

Pela primeira vez em Portugal

## **CHULC realiza transplante pulmonar e renal num mesmo ato**

É um feito histórico para o nosso país. Uma estreia. E aconteceu no CHULC. Num mesmo ato cirúrgico, uma doente foi sujeita a transplante pulmonar e renal. Está em franca convalescença. Tudo se deveu à colaboração e dedicação das equipas multidisciplinares dos hospitais de Santa Marta e Curry Cabral.

### - *O testemunho dos enfermeiros*

A realização de um transplante de pulmão e rim em simultâneo é rara. Foi efetuada pela primeira vez em Portugal no dia 15 de novembro passado, no bloco do Hospital de Santa Marta (HSMarta), Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, CHULC. A intervenção aplica-se em situações clínicas com falência de ambos os órgãos devido à mesma doença ou a situações clínicas relacionadas, como aconteceu no presente caso. É muito mais raro do que os outros transplantes simultâneos, como rim-pâncreas, rim-fígado, rim-coração. O transplante rim-pâncreas é o mais comum: no CHULC, foram realizados 24 em 2018.

Da parte pulmonar, o transplante obriga, por regra, à substituição dos dois pulmões. Este caso não foi exceção. Algumas doenças, como as que envolvem infeção crónica, carecem sempre de transplante bipulmonar, pois “se transplantássemos só um lado, acabaríamos por contaminar o pulmão transplantado com o já existente”, explica **José Fragata**, diretor da Área de Coração, Vasos e Tórax.

## Um esforço inter-equipas

O responsável pelo transplante pulmonar, que, no nosso País, é realizado exclusivamente no HSMarta, destaca o facto de esta intervenção ser pioneira, não sendo, porém, menos significativo o **esforço terapêutico “colossal”** que ali foi concentrado. “Tratou-se de uma oportunidade única de colaboração inter-equipas”, sublinha.

**Fernando Nolasco**, que dirige a especialidade de Nefrologia, com sede no Hospital Curry Cabral, diz por seu turno que “não se tratou apenas do ato de transplantar, mas também de acompanhar, antes e, sobretudo, no pós-transplante”. “Termos concretizado com sucesso este transplante duplo demonstra a nossa **capacidade de trabalho conjunto**, articulando os objetivos e estratégias necessários a cada um dos órgãos e patologias, e que nem sempre são coincidentes”. Quanto à importância do ato, é sobretudo para o doente individual - diz -, abrindo a possibilidade a novos doentes serem transplantados em Portugal.

Os procedimentos utilizados neste caso não são muito diferentes dos usados rotineiramente para cada órgão, o que se exige é **concertação plena**. Assim, a situação concreta reclama que os doentes sejam previamente avaliados pelas duas equipas. São realizados os exames necessários. Depois, não havendo impedimentos clínicos, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) é informado e os doentes colocados em **lista ativa**, aguardando-se o aparecimento de órgãos compatíveis do ponto de vista clínico (dimensões, função dos órgãos, etc.), bem como do ponto de vista imunológico.

O ato (ou atos) de transplante ocorreu (ou ocorreram) no Hospital de Santa Marta. A doente permaneceu internada nesse local até ter condições para a alta hospitalar. As equipas de cirurgia e nefrologia deslocaram-se para ali periodicamente.

## Vinte profissionais envolvidos

Para o ato cirúrgico, propriamente dito, duas equipas separadas atuaram sequencialmente. Primeiro os pulmões, depois o rim. Estiveram envolvidas duas dezenas de pessoas...

E qual a condição da doente, agora que está ultrapassada a fase imediata do pós-operatório? Os responsáveis pela dupla intervenção estão de acordo: “Regista-se uma franca melhoria progressiva, em ambulatório, o que no início parecia quase impossível. Foi necessária a intervenção de várias

equipas médicas, além do inicialmente previsto, devido a complicações, situações todas elas ultrapassadas. A doente está muito bem dos órgãos transplantados; com **função normal**. Teve um pós-operatório muito **difícil**, fez fármacos vasoconstritores em altas doses, que tiveram como consequência perdas funcionais a nível dos dedos de uma mão”.



**Equipa do transplante pulmonar:** (da esq. para a dir.) Inês Figueira, perfusionista, Ana Mendes, enfermeira, Helena Semedo, enfermeira, Isabel Fragata, anesthesiologista, Paulo Calvinho, cirurgião, Ana Sofia Santos, pneumologista, Luísa Semedo, pneumologista, Armandina Antunes enfermeira, Dionísio Maia, pneumologista.



**Equipa do transplante renal:** (da esq. para a dir.) Sofia Corado, cirurgiã, Rita Magriço, nefrologista, Fernando Caeiro, nefrologia, Patrícia Cotovio, nefrologia, Elisabete Balão, enfermeira, Américo Martins, cirurgião, Ana Pena, cirurgiã, Fernando Nolasco, nefrologista, Francisco Remédio, nefrologista, Inês Aires, nefrologista, Aníbal Ferreira, nefrologista. Participaram, mas não estão presentes na foto: Sofia Carrelha, cirurgiã, Marisa Teixeira, enfermeira, Cecília Silva, nefrologista.

## O testemunho dos enfermeiros:

### Uma segunda vida

A transplantação é, sem dúvida, uma área fascinante para as equipas multiprofissionais e está em constante evolução. O sucesso é multifatorial e está muito relacionado com a curva de aprendizagem de cada profissional nesta área tão específica, como em qualquer outra.

A equipa de enfermagem que cuida da pessoa transplantada tem de estar capacitada com conhecimentos técnico-científicos que permitam conhecer os aspetos clínicos da **doença respiratória crónica**, das comorbilidades associadas, da farmacologia específica, do manuseio de dispositivos de suporte ventilatório e circulatório, de monitorização invasiva e não invasiva, entre outros.

São estes conhecimentos que permitem aos enfermeiros uma sólida tomada de decisão e efetiva gestão do regime terapêutico da pessoa transplantada.

Neste caso de transplantes simultâneos, a SM é uma jovem com diagnóstico de Fibrose Quística e Insuficiência Renal Crónica, a aguardar transplante pulmonar e renal sob ECMO - técnicas de substituição renal e medicação vasopressora.

Surge dador compatível e no CHULC, no Hospital de Santa Marta, é realizado o **primeiro transplante de rim e pulmão em simultâneo**.

O prognóstico era reservado, um duplo transplante bastante laborioso.

O pós-operatório é efetuado num isolamento protetor e é de elevada complexidade. A vigilância sobre os sinais vitais, o balanço hídrico rigoroso, o controlo apertado das perdas sanguíneas, a administração de terapêutica imunossupressora, vasopressora, anti-hemorrágica, bem como o manejo de dispositivos médicos, são parte das horas que seguem o trabalho do enfermeiro.

## Entre a angústia e a esperança

Lá fora encontra-se uma família, angustiada com a longa espera pelo final da cirurgia, esperançosa com as palavras que vários elementos da equipa operatória vão trazendo nos pequenos intervalos, chorosa com a emoção do acontecimento único. O primeiro **impacto** para a família, que neste caso é a mãe e o namorado, tende a ser muito duro. O enfermeiro responsável pela SM recebe-os à entrada e informa sobre o que é esperado encontrarem, sublinhando a necessidade de cuidados protetores de controlo de infeção daí em diante.

À medida que os dias de internamento vão passando, alguns mais fáceis do que os outros, os desafios que os enfermeiros enfrentam não diminuem. Há complicações que são esperadas, como hemorragia difícil de controlar numa doente em ECMO, mas o enfermeiro dirige também a sua atenção para o controlo hídrico rigoroso face ao risco de **edema agudo do pulmão** e vigilância hemodinâmica intensiva face ao risco de **disfunção primária do enxerto**. Houve momentos em que não foi fácil o equilíbrio entre a necessidade de pressão de perfusão adequada (transplante renal) e um balanço hídrico dentro de parâmetros precisos.

Em parceria com a equipa de fisioterapeutas inicia-se, logo que possível, a **cinesiterapia respiratória**. As mobilizações eficazes estão comprometidas pela complexidade da situação descrita. É essencial a monitorização da dor bem como a constante reavaliação para parte do sucesso, quer da ventilação eficaz, quer da tolerância das mobilizações, conforto e prevenção de outras complicações fisiopatológicas associadas, utilizando-se sempre medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Ponderam-se constantemente as necessidades da doente ao longo do seu internamento. Estabelece-se um **plano terapêutico** para a reabilitação da pessoa transplantada com vista à prevenção de complicações associadas à imobilidade, mas que é ajustado ao estado da doente a cada dia.

As complicações associadas à imobilidade não tardam a aparecer. A SM apresenta **úlceras** por pressão associadas à imobilidade (por instabilidade hemodinâmica), ao suporte inotrópico e vasopressor elevado, bem como ao estado nutricional muito comprometido. Todos estes fatores foram sendo contrariados através de avaliações diárias e da implementação de medidas bem definidas pela equipa. Estas medidas levaram à resolução da maioria das complicações.



## Uma batalha diária

Por outro lado, ao longo do tempo, algumas complicações vão evoluir para perdas permanentes na vida da SM. É premente uma amputação, que, além da função que se perde, condiciona negativamente a autoimagem. O controlo do estado emocional e psicológico da SM e da sua família torna-se uma batalha diária. O trabalho em **equipas multiprofissionais** é essencial para o desfecho destas situações, nomeadamente dos enfermeiros, e o apoio da psicóloga e do psiquiatra.

O trabalho diário do enfermeiro e pneumologista é diligente. Neste tipo de situações (transplantação) há sempre níveis de ansiedade, insónia e irritabilidade elevados, característicos da evolução da patologia e pelos vários fatores associados ao pós-operatório, muito evidentes no caso da SM.

Foram utilizadas várias medidas farmacológicas e não farmacológicas, envolvendo a família (a presença do namorado e da mãe) para o controlo mais eficaz destes sintomas.

O acompanhamento dado à família é uma preocupação dos **enfermeiros da UCI** que, estando constantemente presentes junto dos doentes, são os elementos que melhor identificam as suas dúvidas, os medos e preocupações. Por vezes, são eles quem têm maior facilidade em ajudar a ultrapassar estas preocupações, preparando a família para as más notícias e as perdas, como acabou por acontecer, neste caso, no momento da amputação. Foi, sem dúvida, uma prova de profissionalismo. Baseando-se nos factos clínicos e nas competências relacionais e de comunicação dos enfermeiros da equipa, foi possível explicar e desmistificar assuntos como a amputação e a alopecia associada à imunossupressão e desnutrição, que muito fragilizaram a SM, colocando em risco a sua saúde mental e bem-estar.

Ambas as situações tiveram forte impacto na alteração da imagem corporal, mas foi possível viver um processo de adaptação e aceitação pela SM e família, tendo sido, sempre que necessário, devidamente encaminhadas para respostas mais diferenciadas.

É de salientar a importância da capacidade de **resiliência** da SM no processo de recuperação.

Dia após dia, ganharam-se pequenas batalhas. Os ensinamentos sobre os cuidados a ter após a transplantação foram sendo feitos de forma gradual. Foi dado gradualmente maior relevo às **atividades lúdicas** de cariz terapêutico, adaptadas à SM.

A presença contínua do enfermeiro junto da pessoa e a necessidade de cuidados nas 24h colocam o enfermeiro numa posição singular, enquanto elo de ligação da equipa multidisciplinar. Além das intervenções autónomas de enfermagem, o enfermeiro colabora igualmente na realização de exames de diagnóstico (broncofibroscopias, p. ex.), colocação de cateteres, colocação ou retirada de drenagens, reavaliação das necessidades nutricionais em colaboração com a dietista e valorização do estímulo psicossocial, entre outros.

Na atualidade, as tecnologias de comunicação facilitam a partilha de informação clínica entre a equipa multidisciplinar, promovendo uma adequada e célere tomada de decisão.

O prognóstico reservado manteve-se por um longo período e este pós-operatório terá sido dos **mais desafiantes de sempre** para toda a equipa de saúde. Mas é com satisfação que escrevemos aqui que lutámos para ultrapassar as dificuldades e que nos sobrepusemos às complicações que, por vezes, nos fazem perder as forças! Lutámos todos e a SM foi transferida!

*Rui Martins, enfermeiro*

*Joana Silva, enfermeira*

### **Até casa...**

A intervenção com a pessoa submetida a transplante implica a maximização da sua capacidade funcional e autonomia, através da **reeducação** motora e respiratória, promovendo um processo de transição saudável, facilitando assim a sua **reinserção** no seio familiar e na sociedade. São objetivos gerais comuns a todos os planos das pessoas em situação semelhante. No entanto, a individualidade do ser humano, exige que haja uma adequação destes grandes objetivos à realidade de cada pessoa.

A expectativa da nova vida pós-transplante comporta um conjunto de sonhos e projetos, que, no caso da SM, ficaram adiados por complicações e sequelas, que resultaram numa situação traumática para si e para a sua família. Refletindo-se num internamento longo e intenso, com necessidade de cuidados especializados de toda a equipa, que mobilizou esforços para recuperar uma pessoa que se encontrava num processo de recuperação complexo, com diversas **alterações**, de que se destacam:

- As **físicas**, nomeadamente uma perda quase total de massa muscular e a presença de feridas e cicatrizes importantes. Esta situação condicionou entre outros, um grande investimento no aporte nutricional e no exercício e reabilitação. O desafio constantemente colocado na tomada de decisão, entre regras mais ou menos rígidas definidas para o transplantado e a negociação flexível, tendo em consideração a pessoa e os objetivos – o que pode e o que não pode ser, de todo, comprometido.

Foi efetivamente importante irmos assistindo à recuperação do peso, das funções, mas também da sua preocupação no autocuidado, em arranjar-se e em maquilhar-se.

- As **psíquicas**, de sono, de repouso e de lazer, nomeadamente a dificuldade de conciliação do sono e repouso desejados, com a celeridade, ou não, de execução das atividades de autocuidado e do treino da autogestão de um regime terapêutico complexo, com as atividades e horários hospitalares. Efetivamente, este constituiu outro grande desafio até ser atingida a segurança na capacitação da SM e dos seus significativos.

O trabalho desenvolvido com a SM, no âmbito do seu internamento na Unidade de Pneumologia, constituiu um desafio contínuo e muito enriquecedor para a equipa de enfermagem na procura constante da melhoria na prestação de **cuidados humanizados**, individualizados e especializados.

A par da intervenção realizada nos cuidados de higiene e conforto, pensos, administração de terapêutica, entre outros, foi primordial o trabalho desenvolvido com a SM, mas também com a sua família, na gestão de expectativas e receios no processo de transição para a sua casa.

Tendo sido feito um trabalho de aceitação e adaptação da sua nova condição, de incentivo à sua autoconfiança e motivação como pilares para consolidação do treino das atividades de vida diária (como tomar banho e cuidar da sua higiene pessoal, comer e beber, andar novamente de forma autónoma – que, de um modo geral, podemos pensar ser simples, mas que sofreu uma alteração significativa devido ao longo internamento e sequelas adquiridas pela complexidade da situação); a capacitação para a gestão do regime terapêutico; o momento de, ao fim de tantos meses hospitalizada, tomar a decisão de ter novamente o contacto com o exterior, nomeadamente, partilhando a sua nova imagem numa rede social.

Todas estas as (re)conquistas foram também vivenciadas com gratificação pela equipa. Todavia, é premente a consciencialização de que todas as intervenções dos profissionais deverão ter por base uma **intencionalidade terapêutica**. A título de exemplo, os primeiros passos da SM, dados sem



apoio, foram filmados, a seu pedido, sendo o momento “festejado” genuinamente por toda a equipa, mas também servindo de instrumento de incentivo para o esforço ainda necessário no sentido da recuperação. A própria foi mostrando orgulhosamente a gravação aos diversos profissionais da equipa.

Dadas as especificidades e a complexidade da situação, foram identificados pelos enfermeiros como os maiores desafios:

O estabelecimento de uma **comunicação** promotora de uma relação efetivamente terapêutica e a gestão das suas próprias emoções. Esta última, embora sempre presente, por vezes aparentava estar ausente, ao não ser expressa por palavras, mas significada pela presença do enfermeiro junto da SM em momentos significativos que promoveram a sua reabilitação e o desenvolvimento profissional do enfermeiro.

Das emoções e sentimentos mais difíceis de partilhar destacamos a identificação, pela proximidade, das características da equipa de enfermagem. Numa equipa maioritariamente de mulheres, com idades aproximadas à da SM, pensar nas sequelas inerentes a todo este processo, refletir sobre a questão da alteração do seu corpo e da sua imagem, da dependência e da autonomia ambicionada, acaba por não deixar ninguém indiferente, culminando em períodos significativos de **introspeção, partilha e discussão das estratégias** de intervenção com vista à consecução dos objetivos traçados.

Analisada, agora, esta questão constituiu-se como um fator facilitador no estabelecimento da relação terapêutica.

Não sendo de todo um processo linear para nenhuma das partes, emerge a dificuldade que pode surgir por parte dos enfermeiros em verbalizarem as suas eventuais fragilidades na gestão de emoções. Será assim importante, aproveitando esta reflexão, apostar-se mais na **partilha e reflexão de emoções** junto dos pares e outros profissionais de saúde, de modo a melhorar e favorecer o crescimento pessoal e profissional de cada um e da equipa com o objetivo último de serem prestados cuidados melhorados, especializados, e o estabelecimento de uma efetiva relação terapêutica.

*Carla Pinto, especialista em Enfermagem de Reabilitação*

*Cláudia Carvalho, especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica*

*Nuno Oliveira, especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*

*Armandina Antunes, enfermeira chefe, especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica*