facilitar la información al paciente para que este pudiera utilizarla: se le informaba de los resultados de sus análisis, de la medicación que se le administraba y las advertencias que debían de conocer. Los miembros de la familia también entraban en esta información (6,10,12).

Cuando al enfermo se le daba de alta hospitalaria debía de ser independiente y conocedor de lo que le podía ocurrir acerca de su nueva situación gracias al esfuerzo de la enfermera (13). A través de la atención física, emocional, necesidades de aprendizaje, la enfermera fue capaz de ayudar

a sobrevivir al paciente de los problemas físicos y psíquicos derivados del trasplante.

LA ENFERMERÍA DE TRASPLANTE RENAL EN ESPAÑA

El primer trasplante renal en España se realizó en el Hospital Clinic de Barcelona en Abril de 1965. Por los Dr. Gil Vernet y Antoni Caralps.

Según me ha relatado Elisenda Piferrer, una de las primeras enfermeras de la Unidad de Trasplante Renal del Hospital Clinic de Barcelona, los médicos fueron los que seleccionaron a las enfermeras que debían cuidar a los enfermos y donantes entre las mejores del hospital.

Las medidas de asepsia eran extremas, porque los enfermos eran sometidos a grandes dosis de corticoides, irradiaciones y azatioprina. Las complicaciones que aún recuerda con mayor impacto eran las intensas hemorragias digestivas debidas a los corticoides.

El enfermo estaba aislado en una habitación con rayos ultravioleta y había una cámara estéril, en la que el personal que debía entrar se cambiaba completamente, pasando por encima de una alfombra empapada de arnil que servía de antiséptico. La enfermera llevaba una escafandra en la que sólo se le veían los ojos y calzaba unas botas de agua hasta la rodilla. La misma enfermera era la que limpiaba la habitación, suelo y paredes. Al enfermo se le esterilizaba hasta la comida y cualquier objeto que entraba en la habitación, ropa de cama estéril, el aire acondicionado era renovable.

Las curas las hacía el mismo urólogo, mientras que la enfermera se limitaba a administrar la medicación, aplicar cuidados generales y realizar la diálisis peritoneal intermitente (no existía aún la hemodiálisis en el hospital). Esto hacía que las infecciones por peritonitis comprometieran mucho la vida del enfermo.

El estado físico y psíquico del enfermo era muy delicado y la estancia hospitalaria para aquellos enfermos que lograban sobrevivir, era larguísima y muy dolorosa.

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE TRASPLANTADO

La mayoría de las unidades de trasplante renal en España, comenzaron a funcionar a finales de los 70 y primeros de los 80. Las enfermeras nos habíamos formado la mayoría en las unidades cuidados intensivos y con lo que nuestros compañeros médicos nos habían enseñado.

Un punto de arranque básico para la formación de los profesionales fue la SEDEN, gracias a ella la enfermería de

trasplante renal en España pudimos reunirnos anualmente en intercambiar conocimientos. Las primeras comunicaciones sobre trasplante se presentaron en San Sebastián en 1977, las autoras eran el grupo de enfermeras del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander que presentaron "Puesta en marcha de una unidad de trasplante" (14) y del Hospital Clinic de Barcelona varios trabajos, entre los que cabe destacar "Montaje y mantenimiento de una cámara estéril para pacientes recién sometidos a trasplante renal" (15).

La evolución de los cuidados al enfermo trasplantado se ha orientado hacia un enfoque holístico: La enfermera es responsable del cuidado integral del paciente durante todo el período de hospitalización. Los cuidados de enfermería asumen la responsabilidad de toda la gama de funciones, incluyendo la educación, consultas externas, cuidados exhaustivos y continuos, planificación y valoración de los cuidados y preparación del alta.

Esto se ha reflejado en las comunicaciones presentadas en los congresos donde en este nuevo enfoque holístico, tanto en el pre como en el postoperatorio a corto y a largo plazo, se ha ido viendo la evolución progresiva y bien orientada que la enfermería de trasplante ha llevado. La investigación que en la actualidad se realiza se ha hecho cada vez más importante conforme la enfermería de trasplante sigue avanzando, ya que ha demostrado ser un mecanismo generador de nuevos conocimientos que tienen como resultado el asentamiento de la calidad de los cuidados enfermeros. Además al reconocerse la investigación de enfermería como un método eficaz para el recorte de los costes, también ha ido adquiriendo mayor aceptación entre los gestores y la dirección.

EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL

La educación sanitaria del paciente no ha sido siempre una prioridad para los profesionales de la salud. Afortunadamente de forma gradual, la filosofía en relación con el derecho a saber del paciente ha cambiado. 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 docencia que realiza la enfermera de trasplantes va a quedar reflejada en el nivel de autocuidados que el enfermo realiza; el tiempo que la enfermera permanece con el paciente y la familia, ya sea en la sala de hospitalización o en la consulta ambulatoria, hace de ella el profesional de la salud que dispone de mayor número de oportunidades para compartir sus conocimientos con las personas que atiende, en definitiva para mejorar los comportamientos del enfermo

frente a los problemas de salud. No hay que olvidar que a través de la información se incrementan los conocimientos, y con el aprendizaje se va más allá: se modifican conductas. La experimentación y comprensión de los conocimientos adquiridos permite tomar decisiones beneficiosas para la salud, siempre que aquellos y las experiencias hayan sido adecuados a las necesidades reales del individuo o familia (16).

CALIDAD DE VIDA

La mejora en la 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. No obstante, el fracaso del trasplante renal es compatible con reanudar el tratamiento con diálisis, a la espera de un nuevo trasplante renal.

LA ESENCIA DE LA ENFERMERA

La verdadera esencia de la enfermera, como de cualquiera de las bellas artes, no reside en los detalles mecánicos de la ejecución, ni siquiera en la destreza del ejecutor, sino en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que subyacen a estas técnicas y habilidades. Sin ellos, la enfermería puede convertirse en un oficio de gran destreza, pero no puede ser una profesión ni una de las bellas artes. Todos los rituales y ceremonias que nuestro culto moderno a la eficiencia pueden imaginar, y todo nuestro elaborado equipo científico, no nos salvarán si los elementos intelectuales y espirituales de nuestro arte quedan subordinados a lo mecánico y a los medios que llegan a considerarse más importantes que la finalidad (17).

BIBLIOGRAFÍA

1. Murray, JE., Tilney, NL., Wilson, RE. (1976). Renal transplantation: A twenty-five years experience. *Annals of Surgery*, 184, 565-573.
2. Harris, S, Dossetor, J.(1959). Renal transplant-nursing care. *Canadian Nurse*, 55, 508-512.
3. Shebelski, DI (1986 April 14), In A history of nephrology nursing (interview). Unpublished manuscript. Pitman, NJ: American Nephrology Nurses' Association.
4. Moore, Fd, (1964). Give and take: The development of tissue transplantation. Philadelphia: W.B. Saunders.
5. Medical College of Virginia. (1962). Procedure manual for sterile room. Richmon: Medical College of Virginia.
6. Andrews, K (1986, April 8). In A history of nephrology nursing (interview). Unpublished manuscript. Pitman, NJ: American Nephrology Nurses Association.
7. Samartino, E, Preston, B. (1967). Patients with kidney trasplant. In Bergersen, BS, Anderson, EH, Duffey, J, Lohr, M, Rose, MH. (Eds). *Current concepts in clinical nursing* (pp.16-26). St. Lous: CV. Mosby.
8. MacDonald, J. (1967). Nursing care in renal transplantation. *Canadian Nurse* 63 (10), 35-39.
9. Fox, RC, Swazey, JP, Cameron, EM (1984). Social and ethical problems in the treatment of end-stage renal disease patients. In RG Narins (De.). *Controversies in nephrology and hypertension* (pp. 45-70). New York: Churchill Livingstone.
10. Shebelski, DI (1966). Nursing patients who have renal homotransplants *American Journal of Nursing*, 66, 2425-2428.
11. Nesbitt, L. (1967). Nursing the patient on long-term hemodialysis. *Canadian Nurse*, 63 (10), 40-41.
12. Bois, MS, Barfield, NB, Taylor, CE, Ross, CD. (1968). Nursing care of patients having kidney transplants. *American Journal of Nursing*, 66, 1238-1247.
13. Stevens, SA. (1969). The rol of the nurse on the renal transplant unit. In A dialysis symposium for nurses (pp.41-46). Washigton, DC: Department of Healh, Educación, and Welfare.
14. M.S., L.L., F.S., A.C., M.G., A.L., L.F., J.R., J.V., P.G., R.A. Puesta en marcha de una unidad de trasplante. II Reunión de la Sociedad Española de ATS de Nefrología, pág. 32; 1977.
15. Piferrer, E. Montaje y mantenimiento de una cámara estéril para pacientes recién sometidos a trasplante renal. II Reunión de la Sociedad Española de ATS de Nefrología, pág. 34; 1977.
16. Manual de Educación Sanitaria del Paciente. Ediciones Doyma S.A. 1989.
17. Stewart IM. The science and art of nursing, editorial. *Nursing Education Bulletin*, 1929; 2:1.