

PRISCILA VIEIRA DOS SANTOS PINTO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO
DE TRANSPLANTE RENAL

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2010

PRISCILA VIEIRA DOS SANTOS PINTO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO
DE TRANSPLANTE RENAL

Monografia apresentada ao Curso de especialização em Enfermagem Hospitalar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Transplante.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daclé Vilma de Carvalho

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR: TRANSPLANTE

PRISCILA VIEIRA DOS SANTOS PINTO

FOLHA DE APROVAÇÃO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO
DE TRANSPLANTE RENAL**

Monografia defendida e aprovada em __/__/__, pela banca examinadora constituída das professoras:

Fabíola Carvalho de Almeida Lima Baroni – Prof^ª. do Curso de Especialização

Mércia Heloisa Ferreira Cunha – Prof^ª. do Curso de Especialização

Orientadora: Dr^ª. e Prof^ª. Daclé Vilma de Carvalho

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG

2010

AGRADECIMENTOS

“Não tenho palavras para agradecer TUA bondade, dia após dia me cercas com fidelidade. Nunca me deixes esquecer que tudo o que tenho tudo o que sou e o que vier a ser vem de TI SENHOR.”

(Ana Paula Valadão)

Agradeço a Deus, que a cada dia me sustenta de uma forma incondicional e tem me dado graça para viver.

À minha filha Lara e meu esposo Alex, que me apóiam e me dão forças em momentos difíceis.

À minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Daclé, que me acompanhou por mais de um ano demonstrando compreensão e sabedoria em todos os momentos.

E a todos que de alguma forma contribuíram para a realização de um sonho!

RESUMO

A expectativa de vida tem aumentado nas últimas décadas, porém isso não quer dizer que a qualidade de vida das pessoas tem melhorado. Devido a esse aumento na expectativa de vida, houve também um aumento na ocorrência de doenças crônicas como a Insuficiência Renal Crônica. E como tratamento para a Insuficiência Renal Crônica (IRC), tem-se visto o sucesso do transplante renal, porém o sucesso deste tratamento depende de uma assistência de enfermagem com qualidade. Este trabalho teve por objetivo descrever as ações do enfermeiro no pré e pós transplante renal. Foram revisados artigos e livros em português, espanhol e inglês, pesquisados nas bases da BIREME, especificamente LILACS, MEDLINE e BDENF e biblioteca. Como foi visto no decorrer deste trabalho, é de suma importância o acompanhamento do enfermeiro junto a todo o processo do transplante renal. O enfermeiro é um dos responsáveis pelo sucesso do transplante, pois é ele quem planeja as ações de enfermagem e ações educativas ao paciente quanto ao tratamento. Mas para que a assistência de enfermagem seja prestada com qualidade e eficiência é preciso um conhecimento técnico-científico, que só é adquirido através de novos estudos e pesquisas.

Descritores: Transplante Renal, Educação de Pacientes, Cuidados de Enfermagem, Cuidados Pós Operatório

ABSTRACT

Life expectancy has increased in recent decades, but that does not mean that the People's quality of life has improved. Due to this increase in life expectancy there was also an increase in the occurrence of chronic diseases such as chronic renal failure. And as a treatment for chronic renal failure (CRF), the success of renal transplantation have improved, but the success of this treatment depends on a nursing care quality. This study aimed at describing the nurse's actions before and after renal transplantation . Articles and books in Portuguese, Spanish and English were reviewed, researched on the basis of BIREME, specifically LILACS, BDENF , MEDLINE and library. As seen through this paper, The nurse's attendance is relevant along the entire process of kidney transplantation . The nurse is one of the responsible for the success of a transplant, because he plans the nursing actions and educational activities for patients concerning the treatment. But so that nursing care is provided with quality and efficiency , it's necessary to have a technical and scientific knowledge which is acquired only through new studies and research.

Keywords: Renal Transplantation, Patients' Education, Nursing Care , Post-Operation Care

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1- INTRODUÇÃO	08
2- OBJETIVO	10
3- PERCURSO METODOLÓGICO	10
4- REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1- INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA	14
4.2- TRANSPLANTE RENAL	15
5- RESULTADO	21
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
7- REFERÊNCIAS	24

1-INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, no Brasil tem ocorrido um aumento da população idosa e isto se deve ao controle e erradicação de doenças epidêmicas, medidas sanitárias, diminuição da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida. A cada ano aumenta o número de pessoas maiores de 60 anos na população brasileira. Paralelo a tal situação, ocorre um avanço no desenvolvimento industrial e urbano que leva a alterações nos hábitos de vida. Todos esses acontecimentos contribuem para o aumento de casos de doenças crônicas degenerativas (IBGE,2009).

Segundo Ajzen (2004), com o envelhecimento populacional, existe um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, e de acordo com Ferraz (1981), têm sido uma das principais causas de mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento incluindo o Brasil. Dentre as doenças crônicas e incapacitantes destaca se, a *diabetes mellitus*, as *doenças coronárias*, a *hipertensão* e a *insuficiência renal crônica*.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia-SBN (2008) muitas pessoas sofrem de doenças renais e, dentre estas, várias são portadoras de diabetes e hipertensão, que quando não tratadas podem causar a falência total dos rins. Muitos diagnósticos são realizados tardiamente, pois as pessoas demoram para procurar o médico e em alguns casos a doença surge e evolue com a ausência de alguns sintomas importantes, sendo este um dos fatores que faz com que o paciente procure assistência mais tardiamente.

O número de pessoas que sofrem Insuficiência Renal Crônica (IRC) é bastante alto, calcula-se cerca de 500 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que 1,5 milhão estão em diálise. Estas pessoas tem 10 vezes mais risco de morte prematura por complicações cardiovasculares (SBN, 2008).

Segundo a SBN (2008), mais de 80% dos pacientes que fazem diálise estão em países desenvolvidos. Na Índia e Paquistão menos de 10% das pessoas que precisam recebem algum tipo de tratamento e na África as pessoas não tem acesso aos tratamentos necessários.

No Brasil, cerca de 95% dos centros de diálise tem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o país que mais proporciona tratamento para Insuficiência Renal Crônica à população. Além do elevado número de tratamento clínico oferecido, o país também oferece tratamento cirúrgico como o transplante renal, tendo 47% dos pacientes que fazem tratamento dialítico na fila de transplante renal. A Sociedade Brasileira de Nefrologia estima que em 2010 o número de pessoas em diálise no Brasil esteja entorno de 125mil (SBN, 2008).

O tratamento da IRC pode ser clínico (diálise peritoneal e hemodiálise) ou cirúrgico (transplante renal).

Na atualidade o transplante renal se apresenta como a melhor forma de tratamento para o paciente portador de insuficiência renal crônica, principalmente pela grande melhoria na qualidade de vida (PEREIRA, 2003).

O transplante renal é a esperança de muitos pacientes portadores de insuficiência renal crônica que fazem o tratamento de diálise, que são totalmente dependentes de máquinas dialisadoras e apresentam algum tipo de dependência de suas famílias e de uma equipe multiprofissional, e em especial da enfermagem que é a grande responsável pela educação do paciente nos períodos de pré e pós- operatório do transplante renal.

A assistência de enfermagem sistematizada é fundamental em todas as etapas do transplante, ou seja, no pré, trans e pós- operatório, pois é a partir deste momento que se pode realizar um levantamento sobre as necessidades de educação do paciente que levam às orientações para o autocuidado em todas estas fases, principalmente, após a alta hospitalar.

Portando, torna-se necessário que o pessoal de enfermagem esteja sempre se atualizando para prestar uma assistência de qualidade.

Assim, este trabalho tem como finalidade oferecer subsídios técnico-científicos que poderão contribuir para o planejamento das ações de enfermagem da pessoa candidata ao transplante renal.

2- OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro no pré e pós operatório do transplante renal.

3 - PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura para identificar as ações e condutas do enfermeiro em um setor de transplante de rins.

O método de revisão integrativa permite sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir do tema.

A pergunta norteadora da revisão constitui em: quais as ações do enfermeiro no pré e pós operatório para fundamentar a assistência de enfermagem ao paciente submetido ao transplante renal?

Foi realizada uma busca realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNFn, da biblioteca Virtual em Saúde – BVS.

Para definir a população no LILACS utilizando como estratégias de busca o formulário avançado, ([mh]("Transplante") or [tw](transplant\$)) and ([mh]("Educação de Pacientes como Assunto" OR "Cuidados de Enfermagem" OR (EX G02.478\$)) or [tw](enfermagem or nursing or enfermer\$)) and ([MH]("Cuidados Pós-Operatórios") or [tw](pos-operat\$ or postoperat\$ or postransplante)) [Palavras].

No MEDLINE, a busca também se deu através do formulário básico, [MH]([mh]("Transplante") or [tw](transplant\$)) and ([mh]("Educação de Pacientes como Assunto" or "Cuidados de Enfermagem" or (EX G02.478\$)) or [tw](enfermagem or nursing or enfermer\$)) and ([MH]("Cuidados Pós-Operatórios") or [tw](pos-operat\$ or postoperat\$ or postransplante)).

No BDNF, a busca foi realizada da seguinte forma: ([mh]("Transplante") or [tw](transplant\$)) and ([mh]("Educação de Pacientes como Assunto" OR "Cuidados de Enfermagem" OR (EX G02.478\$)) or [tw](enfermagem or nursing or enfermer\$)) and ([MH]("Cuidados Pós-Operatórios") or [tw](pos-operat\$ or postoperat\$ or postransplante)) [Palavras].

Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos e livros publicados nos idiomas português, espanhol e inglês; que respondessem a pergunta norteadora; não foi determinado um limite de datas de publicação, devido à relevância de alguns artigos; e todo artigo, independente do método de pesquisa utilizado.

A pesquisa nas bases de dados resultou em 36 artigos encontrados, sendo que 07 artigos foram encontrados repetidos no LILACS e BDNF, totalizando 29 artigos, além destes foram pesquisados também 08 livros para evidenciar aspectos científicos.

Foi realizada a leitura do título e do resumo de cada artigo obedecendo aos critérios de inclusão citados acima e à pergunta norteadora, selecionando uma total de 11 artigos e 08 livros, após a seleção dos artigos foi realizada uma leitura na íntegra de toda a amostra.

QUADRO 01- QUADRO SINÓPTICO DA AMOSTRA

Período / Editora	Ano	Título	Número de autores	Tipo de estudo	Idioma
Interamericana	1981	Manual de tratamento da insuficiência renal crônica e terminal.	03	Revisão de literatura	PT
Rev. Enferm.	Cuba. 1986	Protocolo de cuidados de enfermagem para pacientes post-trasplante renal em el Hospital de San Jose de Bogota.	05	Revisão de literatura	ES
Rev. Enferm.	Bras. 1994	Vivenciando uma relação de ajuda com paciente no pós-operatório de transplante hepático.	02	Pesquisa qualitativa	PT
Rev. Enferm.	Cuba. 1995	Atención de enfermería a los pacientes con trasplante renal en el posoperatorio inmediato.	03	Pesquisa quantitativa	ES
Philadelphia	2001	The transplant operation and its surgical complications.	02	Revisão de literatura	EN
Philadelphia	2001	Evaluation of the transplant recipient	01	Revisão de literatura	EN
Rev. Latino-am. enfermagem	2001	Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós transplante de medula óssea (TMO): relato de caso.	01	Pesquisa quantitativa	PT
Medsi	2002	Fisiopatologia Renal	02	Revisão de literatura	PT
Arch. Dermatol.	Argent. 2002	Encuesta de fotoeducación en pacientes pre y post-	05	Pesquisa quantitativa	ES

		transplante: resultados preliminares.			
Rev. Escola de Enfermagem USP	2003	A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual.	02	Pesquisa qualitativa	PT
J. Bras. Nefrol.	2003	Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal.	08	Pesquisa qualitativa	PT
Guanabara Koogan	2004	História dos Transplantes	01	Revisão de literatura	PT
Manole	2004	Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: nefrologia.	02	Revisão de literatura	PT
Guanabara Koogan	2004	Fisiopatologia	01	Revisão de literatura	PT
Einstein	2007	Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato.	03	Pesquisa quantitativa	PT
Artmed	2007	Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem.	01	Revisão de literatura	PT
Rev. Latino-Am. Enfermagem	2008	Transplante de fígado: evidência para o cuidado de enfermagem.	02	Revisão de literatura	EN, ES, PT
Abto	2008	Assistência de Enfermagem ao paciente submetido ao transplante renal.	05	Revisão de literatura	PT
Ciência y Enfermería XV	2009	O significado da assistência de enfermagem segundo	06	Revisão de literatura	PT

4- REVISÃO DE LITERATURA

4.1-INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

A insuficiência renal crônica é o resultado de lesão no rim causada decorrente de várias nefropatias progressivas, resultando em manifestações clínicas e laboratoriais.

Para Ajzen (2004), a insuficiência renal crônica é uma lesão que geralmente têm se uma perda progressiva e irreversível da função renal, que pode ser avaliada pela medida do “*clearance*” de creatinina em urina de 24 hs .

Os valores normais da filtração glomerular em um paciente saudável é de 110 a 120ml/min, já em uma pessoa com IRC o valor pode chegar até a 10-5 ml/min.

A maioria das causas de IRC são provenientes de doenças do parênquima renal, mas pode ser causada por patologias obstrutivas do trato urinário.(FERRAZ, 1981)

Dentre as causas mais comuns da IRC que leva à perda permanente dos néfrons, estão as nefropatia diabética, doença glomerulares crônica, nefrosclerose hipertensiva e doença renal policística (HELMUT, 2002).

A diminuição dos néfrons pode ocorrer em várias condições, podendo ser difusamente extensa em ambos os rins, nos casos de glomerulonefrites , ou pode ser focal como por exemplo, nas pielonefrites (FERRAZ, 1981).

As glomerulonefrites são as causas mais comuns e pode ocorrer tanto em adultos quanto em crianças. Já as doenças policísticas podem ocorrer em qualquer idade, sendo mais comum em jovens ou em adultos de meia-idade. (FERRAZ, 1981)

A doença vascular renal também é uma causa frente de IRC, as arteríolas são afetadas pela necrose fibrinóide da fase maligna da hipertensão arterial.

Nas doenças metabólicas, a lesão é glomerular com deposição de mucopolissacarídeo nas paredes dos capilares. (FERRAZ, 1981)

Pode-se reduzir a velocidade ou mesmo prevenir a redução do ritmo de filtração glomerular (RFG) quando se trata doença inicial logo após o seu surgimento. Apesar de muitas causas, o resultado final da IRC é clinicamente semelhante, na fase terminal da IRC o rim fica contraído bilateralmente (AJZEN, 2004).

A cada ano que se passam, os centros de diálise estão ficando mais cheios, muitos casos demoram muito para serem diagnosticados, trazendo conseqüências graves (SBN,2008).

Até 1965, muitos pacientes com IRC evoluíram até o estágio final da doença e faleceram, tal taxa de mortalidade alta era associada à limitações para o tratamento e custos extremamente altos (PORTH, 2004).

A IRC ocorre independente da idade, apesar de ser um fator agravante devido as conseqüência de outras doenças crônicas. Em 2008 a porcentagem de pacientes em tratamento dialítico no país era de 43,7% para a faixa etária de 40 a 59 anos, sendo que para os pacientes acima de 60 anos era de 36,3%. Porém o índice de mortalidade é maior em pacientes com idade acima de 60 anos (SBN 2008).

A IRC inicialmente não apresenta sintomas devido a alta capacidade compensatória dos rins.(PORTH,2004) Quando a função renal diminui ocorre:

- - hipertensão: elevação da pressão sanguínea;
- - uremia: acúmulo de uréia;
- - arritmia cardíaca: devido ao acúmulo de potássio
- - anemia e fadiga: devido a diminuição da síntese de eritropoietina
- - prejuízo da síntese de vitamina D;
- - sobrecarga de volume de fluidos;
- - hiperfosfatemia associada à hipocalcemia e hiperparatiroidismo

4.2-TRANSPLANTE RENAL

Segundo Porth (2004), o sucesso dos transplantes renais torna-se uma opção de tratamento para muitos pacientes e se constitui a melhor forma de tratamento para o paciente portador de insuficiência renal crônica (IRC). Segundo o autor, o transplante tem sido mais bem aceito devido ao aumento da perspectiva de vida dos transplantados.

O primeiro transplante renal humano foi realizado em 1933, na Ucrânia, porém o enxerto não funcionou. No Brasil, o primeiro transplante renal com doador vivo foi realizado, em 1964 no Rio de Janeiro, e com doador cadáver foi em 1967 no interior do estado de São Paulo (PEREIRA, 2004).

De acordo com Pereira (2003), para a maioria dos pacientes o transplante renal é a terapêutica mais eficaz, principalmente pela grande melhoria na qualidade de vida, considerando que muitos pacientes que tratam a IRC com a hemodiálise ficam sem condições

de retorna ao trabalho porque ficam indispostos e nem mesmo podem viajar porque ficam presos as máquinas hemodiálise.

De acordo com Barrios (1986), o transplante renal é a esperança para muitos portadores de DRC, que são dependentes de hemodiálise ou diálise peritoneal para substituição da função renal. O autor destaca que estes pacientes dependem de seus familiares e amigos e sofrem com muitas limitações para o trabalho.

Em um estudo realizado na Unidade de Nefrologia de Fernandópolis (SP), os resultados apontaram que dos 18 sujeitos entrevistados, 09 moravam nos Estados do Mato Grosso do Sul e Minas Gerais, e que a maioria encontrava-se em idade produtiva. Além de nível de instrução muito baixo e condições de moradia média e péssima; e que a maioria havia mudado de ocupação devido à doença, recebiam aposentadoria por invalidez e tinham nenhum outro benefício e registro formal de trabalho na família. Desse modo, o estudo revelou o nível de carência desse grupo específico de paciente, pois, os rendimentos estavam na faixa de até 1,8 salários mínimos por mês. Apesar disso, a maioria continuava a contribuir com mais de 50% na renda familiar (MACHADO, 2003).

O transplante renal pode ser realizado de duas formas: doador vivo ou cadáver. Existem vantagens de um transplante com doador vivo, e a principal delas é a diminuição no tempo de espera pelo transplante .

Segundo Kendrick (2001), as contra-indicações para o transplante renal incluem: malignidade, infecções crônicas, doença extra-renal grave, não complacência e doenças psiquiátrica e que nenhuma patologia, exceto neoplasias generalizadas, constitui contraindicação absoluta de transplante renal.

De acordo com Gristich (2001), as complicações cirúrgicas no transplante renal incluem: infecção da ferida cirúrgica, hemorragia, trombose do enxerto, estenose de artéria renal, perda urinária, obstrução ureteral,

Para Mendes (2008), o sucesso do transplante depende do preparo perioperatório do paciente realizado pelo enfermeiro, que é o responsável pela assistência prestada ao paciente e familiares.

Com o objetivo de amenizar ou sanar a doença , o enfermeiro deve planejar as intervenções para direcionar as ações a serem executadas por ele mesmo e os demais integrantes da equipe (LUVISOTTO, 2007) .

Através da assistência de enfermagem os pacientes adquiriram conhecimentos sobre a doença, sobre as formas de tratamento, as possíveis complicações e condutas que devem ser tomadas em diversas situações.

Para Scarelli (1994), alguns enfermeiros têm característica própria de trabalho, que é a relação de ajuda ao paciente, realizada durante a execução de procedimentos técnicos diários.

O enfermeiro é capaz de manter um vínculo afetivo com pacientes e familiares durante todo o processo do transplante renal, pois ele é o profissional que passa mais tempo ao lado do paciente (MENDES, 2008).

O enfermeiro deve iniciar o contato com o candidato ao transplante renal desde a sua entrada no serviço de transplantes. A partir deste primeiro contato o enfermeiro deve ficar atento às todas as informações colhidas, pois é através delas que o profissional se baseia para traçar o plano assistencial de enfermagem.

O paciente é auxiliado pelo enfermeiro, a ter uma condição melhor de saúde para enfrentar sua doença quando a mesma está fora de suas capacidades, ou até mesmo a ter uma morte com dignidade (TIMBY, 2007).

Para Timby (2007), o vínculo terapêutico entre enfermeiro-paciente acaba quando a saúde do paciente é restaurada.

Em muitos centros de transplante já se tem um serviço de acompanhamento de enfermagem dos pacientes em fila de espera ou que estão se preparando para um transplante renal de inter-vivos. Durante esse acompanhamento o enfermeiro obtém informações do paciente e verifica se os exames foram realizados, além de esclarecer as dúvidas do paciente. Esta rotina do cuidado é muito importante em um centro de transplantes, pois oferece oportunidades para a criação de vínculo do paciente com o profissional que irá assisti-lo no pós transplante renal.

Esta etapa descrita é chamada de pré operatório e pode durar por um longo tempo. O paciente é avaliado e acompanhado pelo enfermeiro e por toda a equipe multiprofissional.

Para o atendimento pós transplante, se torna necessário a existência de uma equipe capacitada, pois é um momento crítico do transplante renal onde todo o cuidado e atenção devem estar voltados para o paciente transplantado.

A monitorização do paciente deverá ser a mais completa possível, evitando sempre a monitorização invasiva. A equipe deverá ser atenta para não utilizar o braço da fístula artério venosa, para punção venosa, aferição de pressão arterial e coleta de sangue (BARRETO, 2010).

A etapa importante no pós operatório é a realização do balanço hídrico a cada hora durante a reposição volêmica, pois é através dele que se pode avaliar a função renal e a perfusão renal.

Roza (2008), destaca que o balanço hídrico é fundamental, nas primeiras 24 e 48 horas para avaliação do débito urinário total que define o funcionamento renal. Então é de suma importância que a qualquer interrupção do volume infundido ou diminuição do volume urinário a cada hora, se comunique à equipe médica tais alterações e as anote na evolução de enfermagem.

A avaliação dos dados vitais a cada hora também é muito importante, pois estes pacientes podem ter uma oscilação da pressão arterial devido a grande infusão de líquidos.

De acordo com Pérez (1995), a diurese horária é fundamental para monitorização da função renal, pois determina a administração de medicações, hidratação e até mesmo previne o surgimento complicações cirúrgicas.

Após o término do balanço hídrico, a diurese deve ser mensurada e desprezada a cada doze horas, com avaliação do aspecto da urina (volume, cor, densidade, odor, presença de sedimentos, hematúria e outros). Caso haja diminuição significativa do débito urinário deve-se verificar se há uma possível obstrução da sonda vesical de demora. Segundo Roza (2008), tais alterações podem ocorrer devido algumas complicações tais como: disfunção precoce do enxerto, obstrução do trato urinário, linfocele, fístulas urinárias, trombose da artéria renal, trombose da veia renal e rejeição aguda.

Após a reposição volêmica, os dados vitais devem ser verificados a cada seis horas ou conforme prescrição médica. Como já foi dito a pressão arterial do paciente transplantado pode sofrer grandes oscilações ou ficar muito elevada, e se ocorrer uma elevação da pressão arterial esse dado poderá ser um sinal de não funcionamento adequado do rim transplantado, causado por estenose da artéria renal (BARRETO, 2010).

Através da verificação adequada dos dados vitais pode-se detectar a elevação da temperatura, podendo ser sinal de infecção, porém a temperatura não pode ser o único parâmetro para avaliação. De acordo com Roza (2008) a febre pode ser mascarada com o uso de medicações, tornando necessária a avaliação de outros parâmetros como: queixas de mal estar, tosse, dificuldade respiratória, diarreia, dentre outros.

O paciente transplantado deve ser pesado durante sua internação todos os dias pela manhã em jejum para observação de ganho de peso, que pode ocorrer com a retenção de líquidos (BARRETO, 2010).

A ferida operatória deve ser minuciosamente avaliada diariamente pela equipe de enfermagem para descartar o risco de infecção, sendo realizada a limpeza diária ou sempre que necessário. Qualquer alteração que se apresenta no pós operatório tais como:

sangramentos, presença de secreções, rubor, calor, hematomas e dor, devem ser comunicada e registradas na evolução de enfermagem.

Outro fator importante, é que o paciente deve ser orientado para comunicar qualquer alteração do estado de saúde que não observada pela equipe.

Segundo La Forgia (2002), a frequência de câncer de pele em paciente transplantado é crescente e se deve ao uso contínuo de imunossuppressores e à exposição ao sol diariamente. Assim, torna-se necessário orientar o paciente para utilizar protetor solar mesmo que não haja exposição direta ao sol.

Roza (2008), afirma que durante a administração das medicações é preciso verificar a aprendizagem e aderência do paciente com relação às medicações.

As orientações começam no pré transplante, porém se faz necessário reforçar este conhecimento após a cirurgia para preparação da alta hospitalar e também é um momento em que o paciente já utiliza a medicação sendo mais fácil para ele aprender o nome, a dose e os horários de cada medicação.

Uma opção de aprendizagem é formular uma tabela com as medicações e com os horários de cada uma, para que o paciente comece a memorizá-los durante o tempo de internação.

As doses da medicação são reguladas a cada alteração dos exames de rotina, tornando-se necessário comunicar ao paciente tal alteração sempre que a mesma ocorrer.

É muito importante que o enfermeiro trabalhe junto à equipe médica, para que o seu plano de cuidado seja traçado em conjunto com a equipe. Logo que a equipe médica planejar a data de alta hospitalar, o enfermeiro deve avaliar se o paciente foi capaz de memorizar os medicamentos, os cuidados básicos do pós operatório, se o paciente foi inscrito no programa de fornecimento da medicação imunossupressora na Secretária de Saúde do SUS- MG e se o medicamento foi entregue ao acompanhante corretamente (BARRETO, 2010).

Para finalizar o atendimento ao paciente transplantado após a cirurgia, torna-se é necessário as seguintes orientações:

- * O paciente deve ser orientado para marcar um retorno com a equipe cirúrgica de transplante renal para avaliação da cicatriz cirúrgica;

- * A atividade física e atividade sexual, será liberada pela equipe médica e geralmente acontece após a retirada dos pontos de sutura;

- * A dieta é livre após a recuperação da função renal, apenas com restrição de ingestão de carambola ,e nos casos de persistência de HAS, a dieta deverá ser hipossódica.

- * A ingestão líquida ocorrerá de acordo com a sede;

* A atividade profissional também é liberada pela equipe médica, respeitando o prazo mínimo de 3 meses de afastamento;

* O paciente deverá ser orientado também com relação aos horários de funcionamento do ambulatório de transplante renal e em caso de urgência como realizar contato com a equipe médica.

* No 1º mês pós transplante, evitar contato com pessoas com infecção ativa ou em tratamento; evitar local fechado e viagens para lugares distantes.

5- RESULTADOS

A diálise e o transplante renal são as opções para o tratamento de pacientes com insuficiência renal crônica avançada, sendo o transplante uma forma de tratamento cirúrgico, que é realizado a implantação de um novo órgão.

Embora a taxa de sobrevida seja usada para avaliar o sucesso dessas terapias, a importância da percepção do paciente quanto sua qualidade de vida relacionada à saúde é bem reconhecida.

O Conhecimento técnico científico do enfermeiro envolvido diretamente com o paciente transplantado renal é de extrema importância, pois só assim a assistência de enfermagem poderá ser prestada com qualidade e eficiência.

Para o sucesso do transplante, além de uma boa infra estrutura é necessário uma equipe multiprofissional capacitada para o atendimento de pacientes debilitados e imunodeprimidos.

Com cada paciente deve-se desenvolver um plano de cuidado, pois cada um requer cuidados diferentes. Quando se pensa em paciente que aguarda ou que esta sendo submetido ao transplante, deve-se ter a noção que será assistida as pessoas em várias situações: pessoas carentes, pessoas com condição financeira melhor, pessoas sem conhecimento de sua doença, pessoas com total conhecimento da doença, pessoas com baixo grau de escolaridade e pessoas com formação superior. Essa diversidade é encontrada nos centros de transplantes, apesar de que temos visto que a maioria dos pacientes são pessoas com um baixo grau de instrução.

Vários fatores do que devem ser analisados pelos enfermeiros, tais como, condições de moradia, quantas pessoas moram com o paciente, quais os hábitos de vida, quem vai cuidar do paciente, se na casa tem animais, qual o contato desse paciente com tais animais, quais as dúvidas com relação ao transplante. Torna se imprescindível obter o grau de conhecimento destes pacientes em relação aos cuidados que deverão ser tomados após o transplante renal.

O momento de educação do paciente e seus familiares continua, quando o paciente sair do CTI e for encaminhado para o setor de internação. O planejamento da assistência incluirá informações com relação aos cuidados necessários para a recuperação do paciente. Neste momento o enfermeiro deverá avaliar o que o paciente conseguiu absorver em relação às informações fornecidas no período pré transplante para formular um novo plano de cuidado.

Diante do exposto, considera-se de suma importância o planejamento da assistência pelo enfermeiro em todas as etapas do transplante renal. O enfermeiro é o elo do paciente com os outros profissionais e graças a essa união os transplantes renais têm obtido enorme sucesso.

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas degenerativas estão se tornando um grande problema de saúde pública, devido à diminuição da mortalidade e com isso as instituições de saúde têm se preparado para melhorar o atendimento dessa clientela.

Mas é preciso que os enfermeiros busquem novos conhecimentos para que possam implementar uma assistência de enfermagem com bases técnico científicas.

Considera-se que os treinamentos devem ser feitos pelos enfermeiros das unidades para toda equipe de enfermagem, para que haja uma melhoria da assistência de enfermagem.

Segundo Chrizostimo (2009), o enfermeiro avalia o paciente em todas as suas dimensões e interage com o paciente, familiares e comunidade.

É de suma importância que o enfermeiro conheça o paciente no período anterior ao transplante, pois assim se cria um vínculo entre o enfermeiro e o paciente, facilitando o planejamento do cuidado a partir do esclarecimento de dúvidas e todas as etapas do tratamento.

Pois, cada paciente se comporta de uma forma, cada um tem sua história e nem todos chegam ao transplante renal pelo mesmo motivo. Por isso, para cada paciente é traçado um planejamento da admissão até a alta hospitalar que pode ser alterado conforme suas necessidades.

O paciente adquire conhecimento e habilidades para sua alta hospitalar, possibilitando ações de autocuidado o que lhe ajuda a retomar a sua vida. (SILVA, 2001)

Todos os profissionais da área de saúde devem ser preparados para implementar às ações educativas do paciente, pois só assim teremos um grande número de pacientes transplantados vivendo uma vida com qualidade.

É de suma importância que novos estudos sejam realizados com relação à assistência de enfermagem para o paciente transplantado renal.

6-REFERÊNCIAS

AJZEN,H.; SCHOR,N. - **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: nefrologia.** Ed. Manole, 2004.

BARRIOS, A.N. et.al. **Protocolo de cuidados de enfermagem para pacientes post-trasplante renal en el Hospital de San Jose de Bogota.** s.l; s.n; 1986. xvii,80 p. tab.

BARRETO, A. et.al. **Protocolo clínico de transplante renal: Santa Casa de Belo Horizonte.** Serviço de Nefrologia da Santa Casa de Belo Horizonte, 2010.

CHRIZOSTIMO, M. M. **O significado da assistência de enfermagem segundo abordagem de Alfred Schutz.**Ciência y EnfermeríaXV (3): 21-28,2009.

FERRAZ,Agenor S.; et al. **Manual de tratamento da insuficiência renal e crônica terminal.** (Série Médica Interamericana). Rio de Janeiro : Ed. Interamericana, 1981.

GRITSCH, H.A; ROSENTHAL, J.T. **The transplant operation and its surgical complications.** In: Danovitch GM. Handbook of Kidney transplantation. 3rd ed. Philadelphia:Lippincott Willians e Wilkins;2001.p.146-62.

HELMUT, G.R.; BURTON, D.R. **Fisiopatologia Renal.**ed.Medisi. 2002

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2009. Site: www.ibge.gov.br, acessado em maio de 2010.

KENDRICK, E. **Evaluation of the transplant recipient.** In. Danovitch GM. Handbook of kidney transplantation. 3rded. Philadelphia: Lippincott Willians e Wilkins; 2001.p.130-45.

LA FORGIA, M. P. et.al. **Encuesta de fotoeducación en pacientes pre y post-transplante: resultados preliminares.** [Arch. argent. dermatol](#).;52(1):31-34, ene-feb. 2002. tab.

LUVISOTTO, M.M. et al. **Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato.** [Einstein \(São Paulo\)](#).;5(2):117-122, 2007.

MACHADO, L.R.C; MR Car – **A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual.** Revista de Escola de Enfermagem USP, 2003 - SciELO Brasil.

MENDES, K.D.S.; GALVÃO, C.M. **Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.16 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2008

PEREIRA, L.C.; et.al. – **Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes transplantado renal.** J Bras Nefrol 2003;25(1);10-6.

PEREIRA, W.A. **História dos Transplantes.** In: Pereira WA. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2004. p.1-7.

PÉREZ, A.L. et.al. **Atención de enfermería a los pacientes con trasplante renal en el posoperatorio inmediato.** [Rev. cuba. enferm](#);11(2):95-101, jul.-dic. 1995. tab.

PORTH, C.M. **Fisiopatologia** – 6ª edição – Guanabara Koogan – p.755 – 2004.

ROZA, B.A. et.al. **Assistência de Enfermagem ao paciente submetido ao transplante renal.** Protocolo de cuidados de enfermagem em Transplante de Órgãos – ABTO/2008.[http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/departamentos/arquivos/Assist%C3%Aancia de Enfermagem ao pcte Transpl Renal.pdf](http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/departamentos/arquivos/Assist%C3%Aancia%20de%20Enfermagem%20ao%20pcte%20Transpl%20Renal.pdf)

SCARELLI, E.M.; RODRIGUES, A.R.F. **Vivenciando uma relação de ajuda com paciente no pós-operatório de transplante hepático.**[Rev. bras. enferm](#);47(1):67-70, jan.-mar. 1994.

SILVA, L.M.G. **Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós transplante de medula óssea (TMO): relato de caso.** Rev. Latino-am Enfermagem 2001 julho; 9(4): 75-82.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA – 2008. Site: www.sbn.org.br, acessado em abril de 2010.

TIMBY, B.K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem** – 8º Edição – Artmed – 2007.

