

Preparación del Enfermo ante el Futuro Trasplante

Maite Martínez Ruíz
A.T.S. Servicio de Nefrología
C. Sanitaria La Fé
Valencia.

Preparación del enfermo ante el futuro trasplante

Sabemos que no todos los enfermos, son candidatos para el futuro trasplante. Existen algunas contraindicaciones, con unos criterios clínicos y médicos ya establecidos.

Las decisión de trasplantar, va a ser competencia del nefrólogo previo consentimiento del paciente.

Todo enfermo en DIALISIS, que presuntamente sea considerado candidato a trasplantarse, es remitido por su centro a nuestro servicio con unos protocolos médicos y una valoración actualizada de su situación derivada de su enfermedad.

Aquí se realiza:

- a) Estudio inmunológico con: TIPAJE Y ESCRUTINIO de anticuerpos
- b) Nuestros nefrólogos, tendrán una entrevista personal con el enfermo, en la que se ofrecerá, la información más objetiva, sobre las ventajas y desventajas, que le va a ofrecer el futuro trasplante y
- c) Se confirmará la idoneidad del candidato a ser incluido en lista de espera.

Después de asumida por el paciente, la idea de trasplantarse, este es introducido, en la ya citada lista de espera.

Ante una alarma de trasplante, los riñones son recibidos y puestos en nevera. La sangre es remitida al laboratorio de TIRAJES, eligiéndose entre los posibles receptores aquel que teniendo compatibilidad A B O y protocolo transfusional completo, comparta mayor número de Antígenos con el donante.

Llamamos al paciente por teléfono y una vez llega a la planta, la enfermera, va a jugar un papel importante, puesto que nos vamos a encontrar con una persona, que está impaciente porque se le trasplante, pero sin embargo, va a tener cierto miedo ante lo desconocido. Por lo tanto debemos transmitirle tranquilidad y seguridad, explicándole en todo momento lo que se le va a hacer y para qué sirve.

1) En primer lugar se procederá a una valoración clínica exhaustiva del paciente, por el nefrólogo de guardia. Prestando atención a cualquier complicación mayor con relación a su enfermedad, que pudiese añadir riesgos al TRASPLANTE.

2) Obtener del paciente la AUTORIZACION para la intervención.

3) Extracciones analíticas Pre-trasplante:

Sangre

- + CROSS-MATCH, tubo que hay que remitir urgentemente al laboratorio de TIPAJES. («esta prueba deberá ser negativa»).
- + Hemograma completo
- + Control de Urea, creatinina, y electrolitos
- + Smac, Parathormona, Inmunocomplejos
- + Virus - Toxoplasmosis
- + HBg Ag y HBg Ac (marcadores del virus B)
- + PRUEBAS CRUZADAS, con petición a Banco de sangre, de 2 unidades de concentrado de hemáties, de más de 2 días de antigüedad, con lo que se evita la posible transmisión del «Citomegalovirus», infección que puede ser causa de complicaciones en el

post-trasplante. Este virus se encuentra latente en un 60% de la población, y se inactiva manteniendo la sangre en nevera, durante 48 horas a una temperatura de 4°C.

Orina

- + En caso de que conservara Diuresis, se sacarán 2 tubos:
 - Control
 - Cultivo
- + También un FROTIS FARINGEO, para detectar la existencia de algún germen, potencialmente patógeno.

Control Radiológico

- + Rx-Tórax: Permite evaluar situación cardio-pulmonar.
- + Rx-simple de Abdomen: Para ver el estado de las arterias ilíacas. En caso de estar difusamente calcificadas, puede estar contraindicado el TRASPLANTE.

4) Si el enfermo se encuentra en ayunas, 12 horas antes y en ausencia de H.D. inmediata, se obtendrá sangre para METABOLISMO LIPIDICO. Nos indicará si existe alguna complicación vascular, ya que durante la sesión de H.D. este resultado se encuentra alterado.

Se realizará una sesión de H.D., si bien en las últimas 24 horas no se le hubiese hecho: evitándose la ultrafiltración, para no inducir así la pérdida excesiva de líquidos:

- Con Heparinización mínima o
- con Heparinización regional

5) Después de obtenido todo lo anterior:

- (a) Pesar y tallar al paciente.
- (b) Rasurar desde bajo de las axi-

las, hasta el tercio medio de los muslos.

(c) Bañarlo

(d) Retirar toda la ropa así como todos los objetos metálicos que llevase.

6) Aproximadamente unas 2 horas antes de pasar al quirófano, pintar con una solución antiséptica, la zona donde se va a implantar el injerto.

7) Después cubrir con un paño estéril.

8) La F.A.V., se cubre sin comprimir con venda y esparadrapo, señalizándola bien visible. También en quirófano se le protegerá con una férula.

Con esto intentamos evitar, cualquier golpe, Tomas de T.A. o pinchazo durante la intervención.

Pretendemos mantener la F.A.V. en

óptimas condiciones, ya que es imprevisible, si el paciente va a necesitar DIALISIS, en el inmediato post-trasplante, en caso de fracaso renal del injerto, o bien, rechazara; teniendo que regresar de nuevo a H.D. periódicas.

9) Seguidamente canalizarle una vena con un *DRUM*. Esto nos permitirá, además de mantener una vía para la perfusión intravenosa, medir la PUC, cuyo objetivo, es asegurar una adecuada hidratación del enfermo, en el post-trasplante.

10) Media hora antes de pasar a quirófano, se le administrará ya el tratamiento inmunosupresor, ya que es fundamental para evitar el rechazo del injerto. Constará:

(a) Prednisona — 250 mg diluidos en 100 cc.
levulosa 5% (15'—20')

(b) Azatioprina — 3 mg/Kg de peso

11) En el momento de pasar a quirófano se le administrará, cobertura antibiótica, para la prevención en el post-operatorio de cualquier tipo de infección, sobre todo a nivel de injerto:

—2 gr Cloxacilina
—2 gr Ampicilina
—100 gr Tobramicina

En caso de que el paciente sea alérgico, a la cloxacilina y/o a la Ampicilina se sustituirán por:
—Clindamicina — 400 mg IV

12) Cumplidos todos estos requisitos, solo nos queda, desearle suerte. Y cuando le vemos dirigirse hacia el quirófano, uno está convencido de que un futuro más esperanzador vá a comenzar..