

CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES TRATADOS CON ANTICUERPOS MONOCLONALES EN TRASPLANTE RENAL Y CARDIACO

*Unidad Asistencial Trasplante Renal: M. LLata, T Zuraide, A. Pérez,
F Alsina, F Algorreta, R. Alonso*

*Unidad Asistencial Trasplante Cardiaco: M. Chasco, C. Sainz,
O. Reigadas, M. A. Menchaca, R Tejerizo*

Hospital Nacional Marqués de Valdecilla. Santander.

Los avances inmunológicos en el tratamiento del rechazo han puesto en manos de los profesionales drogas que, debido por un lado a su desconocimiento y por otro a la existencia de sus complicaciones hacen que la enfermería se aproxime con cierto temor a su manejo.

El OKT3 es un anticuerpo monoclonal de origen murino, contra el antígeno T3 (CD3) de los linfocitos T humanos.

Dado que el uso de monoclonales hasta ahora no ha sido rutinario decidimos unir experiencias dos equipos de enfermería en cuanto a patologías, pero iguales en el uso de dicho medicamento como son los equipos de trasplante cardiaco y renal, y así comprobar que resultado había dado el manejo de este fármaco.

Inicialmente, en ambos equipos, se usó sólo cuando otras drogas resultaron ineficaces para tratar el rechazo agudo. Actualmente en la Nefrología se usa profilácticamente en pacientes de alto riesgo, como son los hiperinmunizados, retrasplantes, diabéticos y > 55 años, mientras que en el trasplante cardiaco, se utiliza en pacientes de alto riesgo y portadores de A. citotóxicos.

OBJETIVO

Dar a conocer a la Enfermería las precauciones y complicaciones que el manejo de esta droga conlleva.

MATERIAL Y METODOS

En la primavera de 1988 comienza nuestra experiencia, habiendo tratado hasta la actualidad un total de 23 pacientes, 11 trasplantes cardiacos y 12 trasplantes renales de los cuales; 16 pacientes fueron tratados como respuesta a una crisis de rechazo. Y 7 lo fueron profilácticamente por pertenecer a los grupos de riesgo.

Forma de Administración

Del total de los 23 pacientes tratados con monoclonales, en los 12 trasplantes renales se utilizó para su administración un filtro de 0,2 um de baja adhesividad, para productos biológicos protéicos, pues parece que determinados pacientes han hecho anticuerpos a dichas proteínas; y en caso de tener que utilizar este tratamiento nuevamente, se podrían producir reacciones adversas a dichas proteínas. En el trasplante cardiaco no se utilizó filtro, por no considerarlo necesario.

En los 7 pacientes en que se utilizó como profilaxis se pasó la primera dosis en quirófano; diluída la ampolla en un suero fisiológico de 100 cc a pasar en 3 horas.

En todos los casos el número de dosis fue de 10 a 14.

En el trasplante cardiaco de 10 a 14 días y en el trasplante renal 10 días. En ambos grupos una dosis por día.

Se confeccionaron unas hojas de seguimiento, en las que la enfermería anotaba cualquier incidencia que se produjera, el día, y la hora de las mismas.

Estudios previos al tratamiento

En caso de rechazo corticoreistente nos basamos en unos datos como son:

- Trasplante Renal
- Rx de tórax
 - Biopsia renal
 - Estudio de subpoblación linfocitaria
 - T3 - T4 - T8 basaj

Cuidados previos a la administración (Para ambos)

- Semiaislamiento
- Control de TI (si superior 37,50 no poner)
- Valoración de constantes vitales
- Control de diuresis

Premedicación empleada en los pacientes

- Trasplante Renal
- Urbason 50-60 mgr
 - Polaramine 5 mgr
 - 30' post-tratamiento
100 mgr de hidrocortisona

Reacciones adversas

Trasplante Cardiaco

- Eco Doppler
- Biopsia cardiaca
- Sintomatología

Trasplante Cardiaco

- Urbason dosis variables
- Hidrocortisona 100 mgr
- Benadril o Polaramine
- Gelocatil

Se reflejan seguidamente, separándolas por grupos, por porcentajes, y con una duración de 72 horas (Figs. 1 y 2).

Trasplante Renal

- Fiebre 100 %
- Tiritona 100 %
- Síndrome gripal 100 %
- Mucositis 100 %
- Taquicardia 58 %
- Sudoración 50 %
- Diarrea 48 %
- Vómitos 41 %
- temblor 41 %

Trasplante Cardiaco

- Fiebre 81 %
- Cefalea 63 %
- Taquicardia 63 %
- Disnea 54 % (*)
- Escalofríos 45 %
- Sudoración 18 %
- Náuseas 18 %
- Diarrea 18 %
- Hipo 18 % (*)

Disminuyéndo en intensidad:

Trasplante Renal

- Náuseas
- Pinchazos zona injerto
- Afonía
- Disnea
- Zumbido de oídos
- Cianosis distales

Trasplante Cardíaco

- Vómitos
- Anuria
- Edema Agudo Pulmón
- Problemas respiratorios
- Hipertensión arteria;
- Herpes

Las reacciones adversas en ambos grupos han sido similares, pero hemos comprobado, que algunas aparecen en un grupo, con mayor agresividad que en el otro. (*) Diapositivas. Los más significativos son los siguientes:

DISNEA, de frecuente aparición en el trasplante cardiaco, sin embargo no aparece en la serie de trasplantes renales hasta que se comenzó a utilizar el fármaco como profiláctico. Pensamos que la razón está en que estos pacientes no se pudo ajustar el peso seco por la iatrogenia de la propia cirugía, anuria post-trasplante etc. Por lo tanto creemos imprescindible ajustar el peso seco del paciente al inicio del tratamiento. En los cardiacos esto no es posible ya que el rechazo les hace entrar en \downarrow C. y tienen retención hídrica.

E.A.P. o SOBRECARGA HIDRICA, complicación de no aparición en los casos tratados en el trasplante renal, y sí en el trasplante cardiaco. Esto, quizás se deba, a que en trasplante renal por medio de Ultrafiltración hay mayores posibilidades de llevar al paciente a su peso seco.

HIPO, reseñar que esta complicación no ha tenido ninguna incidencia en el trasplante renal, pero sí en el trasplante cardiaco donde en alguno de los casos precisó tratamiento para su corrección cediendo el cuadro.

DIARREA, presente en los dos tipos de trasplantes, pero con marcada agresividad en el trasplante renal. Precizando un paciente tratamiento con Laúdano para su resolución.

MUCOSITIS, sin marcada presentación en el trasplante cardiaco y presente en todos los casos del trasplante renal. Por lo que nos hemos visto obligados a instaurar tratamiento profiláctico en todos los casos.

El tratamiento de los síntomas en ambos grupos fue muy similar: Antiácidos - Ranitidina Antitérmicos - Dolomega, Gelocatil Antihistamínicos - Polaramine, Benadril Siempre medidas físicas si temperatura mayor de 380

Seguimiento diario

Trasplante renal

- Hemograma
- Ionograma (S y O)
- 5 cms de sangre para congelar y estudios posteriores
- Subpoblaciones T3-T4-78-C3-C4

Trasplante Cardiaco

- Cada tres días
- Hemograma
- Bioquímica
- Eco

COMENTARIOS

La enfermería piensa, que el manejo de este fármaco no está exento de riesgos, y que requiere un conocimiento y preparación por nuestra parte para su utilización.

El paciente debe conocer perfectamente y previo a su aplicación, que el tratamiento que se le va a administrar puede dar complicaciones. Hemos observado que los pacientes que han recibido este tratamiento en el trasplante cardiaco, necesitan más apoyo psicológico, que los pacientes de trasplante renal. Quizás porque en el paciente renal existen otras posibilidades que no tiene el paciente cardiaco.

El paciente debe permanecer en una habitación individual, donde tomaremos medidas de asepsia; dado que el paciente está muy inmunosuprimido, y es factor de alto riesgo.

A destacar que aquellos pacientes que manifestaron mayor reacción en menos tiempo, tardamos más días en revertir dichas manifestaciones.

Que las dos primeras dojis deben ser puestas con presencia o localización del facultativo.

CONCLUSIONES

- 1.º La Enfermería debe conocer el manejo de esta droga.
- 2.º El paciente tiene que saber las reacciones adversas de este fármaco.
- 3.º Se deben mantener medidas de aislamiento.
- 4.º Estos pacientes requieren, por nuestra parte, mayor apoyo psicológico.

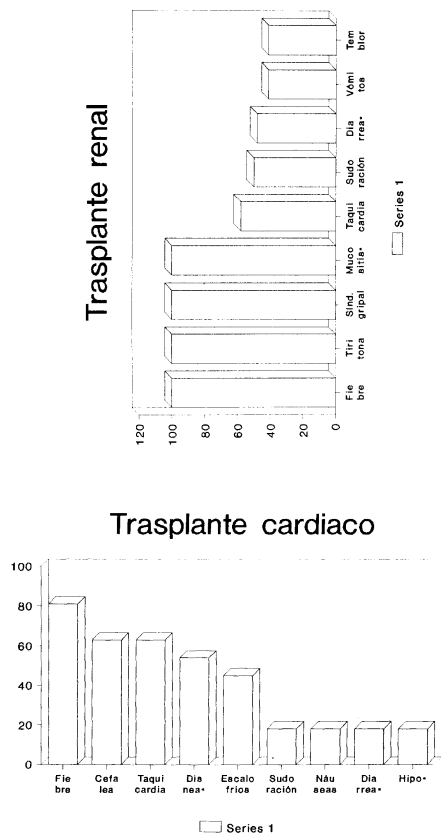


Figura 1

Reacciones menores

Trasplante renal

Náuseas
Pinchazos en zona del injerto
Afonía
Disnea
Zumbido de oídos
Cianosis distal

Trasplante cardiaco

Vómitos
Anuria
E. agudo de pulmón*
Problemas respiratorios
Hipertensión arterial
Herpes

Reacciones adversas

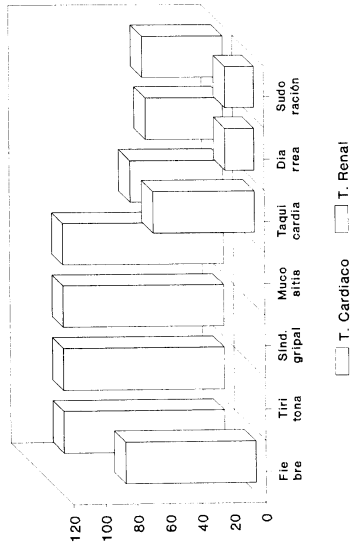


Figura 2