

COMPLICAÇÕES DURANTE A INTERNAÇÃO DE RECEPTORES DE TRANSPLANTE RENAL

Ana Paula Almeida CORRÊA^a, Marise Márcia These BRAHM^b,
Carolina de Castilhos TEIXEIRA^c, Stephani Amanda Lukasewicz FERREIRA^d,
Roberto Ceratti MANFRO^e, Amália de Fátima LUCENA^f, Isabel Cristina ECHER^g

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar complicações ocorridas em pacientes receptores de transplante renal. Coorte histórica realizada em hospital universitário entre janeiro de 2007 e janeiro de 2009 com amostra de 179 pacientes; dados coletados retrospectivamente em base de dados e prontuário e, em seguida, analisados estatisticamente. A média de idade dos pacientes foi de 43 (DP=13,7) anos, sendo 114 (63,7%) homens, 95 (65,1%) não fumantes e 118 (66,3%) receptores de doadores falecidos. As principais complicações foram rejeição 68 (32,1%) e infecção 62 (29,2%). Houve associação estatisticamente significativa entre rejeição e mediana dos dias de internação ($p<0,001$); dias de uso de cateter venoso central ($p=0,010$) e status tabágico ($p=0,008$); infecção e cateter venoso central ($p=0,029$), mediana dos dias de internação ($p<0,001$) e tempo de uso de sonda vesical ($p=0,009$). Concluiu-se ser importante diminuir os dias de internação e a permanência de cateteres, o que pode ser levado em consideração no planejamento do cuidado de enfermagem.

Descritores: Transplante de rim. Complicações pós-operatórias. Rejeição de enxerto. Infecção.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar las complicaciones en los pacientes que recibieron trasplante renal. Cohorte histórica realizada en hospital universitario de enero/2007 hasta enero/2009 con una muestra de 179 pacientes, los datos recogidos retrospectivamente de la historia clínica de los pacientes y analizados estadísticamente. La edad promedio de los pacientes fue 43 (SD=13,7) años, 114 (63,7%) hombres, 95 (65,1%) no fumadores y 118 (66,3%) receptores de donantes fallecidos. Las principales complicaciones fueron rechazo 68 (32,1%) e infección 62 (29,2%). Hay asociación estadísticamente significativa entre el rechazo y la mediana de días de hospitalización ($p<0,001$); días de uso de catéter venoso central ($p=0,010$) y tabaquismo ($p=0,008$); infección y catéter venoso central ($p=0,029$); mediana de días de hospitalización ($p<0,001$) y tiempo de uso del catéter urinario ($p=0,009$). Se concluye que es importante reducir los días de hospitalización y la permanencia de los catéteres, que puede ser considerado en la planificación de los cuidados de enfermería.

Descriptorios: Trasplante de riñón. Complicaciones postoperatorias. Rechazo de injerto. Infección.

Título: Complicaciones durante la hospitalización de receptores de trasplante renal.

a Mestranda em Enfermagem pela UFRGS. Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR).

b Mestre em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da UFRGS. Enfermeira do HCPA. Porto Alegre, RS, BR.

c Mestranda em enfermagem pela UFRGS. Enfermeira do Hospital do Conceição. Porto Alegre, RS, BR.

d Enfermeira graduada pela UFRGS. Residente em enfermagem pelo HCPA. Porto Alegre, RS, BR.

e Pós-doutor na Universidade Harvard, Departamento de Imunologia Clínica, Beth Israel Hospital. Doutor em Medicina (Nefrologia) pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Coordenador do Colegiado de Transplantes do HCPA. Professor Associado do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina da UFRGS. Porto Alegre, RS, BR.

f Doutora em Ciências pelo Departamento de Enfermagem da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre, RS, BR.

g Doutora em Ciências Médicas pela UFRGS. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS. Chefe do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do HCPA. Porto Alegre, RS, BR.

ABSTRACT

The objective of the study was to identify the complications in patients that have received a renal transplant. A Historical cohort performed in a university hospital from January/2007 through January/2009 with a sample of 179 patients; data collected retrospectively from the medical history of patients and submitted to statistical analyses. Mean age of patients was 43(SD=13.7) years, 114(63.7%) men, 95(65.1%) non smokers and 118(66.3%) received the graft from a deceased donor. The main complications were rejection 68(32.1%) and infection 62(29.2%). There was statistical significance between rejection and median days of hospital stay ($p<0.001$); days of use of central venous catheter ($p=0,010$) and smoking status ($p=0.008$); infection and central venous catheter ($p=0.029$); median days of hospital stay ($p<0,001$) and time of use of urinary catheter ($p=0,009$). It was concluded that it is important to reduce the days of hospital stay and permanence of catheters, which may be considered in the planning of nursing care.

Descriptors: Kidney transplantation. Postoperative complications. Graft rejection. Infection.

Title: Complications during the hospitalization of kidney transplant recipients.

INTRODUÇÃO

No Brasil, nos últimos anos, houve um aumento das doenças crônicas devido ao envelhecimento da população, destacando-se entre elas a doença renal crônica. O paciente com insuficiência renal crônica terminal necessita de uma terapia renal substitutiva para sobreviver. As terapias disponíveis são as diálises (hemodiálise e diálise peritoneal) e o transplante renal. O transplante renal é considerado o tratamento de escolha, pois melhora a qualidade de vida do receptor e apresenta menores custos financeiros para o sistema de saúde em relação às demais terapias substitutivas⁽¹⁾.

Estudo de seguimento de dez anos de transplantados renais no Brasil, evidenciou que a maioria ocorreu em pacientes do sexo masculino (61%), brancos (69%) e na faixa etária entre 18 e 40 anos, tanto doador quanto receptor (48%). A maioria dos receptores foi submetida ao transplante com doador vivo (53%), sendo em 90% dos casos relacionados. A sobrevida dos pacientes em 10 anos foi de 68,1% e do enxerto 45%, sendo a sobrevida maior com doadores vivos⁽²⁾.

Em 2012, ocorreram 5385 transplantes renais no Brasil, 1488 doadores vivos e 3897 falecidos. Desse número, 548 foram realizados no Rio Grande do Sul (RS)⁽³⁾. Em 2011, na instituição campo deste estudo, ocorreram 124 transplantes⁽⁴⁾, o que demonstra a relevância em estudar esta temática.

Na prática clínica, percebe-se que alguns pacientes transplantados evoluem com sucesso e rapidez no período de recuperação, outros apresentam complicações no pós-operatório, sendo as principais as de origem imunológica e infecciosa. Muitos fatores interagem para o risco de infecções, entre os

quais se destacam a imunossupressão, exposição às doenças infectocontagiosas e qualidade do cuidado pós-operatório⁽⁵⁾.

Estudo⁽²⁾ traz que as principais causas de perda do enxerto entre receptores de rim é de origem imunológica (48%), o que está associado diretamente a rejeição aguda no pós transplante e a principal causa de óbitos é de origem infecciosa (50%).

Diante desse cenário, este estudo objetivou identificar as complicações ocorridas em pacientes receptores de transplante renal. A sua finalidade é a de contribuir com a qualificação do planejamento de ações para o cuidado desses pacientes e assim, favorecer a sua recuperação.

Somado a isto, sabe-se da premissa de que é necessário conhecer o perfil clínico e sociodemográfico, assim como as complicações pós-operatórias desses pacientes, para que a enfermagem, com os demais membros da equipe multidisciplinar, possa implementar um cuidado efetivo que irá repercutir na qualidade de vida do paciente e sobrevida do enxerto.

MÉTODO

Coorte histórica que avaliou receptores de transplante renal que realizaram a cirurgia no período entre janeiro de 2007 e janeiro de 2009, em um hospital universitário de grande porte na região Sul do Brasil. A amostra do estudo se constituiu de 179 pacientes transplantados no período analisado, o que corresponde a 99% dos transplantes realizados na instituição, no período definido para a investigação.

Os critérios de inclusão foram pacientes adultos, de ambos os sexos, que realizaram transplante

renal no período do estudo. Não houve critérios de exclusão, uma vez que se buscou analisar todos os pacientes transplantados no período de coleta de dados, no entanto, dois casos tiveram os seus registros incompletos, o que determinou a perda dos mesmos. Considerou-se como complicações, qualquer problema relacionado ao transplante que comprometesse a saúde do paciente e/ou a sobrevida do enxerto.

A coleta de dados iniciou na data da internação dos pacientes para o transplante renal, e os registros foram acompanhados por um período de até um ano após a data do transplante. Assim, os pacientes que transplantaram em 2007 foram acompanhados até 2008, os que transplantaram em 2008 até 2009 e os que transplantaram em 2009 até 2010. Todos os pacientes foram acompanhados durante um ano, exceto os que faleceram no período de investigação.

A coleta de dados foi retrospectiva, por meio da análise dos registros em prontuários eletrônico/impresso e registros específicos sobre o transplantado renal da instituição. Os dados foram coletados por acadêmicos de enfermagem, bolsistas de iniciação científica e por enfermeiras.

Os dados foram coletados por meio de instrumento elaborado pelos pesquisadores (enfermeiros, médicos, alunos e professores do curso de enfermagem), o qual abordava informações referentes aos seguintes dados: sociodemográficos (idade, sexo, cor, estado civil, nível de instrução, ativos ou não profissionalmente); clínicos (data de internação, data do transplante, data da alta, peso, altura, tipo de doador, status tabágico), uso sonda vesical de demora (SVD), cateter venoso central (CVC), cateter venoso periférico (CVP), cateter de diálise, nefrostomia, urostomia, drenos e presença de fístula arteriovenosa (FAV). Também foi coletado o período de internação e avaliada a presença de infecção por germe sensível ou multirresistente. Foi realizado teste piloto do instrumento de coleta de dados com 10 pacientes, sendo realizada validação de conteúdo e ajustes conforme sugestões dos pesquisadores.

Utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 18.0 para análise estatística dos dados. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas; as contínuas por meio de média e desvio padrão ou mediana e percentis 25 e 75%, conforme seguissem ou não distribuição normal. Para as comparações de dados categóricos foram utilizados

os testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher e para as variáveis contínuas Mann-Whitney. Toda associação e diferença com p valor $< 0,05$ foi considerada estatisticamente significativa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição sob protocolo nº 09-465. Os autores comprometeram-se em manter o caráter confidencial das informações e privacidade dos pacientes, por meio de assinatura de termo de compromisso para utilização dos dados.

RESULTADOS

A média de idade dos 179 pacientes analisados foi de 43(DP=13,7) anos, sendo a maioria deles homens, brancos, casados, com ensino fundamental, ativos profissionalmente, com peso dentro da faixa da normalidade, não fumantes e receptores de órgãos de doadores falecidos. Também se observou que os pacientes apresentaram mediana de 24 dias de internação (16-39), 13 dias de uso de cateter venoso central e média de seis dias de permanência de sonda vesical de demora (Tabela 1).

Ocorreram 212 complicações pós-operatórias em 121 (67,6%) pacientes, considerando-se que alguns transplantados apresentaram mais de uma complicação. As principais complicações foram: rejeição, infecção, problemas relacionados ao enxerto (necrose tubular aguda, trombose e ruptura de anastomose arterial) e reintervenção cirúrgica (nefrectomia, nefrostomia, ureteroplastia e safenectomia) (Figura 1).

As infecções ocorreram em um ou mais sítios, assim distribuídas: 51 (28,5%) no trato urinário, 10 (5,6%) na ferida operatória e cateter venoso central, 8 (4,5%) no trato respiratório e 6 (3,4%) em outros sítios (herpes, citomegalovírus, infecção do trato gastrointestinal e sepse). Destas infecções, 27 (43,5%) foram por germes multirresistentes.

Ocorreu associação estatisticamente significativa ($p=0,037$) entre rejeição e infecção. Dos pacientes que desenvolveram infecção, 44,1% apresentaram rejeição e 28,8% não. Já, dos pacientes sem infecção, 71,2% não tiveram rejeição e 55,9% sim.

A associação das variáveis sociodemográficas analisadas com a presença ou não de rejeição e de infecção não foi estatisticamente significativa para sexo ($p=0,307$ e $p=0,514$), cor ($p=0,305$ e $p=0,804$), estado civil ($p=0,068$ e $p=0,588$) e nível de instrução ($p=0,287$ e $p=0,693$), com valor p respectivamente para rejeição e infecção.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas e clínicas de receptores de transplante renal. Porto Alegre, RS, janeiro de 2007 a janeiro de 2009.

Características	n = 179
Idade (anos)*	43 DP=13,7
Sexo (masculino)	114 (63,7)
Cor (branca)	159 (88,8)
Estado civil	
Casado (a)	98 (54,7)
Solteiro (a)	66 (36,9)
Separado/Divorciado/Viúvo (a)	15 (8,4)
Nível de instrução[†]	
Fundamental incompleto ou completo	111 (63,1)
Ensino médio incompleto ou completo	55 (31,3)
Ensino superior incompleto ou completo	10 (5,7)
Ativo profissionalmente[†]	134 (80,7)
Índice de massa corpórea[†]	
Subnutrição (<17,9 Kg/m)	8 (4,8)
Peso saudável (=18 e <24,9 Kg/m)	74 (44,6)
Sobrepeso (=25 e <29,9 Kg/m)	58 (34,9)
Obesidade Grau I ou II (=30 e <39,9 Kg/m)	26 (15,6)
Status tabágico[†]	
Não fumante	95 (65,1)
Fumante	32 (21,9)
Fumante em abstinência	19 (13)
Tipo de doador[†]	
Falecido	118 (66,3)
Vivo relacionado	45 (25,3)
Vivo não relacionado	15 (8,4)
Cateter venoso central	35 (19,5)
Cateter venoso periférico[†]	172 (92,6)
Cateter de diálise[†]	29 (16,4)
Fístula arteriovenosa[†]	150 (84,7)
Nefro/urostomia[†]	4 (2,2)
Drenos[†]	17 (9,6)
Período de internação (em dias)[‡]	24 (16-39)
Tempo de uso de sondagem vesical de demora (em dias)*	6,1 DP=6,4
Tempo de uso de cateter venoso central (em dias)[‡]	13 (6-23,5)

Dados categóricos apresentados como n (%): *variáveis expressas como média e desvio do padrão; †variáveis que não se obteve respostas em todos os questionários; ‡variáveis expressas em mediana e intervalos interquartis (25-75).

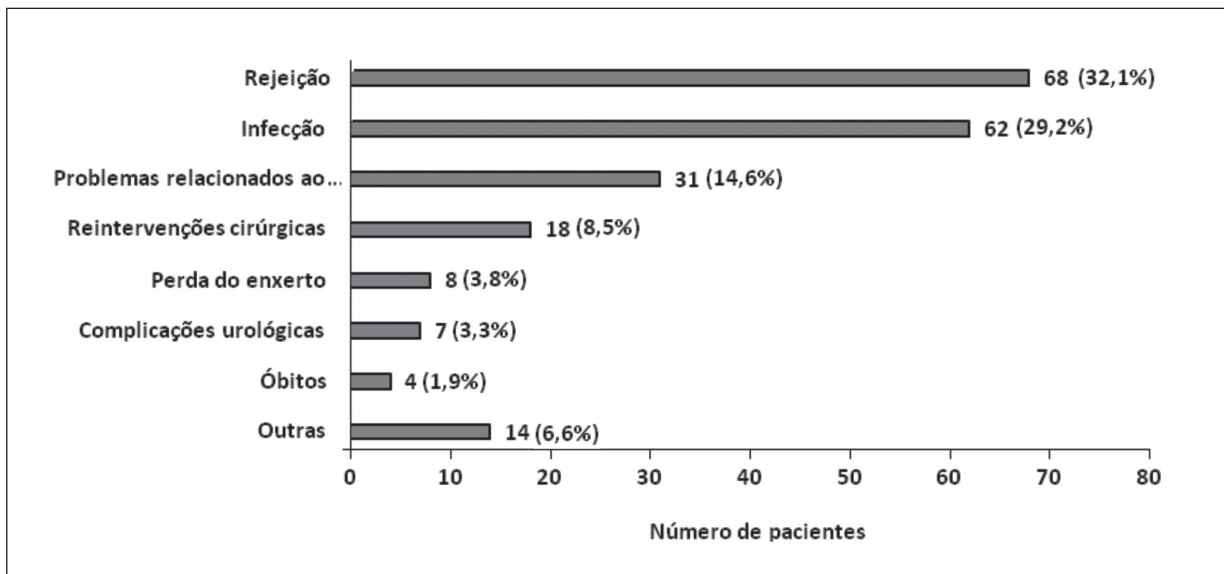


Figura 1 - Complicações ocorridas durante a internação de receptores de transplante renal. Porto Alegre, RS, janeiro de 2007 a janeiro de 2009.

A associação de variáveis clínicas e do uso de cateteres com a presença ou não de rejeição e de infecção não foi estatisticamente significativa para índice de massa corpórea ($p=0,341$ e $p=0,568$), tipo de doador ($p=0,126$ e $p=0,660$), cateter venoso periférico ($p=0,582$ e $p=1$), cateter de diálise ($p=0,634$ e $p=0,088$), nefrostomia e urostomia ($p=0,494$ e $p=0,117$) e drenos ($p=0,441$ e $p=0,106$) com valores de p respectivamente para rejeição e infecção.

Pacientes com rejeição apresentaram menor média de idade ($p=0,011$). Fumantes apresentaram mais casos de rejeição do que não fumantes ($p=0,008$). A rejeição também foi associada com o maior tempo de internação ($p<0,001$) e com o tempo de uso de CVC ($p=0,010$). Houve associação positiva entre casos de infecção e procedimentos invasivos, pacientes que utilizaram CVC apresentaram mais casos de infecção ($p=0,029$) e os com FAV menor número de casos ($p=0,046$). A ocorrência de infecção também foi associada ao maior tempo de internação hospitalar ($p<0,001$) e com o uso prolongado de sonda vesical de demora SVD ($p=0,009$). As associações estão descritas na Tabela 2.

DISCUSSÃO

As características da amostra deste estudo foram semelhantes às encontradas em investigação realizada com transplantados renais no Nordeste

do Brasil, com prevalência de homens, casados, com ensino fundamental completo e idade média de 40,86 anos⁽⁶⁾. No presente estudo, a maioria dos transplantes também ocorreu com doadores falecidos, o que vem ao encontro dos dados estatísticos brasileiros⁽³⁾.

Os tipos de complicações pós-operatórias deste estudo são similares aos encontrados em outro estudo⁽⁷⁾, destacando-se rejeição, infecção e problemas relacionados ao enxerto como os mais prevalentes. Esses fatores podem estar relacionados ao perfil dos receptores, às condições ambientais, às práticas assistenciais, às técnicas cirúrgicas, entre outros. Por isso, é importante que os profissionais de saúde saibam as principais complicações que incidem em receptores de transplante renal e busquem estratégias para prevenir e/ou amenizar as complicações.

A rejeição foi a complicação pós-transplante mais comum neste estudo, semelhante ao encontrado na literatura⁽⁸⁻⁹⁾. Na prática clínica observa-se que os principais sinais e sintomas que caracterizam a rejeição são febre, hipertensão arterial sistêmica, aumento do volume e dor sobre o enxerto, diminuição do volume urinário e o aumento do valor da creatinina sérica sem outra explicação para a ascensão. O diagnóstico precoce da rejeição aguda é crucial para função e sobrevida do enxerto, o que requer da equipe assistencial, em especial a enfermagem uma avaliação criteriosa dos pacientes na busca de

Tabela 2 – Associação entre as variáveis estudadas com a presença ou não de rejeição e de infecção. Porto Alegre, RS, janeiro de 2007 a janeiro de 2009.

Variáveis n=179	Com rejeição	Sem Rejeição	P	Com infecção	Sem infecção	P
Idade (em anos)*	40(DP=12,8)	45,1(DP=12,9)	0,011	42,7(DP=13,8)	43,4(DP=12,6)	0,821
Status tabágico			0,008			0,061
Não fumante	29(54,7)	66(71)		29(30,5)	66(69,5)	
Fumante	19(35,8)	13(14)		16(50)	16(50)	
Fumante em abstinência	5(9,4)	14(15,1)		4(21,1)	15(78,9)	
CVC			0,785			0,029
Sim	21(60,0)	14(40,0)		18(51,4)	17(48,6)	
Não	90(62,5)	54(37,5)		44(30,6)	100(69,4)	
FAV†			0,873			0,046
Sim	92(61,3)	58(38,7)		46(30,7)	104(69,3)	
Não	17(63,0)	10(37,0)		14(51,9)	13(48,1)	
Internação (em dias)‡	35(20-47)	20(14-32,7)	<0,001	36(23,2-49)	20(14-32)	<0,001
Tempo de SVD (em dias)*	5,7(DP=4)	6,3(DP=7,5)	0,524	8,05(DP=9,8)	5(DP=2,7)	0,009
Tempo de CVC (em dias)‡	16(12,5-27)	10(5,5-14)	0,010	16(7,5-27)	11(5-14)	0,068

Dados categóricos apresentados como n (%): *variáveis expressas como média e desvio do padrão; †variáveis que não se obteve respostas em todos os questionários; ‡variáveis expressas em mediana e intervalos interquartis (25-75).

sinais e sintomas para intervenção de forma rápida e eficiente.

Os sítios de infecção encontrados neste estudo, infecção do trato urinário, do trato respiratório, de cateter venoso central e da ferida operatória, também foram descritos em outros estudos⁽¹⁰⁻¹¹⁾. O fato dos pacientes transplantados necessitarem de imunossupressão e SVD no pós-operatório torna-os mais suscetíveis aos agentes patológicos⁽¹²⁾. Neste sentido, há necessidade da equipe de saúde estar capacitada para realizar as práticas assistenciais com técnicas assépticas, bem como atentar para que o tempo de permanência destes dispositivos seja o menor possível, visando diminuir a incidência de infecções. Recomenda-se ainda que as instituições disponham de infraestrutura para higienização das mãos em locais estratégicos, equipamentos de proteção individual, avaliação de indicadores para infecção e *feedback* para as equipes com relação às taxas de incidência das mesmas.

No tratamento da rejeição o receptor de transplante renal necessita de imunossupressores adicionais ao que já está em uso, o que eleva as chances de ocorrência de episódios infecciosos pelo aumento de sua vulnerabilidade⁽¹²⁾. Estudo⁽¹³⁾ revela a importância da avaliação clínica e bacteriológica após o transplante, como forma de prevenção de infecção e, conseqüentemente, prevenção da rejeição aguda após a cirurgia.

Os resultados evidenciaram que os pacientes mais jovens apresentaram mais casos de rejeição, semelhante a achado da literatura⁽¹⁴⁾. Outro estudo⁽¹⁵⁾ mostra que pacientes idosos têm menor imunidade, o que levaria a menores taxas de rejeição, porém quando ocorre esse fato, os danos ao enxerto são mais graves. Assim, são necessários cuidados específicos tanto para os pacientes transplantados jovens, pelas maiores chances de rejeição devido à maior imunidade, quanto aos pacientes idosos pelas comorbidades e gravidade

de um episódio de rejeição, a qual compromete a sobrevida do enxerto.

Nesse estudo há associação entre ser fumante e a ocorrência de rejeição ($p=0,008$). O tabagismo é um fator de risco para rejeição, influenciando a sobrevida do enxerto em pacientes transplantados e, portanto, há necessidade do fumo ser considerado uma doença crônica e ser tratada com abordagem cognitiva comportamental pelos profissionais de saúde⁽¹⁶⁾. Este achado revela a importância do paciente, candidato ao transplante renal, receber apoio e acompanhamento profissional adequado para que a cessação do tabagismo ocorra antes da realização do procedimento cirúrgico, diminuindo assim os riscos de complicações pós-operatórias.

O tempo mediano de internação encontrado neste estudo foi de 24 dias com associação positiva para maiores taxas de rejeição e infecção. Estudo⁽¹⁷⁾ aponta mediana menor, uma vez que descreve média de 16 dias de internação. Essa diferença é preocupante, pois quanto maior o tempo de internação do receptor, maiores as chances de complicações. Nesta direção, é necessário que sejam revistas as práticas assistenciais aos transplantados renais visando diminuir os dias de permanência desses pacientes no hospital.

O uso do cateter venoso central é uma prática comum em receptores de transplante renal. Neste estudo encontramos associação entre o uso de cateter venoso central, rejeição e infecção. Outra pesquisa⁽¹⁸⁾ mostra que as infecções por uso de cateter central estão entre as mais prevalentes no período pós-operatório de transplante. É fundamental que a equipe de saúde receba capacitação para cuidar dos cateteres centrais, com vistas a instalar barreiras estéreis durante a inserção do cateter; usar antisséptico para a assepsia da pele; manipular adequadamente o cateter, cânulas e conexões; trocar equipos extensores e oclusores conforme rotina da instituição; trocar curativo avaliando presença de sinais logísticos; higienizar corretamente as mãos e buscar estratégias para diminuir o tempo de permanência do cateter.

A associação entre infecção e FAV foi estatisticamente significativa, evidenciando que pacientes com fístula têm menor risco para infecções. Quando o paciente não utiliza FAV para hemodiálise, há a necessidade do uso de cateteres venosos. No presente estudo houve tendência

para os pacientes com cateteres centrais adquirirem infecção com maior frequência, sendo que em outra investigação⁽¹⁹⁾ foi descrito que os pacientes que utilizam cateteres centrais para diálise apresentam 34 vezes mais chances de ter infecção comparado aos que usam FAV. Assim, essa associação pode ser justificada uma vez que a maioria dos pacientes desse estudo utilizava FAV para as sessões de hemodiálise, técnica com menor risco de infecção quando comparada ao uso de cateteres vasculares.

O uso de sonda vesical de demora é um procedimento de rotina em receptores de transplante renal sendo utilizada para a recuperação cirúrgica, controle rigoroso do débito urinário e balanço hídrico. Todavia, o seu uso torna os pacientes mais suscetíveis aos agentes infecciosos⁽¹²⁾. O presente estudo identificou que a média de dias de uso de SVD é maior entre os pacientes que desenvolveram infecção. A literatura descreve que o uso de SVD pelo menor tempo possível reduz o risco de infecção⁽²⁰⁾. Nesse sentido, a equipe de saúde, possui importante papel na prevenção deste tipo de complicação, uma vez que deve evitar que os transplantados sejam contaminados pelo manuseio indevido desses cateteres, bem como providenciar a sua retirada o mais precocemente possível.

O sucesso do transplante renal depende da qualidade do cuidado ministrado ao paciente. Dentre esses, a orientação da equipe assistencial quanto aos principais cuidados inerentes a esse tipo de procedimento, o aprimoramento das técnicas cirúrgicas, a busca de melhores práticas de cuidados de prevenção, principalmente quanto às infecções e aos sinais e sintomas de rejeição, são de grande relevância. Levando-se em consideração a gravidade de uma infecção/rejeição é imperativo capacitar os profissionais de saúde com o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes para o adequado exercício profissional. Isto poderia favorecer a segurança do paciente, do ambiente e da equipe assistencial.

Conhecendo os principais problemas que acometem a sua saúde do receptor de transplante renal, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de realizar práticas seguras e resolutivas com base em conhecimentos consolidados para assim garantir a qualidade do cuidado prestado ao paciente.

Limitações do estudo estão relacionadas ao período de coleta de dados e ao número reduzido

de sujeitos, dificultando a generalização dos resultados. Sugere-se a realização de outros estudos desta natureza, no sentido de gerar novos conhecimentos sobre a incidência de complicações do transplante renal, bem como das estratégias de prevenção.

CONCLUSÕES

As principais complicações pós-transplante renal foram rejeição e infecção e estas variáveis estão fortemente relacionadas. A incidência de rejeição está associada a pacientes mais jovens, ao maior tempo de internação, ao uso de cateter venoso central e ao tabagismo. Os casos de infecção foram relacionados ao maior tempo de internação, ao uso de sonda vesical de demora e de cateter venoso central.

Assim, apontam-se como implicações clínicas a necessidade da equipe multidisciplinar repensar suas práticas com relação ao tempo de internação, aos procedimentos invasivos e os cuidados com os pacientes fumantes, pois essas situações demonstraram afetar diretamente a recuperação dos pacientes e a sobrevida do enxerto.

REFERÊNCIAS

- 1 Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acúrcio FA, Caiaffa WT, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. Rev Saúde Publica. 2010;44(4):639-49.
- 2 Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Edição Comemorativa dos 10 anos do Registro Brasileiro de Transplantes - Brasil - 2007 [Internet]. 2007 [citado 2013 Mar 07]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/rbt10anos/index.aspx?idCategoria=>.
- 3 Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro / dezembro - 2012 - Brasil [Internet]. 2012 [citado 2013 Mar 08]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2012/rbt2012-parciall.pdf>.
- 4 Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Relatório de atividades do grupo de enfermagem - Brasil - 2011 [Internet]. 2011 [citado 2013 Mar 08]. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/263/377/>.
- 5 Mcpake D, Burnapp L. Caring for patients after kidney transplantation. Nurs Stand. 2009;23(19):49-57.
- 6 Lira ALBC, Lopes MVO. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(1):108-14.
- 7 Barba AJ, Rincón MA, Tolosa EE, Romero VL, Rosell CD, Robles GJE, et al. Complicaciones quirúrgicas en el trasplante renal y su influencia en la supervivencia del injerto. Actas Urol Esp. 2010;34(3):266-73.
- 8 Solgi G, Furst D, Mytilineos J, Pourmand G, Amirzargar AA. Clinical relevance of pre and post transplant immune markers in kidney allograft recipients: anti HLA and MICA antibodies and serum levels of sCD30 and sMICA. Transpl Immunol. 2012;26(3):81-7.
- 9 Ribeiro AR, Berdichevski RH, Silva DM, Mazzali M, Gonçalves LFS, Manfro RC. Tratamento da rejeição humoral aguda em receptores de transplante renal. J Bras Transpl. 2009;12:1092-95.
- 10 Joseph K, Aditi S, Mieko T, Shili G, Nancy R, Kai C, et al. Infectious complications in kidney-transplant recipients desensitized with rituximab and intravenous immunoglobulin. Clin J Am Soc Nephrol. 2011;6(12):2894-900.
- 11 Gołębowska J, Dębska-Ślizień A, Komarnicka J, Samet A, Rutkowski B. Urinary tract infections in renal transplant recipients. Transplant Proc. 2011;43(8):2985-90.
- 12 Sousa SR, Galante NZ, Barbosa DA, Pestana JOM. Incidência e fatores de risco para complicações infecciosas no primeiro ano após o transplante renal. J Bras Nefrol. 2010;32(1):77-84.
- 13 Rivera-Sanchez R, Delgado-Ochoa D, Flores-Paz RR, García-Jiménez EE, Espinosa-Hernández R, Bazan-Borges AA, et al. Prospective study of urinary tract infection surveillance after kidney transplantation. BMC Infect Dis. 2010;10:245.
- 14 Foster BJ, Dahhou M, Zhang X, Platt RW, Samuel SM, Hanley JA. Association between age and graft failure rates in young kidney transplant recipients. Transplant. 2011;92(11):1237-43.
- 15 Knoll GA. Kidney transplantation in the older adult. Am J Kidney Dis. 2012;6386(12):1402-3.

- 16 Echer IC, Barreto SSM. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. Rev Latinoam Enferm. 2008;16(3):445-51.
- 17 Neto MLS. Fatores de risco para infecções em transplante renal [dissertação de mestrado]. Goiânia (GO): Universidade Católica de Goiás; 2006. 92 p.
- 18 Soong RS, Chan KM, Chou HS, Wu TJ, Lee CF, Wu TH, et al. The risk factors for early infection in adult living donor liver transplantation recipients. Transplant Proc. 2012;44(3):784-6.
- 19 Souza RA, Oliveira EA, Silva JMP, Lima EM. Avaliação do acesso vascular para hemodiálise em crianças e adolescentes: um estudo de coorte retrospectivo de 10 anos. J Bras Nefrol. 2011;33(4):422-30.
- 20 Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010;50(5):625-63.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Ana Paula Almeida Corrêa
Rua Gen. Lima e Silva, 445, ap. 902, Cidade Baixa
90050-101, Porto Alegre, RS
E-mail: anacorrea.enf@gmail.com

Recebido em: 08.04.2013
Aprovado em: 11.09.2013