

# Mesa redonda: Trasplante renal

## Funciones del coordinador del trasplante

El motivo de este trabajo es dar a conocer un miembro clave dentro del equipo de trasplante que ya existe en muchos Hospitales Europeos, así como en los Estados Unidos, que es el coordinador de Trasplante (CT) y que no existe como tal en nuestro medio.

Acerca de esta figura podemos hacernos las siguientes preguntas:

- A) ¿Es necesaria?
- B) ¿Qué debe hacer?
- C) ¿Quién debe ser?

A) ¿Es necesaria? En el campo del trasplante hay dos datos que no concuerdan: un incremento de pacientes en la lista de espera y un número insuficiente de órganos para trasplantar; para que esta desproporción sea cada vez menor tenemos que conseguir mayor número de donaciones de órganos, y esta es la misión primordial del CT, puesto que a estas alturas parece ya indiscutible que la falta de trasplantes no se puede atribuir a la falta de órganos sino a la falta de selección de donantes y obtención de consentimientos para conseguir los órganos. Otra causa por la que es necesaria el CT, es debido a que el trasplante involucra varios equipos, Nefrólogos, Urólogos, Electroencefalografistas, Laboratorio de Tipajes, etc., esto obliga que exista una persona para que coordine toda la complejidad de estas relaciones, así como las que surjan con los familiares del donante. El CT es la persona a la que todos estos equipos se van a dirigir para organizar la nefrectomía a la mejor hora posible para

todos, el Laboratorio de tipaje va a recibir por medio de ella las muestras de tipaje, va a ser la persona encargada de comunicar al nefrólogo la situación del donante, etc.

El CT va a estar en relación con la familia del donante para aconsejarles y evitarles cualquier problema burocrático a causa de la donación.

Se ha demostrado que con la inclusión de un CT en el equipo de trasplante, se ha incrementado de una forma notoria la disponibilidad de órganos para trasplantar (1-2-3-4-5-6-7-8), y esto justifica su existencia.

B) ¿Qué debe hacer? La principal misión del CT es incrementar el número de donaciones de órganos para trasplantar.

El trabajo que debe de desempeñar el CT se puede dividir en varias áreas:

1°.- Obtención de donantes vivos y de cadáver para trasplantar.

2°.- Conservación de órganos.

3°.- Información a pacientes receptores.

4°.- Seguimiento de los pacientes ingresados y ambulatorios.

5°.- Rellenar los protocolos de trasplante.

6°.- Recolección de datos y actividades de investigación.

7°.- Información a los profesionales.

8°.- Información al público en general (9).

1°.- El mayor esfuerzo del CT lo constituye la obtención de los órganos y todas las actividades inherentes a ella. Si esta se realiza en otro Hospital es trabajo del coordinador conseguir toda la información posible para transmitirla al nefrólogo en-

cargado del trasplante. Si esta se realiza en la Unidad de trasplante se entrevistará con la familia del donante, si es posible conjuntamente con el médico encargado del paciente y él como miembro representativo del equipo de trasplante, el médico encargado del paciente informará del estado irreversible y de la gravedad de este y el CT solicitará la donación de los órganos e informará sobre la finalidad que estos van a tener, se harán todos los esfuerzos necesarios en el sentido de aclarar cualquier punto que esté dudoso.

Aunque la legislación dice que la solicitud la hará el médico encargado del paciente, sin embargo sabemos por experiencia que en muchos casos si no lo hiciera el Nefrólogo muchas donaciones no se hubieran conseguido, pues este es el que mejor puede transmitir a los familiares del donante la necesidad de trasplantar para poder dar una mejor calidad de vida a los receptores.

El CT será:

A) El primer punto de contacto cuando haya un donante potencial.

B) Asistirá al cuidado del donante en caso necesario.

C) Informará a todos los miembros del equipo del posible trasplante.

D) Organizará la Nefrectomía.

E) Contactará con otros Hospitales en el caso de enviar órganos.

F) Asistirá a la extracción.

G) Supervisará el envío de los órganos y de las muestras de tipaje.

El CT será:

A) El primer punto de contacto cuando haya un donante po-

tencial además del intermedio de todos los miembros del equipo, tiene que ser la persona fácil de localizar tanto cuando la alarma surja dentro del Hospital o cuando surja en un Hospital comarcal, para ello es importante informar a los Hospitales proveedores la forma más fácil de comunicarse con él.

B) Asistirá al cuidado del donante en caso necesario, es importante que aunque la responsabilidad asistencial no recaiga directamente en él siga constantemente la evolución del paciente para informar al médico de cualquier eventualidad; igualmente importante es recoger estos datos para posteriores estudios:

- 1.- Nombre, edad y sexo.
- 2.- Hospital de procedencia.
- 3.- Nombre del médico que ha asistido al paciente.
- 4.- Fecha de ingreso y diagnóstico.
- 5.- Temperatura.
- 6.- Tiempo de ventilación asistida.
- 7.- Tensión arterial y períodos de hipo e hipertensión arterial.
- 8.- Diuresis en 24 horas y de la última hora.
- 9.- Períodos de Oligoanuria y anuria.
- 10.- Presencia de proteinuria.
- 11.- Resultados de la Cr y urea.
- 12.- Presencia de infección o zona infectada.
- 13.- Medicación que ha llevado y última sedación.
- 14.- Accidente abdominal o cirugía reciente.
- 15.- Episodios de parada cardíaca o hipoxia.
- 16.- Hora en que se ha confirmado la muerte cerebral.
- 17.- Enfermedades pasadas y en particular si ha padecido alguna de estas:
  - a) Enfermedad renal.
  - b) Hipertensión.
  - c) Diabetes.
  - d) Tumores malignos excepto el cerebral (3).

Es decir toda aquella información útil para la selección adecuada de los donantes con el fin de descartar la presencia de enfermedad o complicaciones

que pueda constituir contraindicación para el trasplante.

C) El CT organizará la Nefrectomía si se realiza en el Hospital al que pertenece; si esta se realizara en otro Hospital sólo acudirán en caso de que sea requerido, los profesionales del centro serán los encargados de solicitar la donación de los órganos y de la obtención de estos.

D) Informará al Nefrólogo, cirujanos, personal de la Unidad, quirófano, laboratorio de tipajes del posible trasplante en el momento que surja la alarma, ello les facilitará el trabajo, el tiempo tiene un valor incalculable en esos momentos.

E) Contactará con otros Hospitales en el caso de que los órganos no se vayan a implantar en la Unidad, si esta pertenece a una organización nacional e internacional se contactará directamente con ella y esta será la que decida a que Centro tendrá que remitirse.

F) Asistirá a la extracción en la que colaborará en el mantenimiento óptimo del donante durante la nefrectomía, vigilando constantemente las perfusiones, T.A. y diuresis.

Será el responsable de todo el material, medicación y soluciones que se vayan a usar en la perfusión y en la que colaborará en caso de que sea necesario.

Recogerá y rellenará todos los datos del donante así como todas las incidencias de la Nefrectomía, tiempo de isquemias, períodos de hipotensión, oliguria, anuria, etc., que puedan ser útiles para una adecuada interpretación de posibles alteraciones funcionales tras su implante.

Supervisará que las muestras de sangre, bazo y ganglio lleguen en las mejores condiciones y con la mayor rapidez al Laboratorio de tipaje, así como otras pruebas que se solicite.

Una vez conocido el tipaje, conjuntamente con el Nefrólogo, elegirán al receptor más apropiado. Si el receptor va a ser trasplantado en el mismo centro se le localizará y prepa-

rá el ingreso en el hospital, procediendo a la extracción de las muestras de sangre para el cross-Match y cualquier otra analítica necesaria.

Avisará al Anestesiista y cirujanos de quien va a ser el receptor.

G) En caso de que no se vayan a trasplantar en la Unidad, supervisará el envío de los órganos y de las muestras de tipajes, vigilará el embalaje y organizará el transporte con el medio más rápido y seguro adjuntado los protocolos de la extracción, perfusión características anatómicas y tiempos de isquemia. La honestidad en la información es una cualidad que el CT tiene que poseer.

Una vez se ha terminado con la obtención de los órganos, agradece al personal de la UCI su colaboración, esto les estimulará a cuidar futuros donantes. De igual manera agradecerá la donación a la familia, lo cual les reconfortará.

3°.- Información a los receptores.-El CT conocerá a los pacientes que están en la lista de espera en su centro a las que habrá informado acerca de la realidad del trasplante con el fin de evitar la ansiedad frente a lo desconocido.

4°.- Otra de las muchas actividades del CT es el seguimiento de los pacientes trasplantados, la recolección de todas las pruebas es de vital importancia dentro de la Unidad de trasplante, los resultados de laboratorio deben de ser vistos por el CT y anotar cualquier anomalía en estas, para enseñarlas al médico (10).

En el caso de que la Unidad tenga ordenador, el CT introducirá todos los datos tanto de los donantes como de los receptores. (11).

5°.- Los protocolos que se usan en el trasplante, tanto de los donantes como de los receptores son de gran interés para posteriores estudios o revisiones, es misión del CT mantenerlos completos y ordenados.

6°.- Colaborará en el envío regular de información a la EDTA

para que se provea de unos datos correctos que van a ser motivo de estudio.

7°.- Programas de educación están básicamente enfocados a los profesionales para dar a conocer las necesidades de las donaciones, cuales son los donantes potenciales y haciendo énfasis en la considerable mejoría de la calidad de vida que va a tener los receptores.

El contenido del programa es:

- 1) Explicación del trabajo en las unidades de diálisis y trasplante.
- 2) Tipo y número de pacientes en lista de espera.
- 3) Selección de los donantes.
- 4) Criterios de muerte cerebral.
- 5) Cuidado del donante.
- 6) Técnica de la obtención de órganos.
- 7) Técnica de trasplante.
- 8) Resultados del trasplante.

Este programa se llevará a cabo en los Servicios de C. Intensivos, Urgencias, Quirófano, Unidades Neuroquirúrgicas, es decir donde pueda existir un donante; es muy interesante organizar mesas redondas, reuniones tanto en el Centro de trasplante como en los hospitales regionales que puedan proveer a la Unidad.

8°.- El CT colaborará en las campañas de divulgación para sensibilizar al público hacia la donación de órganos.

C) ¿Quién debe ser?

El CT ideal debe reunir ciertas características para poder desempeñar bien su trabajo.

1. Motivación y entusiasmo.
2. Conocimientos básicos de medicina general.
3. Conocer aspectos médicos y legales de la donación de órganos.
4. Experiencia con pacientes de Cuidados Intensivos.
5. Experiencia en las técnicas de quirófano.
6. Experiencia en Hemodiálisis.
7. Saber solicitar la donación a la familia.
8. Disponibilidad para el cargo.
9. Habilidad para la enseñanza y relaciones públicas (2-12).

La motivación y el entusiasmo debe ser inato en este miembro, dado que el trasplante es "una carrera de obstáculos" a causa de los problemas de tipo médico y de relación que pueden surgir con las familias o con los diferentes miembros del equipo.

Los conocimientos médicos y/o de enfermería son muy importantes para poder evaluar en todo momento la evolución del posible donante.

Es imprescindible conocer la legislación del país con respecto a la donación de órganos.

La experiencia con pacientes de alto riesgo y con patología renal es imprescindible, en muchos casos tiene que colaborar en quirófano en la perfusión de los riñones o en dializar a un paciente receptor en caso necesario.

Idealmente el CT debe trabajar con gran dedicación, el servicio debe estar cubierto en todo momento, por lo que tendrá que ser atendido por más de una persona (3-4).

Igualmente, con el fin de aprovechar el máximo de riñones debería estar en contacto con los hospitales locales y regionales, unidades de C.I. Servicio de Urgencias, Quirófano, Unidades Neuroquirúrgicas del área geográfica correspondiente, puesto que ellos pueden ser proveedores de órganos al Centro de trasplante.

¿Quiénes son los CT en Europa y Estados Unidos? Esto depende de cada país así:

En el Reino Unido la mayoría son enfermeras, le sigue en número técnicos y médicos.

En Holanda son técnicos y enfermeras. En Alemania predominan los administradores.

En Francia sólo pueden ser Anestesiólogos debido a una Ley del Ministerio de Salud. En Estados Unidos son enfermeras, técnicos y médicos.

Como ven no hay criterio específico de quien debe ser, pero todo apunta a intentar buscar la persona apropiada y más preparada en cada lugar según la idiosincrasia de cada equipo (13).

A la pregunta ¿Quién es el mejor tipo de persona para ser CT? El Profesor Colme contestó con una frase de Mao-Tse-Thung, "en el campo hay muchos lugares para las flores y muchas formas diferentes de florecer" (14).

La enfermería española tiene conocimientos con pacientes en C.I. Quirófanos, etc., y si además esta especializada en Nefrología puede aportar su experiencia con los pacientes con patología renal y si también conoce el paciente en su medio familiar será muy beneficioso para desarrollar el papel de CT; aunque la enfermera tiene unas limitaciones que no tiene el médico como es la puesta de tratamientos médicos.

La disponibilidad de la enfermera es mayor que la del médico ya que este tiene otras obligaciones médicas a las que debe acudir.

Por todo lo dicho anteriormente, creo que la A.T.S. es la persona indicada para llevar a cabo este papel de coordinador de trasplante dentro del equipo.

**ANA ROCHERA GAYA**  
Servicio Nefrología C.S.  
"LA FE" VALENCIA

## Bibliografía

- 1.- Jim Colbert. Who should be a transplant co-ordinator? - Workshop Proceedings transplant co-ordinator 1981. (9-10).
- 2.- Celia Wight. How to obtain Permission and relatives attitudes. Proceedings of EDTNA 1982. (96-99).
- 3.- Sally M. Taber. The standard delineated. Role of the transplant co-ordinator. Workshop. Proceedings transplant co-ordinator 1981. (11-22).
- 4.- B. Cohen the Eurotransplant Wiew. What is the ideal transplant co-ordinator? Proceedings of EDNTA 1982 (120-123).
- 5.- Celia Wight. Role of transplant co-ordinator. Job description. Addembrokes Hospital Cambridge.
- 6.- Henri Kreis. Why an Anaesthetist as a transplant co-ordinator?

The French View. Proceeding of EDTNA 1981 (101-105).

7.- R. Y Plaeg. The Dutch View on transplant co-ordinator. Proceeding of EDTNA 106-112.

8.- G.D. Kreemer, R.A.M. Meyer Vogt, M.J.H. Slooff. The inhanding influence of a transplant co-ordinator on the results of organ Procurement. Proceeding of EDTNA (116-119).

9.- Nancy O.Tolboe. The Role of Transplant co-ordinator. A. Newly Emerging Professional. Renal transplantation. S.N. Chatterjee 1980 (43-57).

10.- John Salaman. Transplant Surgeon Cardiff. Royal Infirmary-Discussion in Workshop Proceedings Transplant co-ordinator (58).

11.- Kathleen A. Price. Date collection. Workshop. Proceeding Transplant co-ordinator (35-41).

12.- Susan Hooper. The transplant co-ordinator. Need for Role definition. Proceedings of EDTNA 1982 (92-95).

13.- Christl Schulz. Why an administrative Assistant as a transplant co-ordinator. Proceeding of EDTNA 1982 (113-115).

14.- R. Y Calne Summany of Workshop Proceedings transplant co-ordinator 1981 (56-57).

## **Problemática del Enfermo Crónico Su perspectiva desde Enfermería**

Se considera a un paciente como crónico, cuando su dependencia de un Centro Hospitalario o del personal médico va a ser de por vida, que ésta puede continuar con mejor o peor calidad pero que siempre dependerá de un tratamiento médico para su supervivencia.

La persona que en un momento de su vida se encuentra frente a una enfermedad crónica, se desmorona, tanto física que ya lo está como moralmente, automarginándose y buscando refugio sobre todo en su familia y también en el per-

sonal médico y de enfermería del que a partir de ese momento dependerá su vida.

Comienza para él una disminución física que se manifestará en sus relaciones laborales, sociales, afectivas, etc., pero sobre todo comienza un peregrinaje dentro de un mundo que no conoce y que de antemano ya le agrede con su propia enfermedad.

El miedo a perder la vida o por lo menos a no poder disfrutarla como desearía le produce una angustia, que a veces es más agresiva que la propia enfermedad, los primeros pasos dentro de la ENFERMEDAD CRONICA son quizás los más traumatizantes, no tan solo por el miedo al dolor físico, sino por el miedo al mundo desconocido donde se adentra, el mundo de la Medicina se muestra como algo herméticamente cerrado para el profano, un mundo al que siente que no tiene acceso pero del que dependerá su vida para siempre.

El paciente renal terminal a estas circunstancias tiene que añadir su dependencia de la MAQUINA, de la que lo desconoce todo, pero sin la que su vida es imposible, ya que su Ciclo Vital Natural ha terminado, y a partir de ese determinado momento comienza para él una nueva vida mantenida artificialmente por una máquina, unos medicamentos, un equipo médico, etc., etc.

La Enfermera de Nefrología frente a la problemática del P.R.T. tiene que tener claro que su objetivo no es prolongar una vida precaria sino que es "ALCANZAR EL MAYOR GRADO DE CALIDAD DE VIDA PARA EL P.R.C." y que esta calidad de vida está sustentada en las tres vertientes del ser humano, Biológico, Psicológico y Social. Cualquier problema que tenga en una de las vertientes influirá en las demás.

Sabemos que los problemas del P.R.C. son grandes y graves, y que la mayoría de ellos no tienen soluciones efectivas y menos que estas soluciones están

en manos del equipo de Enfermería, pero que la actitud de la enferma es vital en la ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD por parte del paciente y todo lo que esto lleva de positivo para él.

La labor profesional del Equipo de Enfermería de una Unidad de Diálisis no es muy diferente de cualquier otro equipo de Unidades como Cardiología, Endocrinología, Rehabilitación, etc., etc., ya que las demandas de los pacientes crónicos son similares, aunque la sofisticación del tratamiento de los pacientes renales no los haga ver como más dificultoso.

Me gustaría, al entrar a analizar la problemática del paciente renal no llamar problema a algo que en realidad son NECESIDADES, y que Enfermería desde hace ya bastantes años, tiene un Método Científico de Trabajo a través del cual puede "diagnosticar estas necesidades".

Las necesidades psicológicas, en otra fase psiquiátricas, y sociales ya han sido descritas.

Yo me referiré a las necesidades Biológicas principalmente, pero relacionadas en todo momento con las psicológicas y sociales.

Siguiendo el ciclo de la mayoría de nuestros pacientes vemos que la primera NECESIDAD es la:

**INFORMACION.**- Todos sabemos que ante la situación agresiva de la vida la aceptación es más fácil con información que sin ella, pero información basada en la personalidad del paciente, adecuada a su nivel intelectual. Como enfermeras debemos luchar para que todo paciente que llegue a nuestra Unidad tenga un período previo, si es posible, durante el cual se le vaya informando y "formando" sobre su nueva forma de vida, sobre que es la Diálisis, que es un Riñón Artificial, que es, y para que sirve un Acceso Vascular, que es un Transplante, etc., etc. Pero esto con la labor de Equipo, entre médicos, enfermeras, psicólogos o psiquiatras (si los hay), asistente social, etc.

Sobre el tema de la necesidad de información, os diré que en mi Centro el documento básico para el trabajo del Equipo de Enfermería, es la HISTORIA DE ENFERMERIA, basada en los postulados del Autocuidado de D.Orem, al llegar al apartado de necesidades personales, el 98% de los pacientes pusieron en primer lugar la INFORMACION, de la que carecieron en todo el proceso de su enfermedad, no sólo sobre su propia situación física, sino todo lo que rodea a su tratamiento, evolución, etc.

Pero al mismo tiempo manifestaron la necesidad de que esta información sea positiva, no en el sentido de contarles lo maravilloso que puede ser, si no que sea una información práctica, no son necesarias grandes disertaciones sobre cifras analíticas, anatomía o fisiología, sino una información relacionada con la ATENCION PRIMARIA DE ENFERMERIA en el paciente renal: alimentación, higiene, cuidados del acceso vascular, riesgos del acumulo de líquidos y, sobre todo, como evitar los riesgos propios de su enfermedad, en otras palabras "formarles" en su nueva forma de vida sin provocar angustias ni miedos con informaciones atemorizantes.

En general con este tipo de información los pacientes van adquiriendo la responsabilidad en su propio Autocuidado, apoyándose en la labor profesional de su enfermera sin interponerse en el Rol que ésta desempeña en el equipo y aumentando su confianza con el paso del tiempo.

Como resumen creo que las enfermeras debemos informar para ayudar no para crear más dudas ni angustias, valorando siempre su tendencia a estar pendientes de su dolencia.

Ni la medicina, ni nosotros, ni los médicos como omnipotentes, el paciente esto lo sabe y el que nosotros lo reconozcamos ante él, le tranquiliza y aumenta su confianza en el tratamiento y en las personas que se lo damos.

Quizás debamos hacernos una reflexión sobre esta actitud nuestra de no informar a la persona que de alguna manera depende de nosotros, por qué ese recelo por nuestra parte?

En el editorial de la revista "Riñón" del mes de Abril pasado, los mismos pacientes nos decían: "La responsabilidad por nuestra salud ha de ser recuperada y resumida por cada uno de nosotros, y al ser recuperada necesitamos Información, conocimientos y apoyo por parte de los profesionales implicados".

**ACEPTACION DEL TRATAMIENTO.-** Tratamiento del que no sólo hay que considerar la parte puramente medicamentosa, sino la base del mismo: la Hemodiálisis o la Diálisis Peritoneal, con todo lo que le rodea:

A.- Accesos Vasculares - cuidados, dolor, infecciones, estética, etc.

B.- Ingesta de Líquidos - transgresiones interdiálisis, hipertensión, edema agudo de pulmón, etc.

C.- Afecciones Intradiálisis - mareos, calambres, vómitos, dolor, sangrado, etc.

D.- Riesgos Intradiálisis - rotura de coil, síndrome de desequilibrio, entrada de aire, fallos mecánicos, fallos técnicos, humanos, etc.

E.- Medicación y Dieta - limitación en el ejercicio físico, etc.

Esto dentro de los aspectos Biológicos que van íntimamente unidos a los aspectos Psicológicos:

A.- Dependencia - en cuanto a la Máquina y en cuanto a la Enfermera.

B.- Angustia, Miedo y Temor - ante la Máquina.

C.- Agradecimiento a la Máquina - que le permite seguir viviendo.

D.- Astenia - ese cansancio físico del que nos hablan nuestros pacientes y que teóricamente no está relacionado con sus "cifras".

E.- Disminución o desaparición de la libido, la mayoría de las veces desligada del estado físico, etc.

¿Qué papel desempeña la Enfermera en esta Aceptación positiva del Tratamiento?

Durante los años que llevo en contacto con Pacientes Renales Crónicos, se me ha demostrado que si la labor del Equipo de Enfermería va orientada hacia la consecución por parte del paciente del mayor grado de Autocuidado posible, la Aceptación es positiva, pero si se trata al paciente como a un niño desvalido, tanto la dependencia como el rechazo son cada vez mayores.

La evidencia de la necesidad de los Autocuidados es manifiesta en la persona, más clara cuando la persona enferma, e imprescindible en los Pacientes Renales Crónicos.

La diálisis domiciliaria, tanto la Peritoneal como Hemodiálisis son un ejemplo claro de Autocuidados, que el paciente no alcanzará sin la colaboración de Enfermería.

No se trata de delegar responsabilidades del profesional de enfermería en el propio paciente, de formar para que ellos hagan "tareas" que nos conciernen a nosotros, la teoría del Autocuidado se basa en el respeto y conocimiento de la persona en todas las vertientes del ser humano y en la ayuda que la enfermera debe prestar para que la persona, sana o enferma, alcance el más alto grado de Calidad de Vida.

**COMUNICACION PACIENTE-ENFERMERA.-** Cuando les hemos preguntado a los pacientes de forma directa o indirecta, que necesidades tenían en su relación con nosotros, pronto ha surgido el eterno conflicto entre las personas: **DIFICULTAD EN LA COMUNICACION.**

Para un estudio sobre la personalidad de la Enfermera de Diálisis, se realizó una encuesta entre los pacientes y en el apartado de características necesarias en la enfermera respondieron el 95% de ellos, que la Profesionalidad y la Humanidad eran imprescindibles, y sólo el 60% de ellos opina que a la enfermera le interesan sus problemas personales.



En el mismo estudio se propuso a la enfermera que definiera al paciente renal crónico con tres calificativos libres, los más frecuentes fueron: **DEPRESIVO, ANGUSTIADO, DESCONFIADO, AGRESIVO y TRISTE.**

¿Cómo lograr una relación positiva entre estos grupos de personas?

Desde luego con el interés personal, la afectividad y la simpatía, la buena voluntad no es suficiente, y personalmente creo que no debe serlo, la necesidad de una buena formación teórica es manifiesta, no solo durante la Carrera y la Especialidad, sino como un apartado más de la Formación Continua.

Raquel Buisan Pelay  
A.T.S. de Nefrología

## Bibliografía

- OREM, DOROTHEA E. - Normas prácticas de enfermería. Ediciones Pirámide - 1983 Madrid.
- POLETTI, ROSETTI.- Cuidados de enfermería. Ediciones Rol, S.A. - 1980 Barcelona.
- BUISAN PELAY, Raquel. - La nueva enfermería ante el paciente crónico renal. Comunicación para el I Congreso para el desarrollo de la Enfermería - 1980 Madrid.
- REVISTA RIÑÓN. - Editorial - Abril 1983.
- KAPLAN DE NOUR. - Reacciones emocionales de los pacientes renales crónicos. Psychosomatic Med. 1968.
- MINGOTE - LIAÑO y otros - Relación Médico-enfermo: reunio-

nes periódicas del equipo asistencial en una Unidad de Hemodiálisis. Revista Clínica Española, I Tomo 151 n° 3 - 1978 Madrid.

BUISAN-REYERO-CELTRAN y CORRAL - Personalidad de la enfermera de Nefrología. Comunicación en la IV Reunión de A.T.S. de Nefrología - Tenerife 1980.

## Resumen de la mesa redonda sobre "Trasplante Renal"

En el contexto general de un Congreso productivo y bien organizado, a pesar de la incomodidad del lugar, el último día dedicado al trasplante renal, tuvo lugar una Mesa Redonda dedicada a este tema.

Intervinieron en dicha Mesa Redonda, el Dr. Andreu, de la Unidad de Trasplante del Hospital Clínico de Barcelona, la Dra. Roza del Servicio de Nefrología (Sección de Pediatría) del Hospital General de Asturias, Ana Rochera, Enfermera de la Fe de Valencia y Rosa Alonso, Enfermera del Centro Médico Marqués de Valdecilla.

El Dr. Andreu nos habló de aspectos clínicos del Trasplante Renal, a pesar de que la charla fue muy similar a la presentada esa misma mañana por el Dr. Ortuño en la "Lección Magistral", creo que nos resultó interesante por la diferencia de criterios sobre el mismo tema.

La Dra. Roza, habló de las complicaciones en el Trasplante Renal de los niños, interesante tema sobre todo por lo desconocido entre la mayoría de nosotros enfermeros/as de adultos. Quizá sería conveniente

que en sucesivas reuniones se dedicara más tiempo a la Nefrología Pediátrica.

Un tema que entusiasmó a la generalidad de los presentes, fue el de las "Funciones del Coordinador de Trasplante" presentado por Ana Rochera, que aunque no era una experiencia propia, casi se podía dar como tal ya que Ana, ha estado durante tres meses en el Reino Unido y uno de los temas a los que dedicó su estancia, fue al de conocer el rol del Coordinador de Trasplante. El tema suscitó muchas preguntas dado su interés y práctico desconocimiento de la Enfermería Española.

Otro tema tratado fue el del papel de la Enfermera en el Trasplante Renal, presentado por Rosa Alonso. Debido a la idiosincrasia de su Unidad, Rosa dejó pendiente entre los asistentes la pregunta de "Como solucionar problemas de Enfermería cuando hay alarma de trasplante" debido sobre todo a que no dispone de personal dedicado sólo a tal fin, con los problemas de libranzas y stress que ello conlleva.

En general, la Mesa Redonda resultó interesante, debido fundamentalmente a la brillantez de los oradores y las preguntas que los temas tratados suscitaban.

**CARMEN SEGOVIA**  
Superv. Nefrología del Centro Ramón y Cajal