

II Jornada de Enfermagem de Doação de Órgãos e Tecidos

do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e da Escola de Enfermagem da UFRGS

23 e 24 de agosto de 2010

Anfiteatro Carlos César de Albuquerque

Transplante de Órgãos



HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



Escola de ENFERMAGEM



Resumos

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO – TRANSPLANTE RENAL

Katia Bottega Moraes

Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ Sala de Recuperação Pós Anestésica

Atualmente o paciente submetido a transplante renal no Hospital de Clínicas e Porto Alegre (HCPA) realiza, de modo geral, as 24 primeiras horas de sua recuperação na Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA). Localizada no 12º andar, ala sul, do HCPA, possui capacidade para 18 pacientes adultos, 05 pediátricos, 03 leitos de terapia intensiva, além de um leito de isolamento. Na admissão destes pacientes na SRPA são observados fatores relevantes a cirurgias em geral, como oxigenação e permeabilidade de vias aéreas, sinais vitais (TA, FC, FR, Temp. e Dor), condições da ferida operatória, presença e permeabilidade de sondas, drenos, acessos venosos e/ou arteriais, sendo que os sinais vitais serão avaliados na primeira hora de 15 em 15 minutos, segunda hora de 30 em 30 minutos e após conforme avaliação da enfermeira. Pacientes submetidos transplante renal necessitam de cuidados específicos relacionados à manutenção da pressão arterial sistólica entre 120 e 180mmHg, otimizando a perfusão do enxerto, inspeção de volume e aspecto da diurese a cada hora, verificação de glicemia a cada duas horas, e com base nestes resultados, início da reposição hídrica. Alterações relacionadas ao estado clínico, volume de diurese, glicemia e pressão arterial, devem ser comunicadas imediatamente à nefrologia, todo o manejo do transplantado é realizado de acordo com orientações da equipe assistente. O aprazamento da prescrição é realizado de acordo com horários pré-definidos quando relacionada a imunossupressores, sempre observando a correta administração da dose pré-operatória, a administração de anti-hipertensivos e diuréticos é realizada com cautela, observando a pressão ideal e sempre com previa avaliação da nefrologia. Alguns exames devem ser realizados no pós-operatório imediato, ecografia, cintilografia (quando doador cadáver ou existência de intercorrência), exames laboratoriais. Transcorridas 24 horas de pós-operatório o paciente, após liberação da nefrologia, já pode ser encaminhado à unidade de internação, com reposição hídrica fixa e liberação de via oral, ambos conforme prescrição médica.

Referências bibliográficas:

1. Luvisotto MM, Carvalho R, Galdeano LE. Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato. *einstein*. 2007; 5(2):117-122

2. Castro MCR. Manual de Transplante Renal: período pós-transplante. São Paulo. Grupo Lopso de Comunicação Ltda. Disponível em www.abto.org.br, acesso em 03 de agosto de 2010.

BUSCA ATIVA DE POTENCIAIS DOADORES DE ÓRGÃOS

Karla Cusinato Hermann

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O processo de doação de órgãos para transplante é complicado e muitos fatores têm sido identificados como empecilhos para seu desenvolvimento, dos quais os maiores são a não-identificação do paciente em morte encefálica¹. Profissionais de saúde têm dificuldades de envolverem-se no processo de doação por falta de treinamento médico na identificação e no manejo clínico do potencial doador; desconhecimento de como iniciar o processo de doação; receio de complicações legais; desconforto com o conceito de morte encefálica; desconhecimento dos critérios de indicação e contra-indicação para a doação; dificuldades em considerar seu paciente como doador e órgãos e relutância em entrevistar a família num momento de sofrimento². É preciso monitorização permanente nas unidades de cuidados intensivos com o objetivo de identificar pacientes com possível evolução para morte encefálica. Esta monitorização é a busca ativa e esta ao cargo do Coordenador Intra-Hospitalar de Transplante por força legal³. Esta atividade é realizada diariamente nestas áreas através de acompanhamento de pacientes com comprometimento neurológico em escala de coma Glasgow ≤ 8 . Para o sucesso desta atividade o coordenador de transplantes deve ter boas relações com os médicos e os enfermeiros destas unidades, explicando o que faz, o que necessita e o que quer. É evidente que uma adequada identificação é o primeiro passo no processo de doação; uma identificação inadequada é uma causa importante de perda de doador; o papel do coordenador de transplantes é a chave de identificação de possíveis doadores; a equipe das áreas de cuidados intensivos é fundamental para a viabilização do diagnóstico de morte encefálica e qualquer via é adequada, mas o importante é a atitude e a empatia.

Referências bibliográficas:

1. Rech TH, Rodrigues Filho EM. Entrevista familiar e consentimento. Rev. bras. ter. intensiva vol.19 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2007.
2. Garcia VD, Abud Filho M, Neumann J, Pestana JOM. Transplante de órgãos e tecidos. 2a. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2006.
3. Brasil, Portaria nº 905 / GM de 16 de agosto de 2000. Cria a Comissão Hospitalar de Transplantes. Brasília (DF): Imprensa Oficial; 2000.