

ESTUDIO DE LA CRISIS DE RECHAZO

M^a. Soledad Arevalillo

Centro Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCION

El objeto de nuestro trabajo lo constituye el estudio de las crisis de rechazo, dado que éste es todavía el principal riesgo al que deben enfrentarse los enfermos trasplantados tanto por el índice de morbilidad que produce como por la posibilidad de pérdida del injerto.

CRISIS DE RECHAZO (diapositiva 1.^a)

Por ser la crisis de rechazo motivo de gran discrepancia de los diversos equipos en cuanto a frecuencia o por su incidencia, que puede deberse a dificultades diagnósticas. Nuestro equipo se ha basado en estos criterios:

Se considera crisis de rechazo:

- A la elevación de Cr. Sérica ≥ 25 % del valor previo.
- A la estabilización del descenso de Cr. Sérica en valores superiores a los normales.
- En riñón no funcionante (N. T. A.), sólo la clínica de rechazo.
- En todo caso: Se excluyeron otras etiologías.

Valorando los criterios anteriores y por ser la clínica importante para el diagnóstico, es de destacar el valor del trabajo de enfermería, como ya veremos más adelante, vigilando la clínica de rechazo en un enfermo trasplantado.

INCIDENCIAS (diapositiva 2.^a)

Entre nuestros enfermos trasplantados se dieron crisis de rechazo en el 70 % (21) y no presentaron ninguna el 30 % (8-9).

ENFERMOS Y CRISIS DE RECHAZO (diapositiva 3.^a)

Para realizar este trabajo hemos valorado los primeros 30 trasplantes realizados y el número de crisis presentadas en total que fue de 28.

CRONOLOGIA (diapositiva 4.^a)

Siendo el rechazo el principal riesgo del enfermo trasplantado hemos analizado el momento de aparición de la crisis. Este fue en los primeros 30 días con el índice más alto, pero cabe destacar que hubo un enfermo que presentó una crisis después de 8 meses.

COMIENZO DE LA PRIMERA CRISIS (diapositiva 5.^a)

La primera crisis de rechazo se presentó en la mayoría de los enfermos durante los primeros 10 días (85, 71 %). Para este análisis se excluyeron los enfermos con N.T.A.

CLINICA DE LA CRISIS DE RECHAZO AGUDO (diapositiva 6.^a)

Como ya hemos dicho, la clínica es fundamental en el diagnóstico de la crisis de rechazo para el tratamiento precoz y la obtención de mejores resultados.

Los síntomas estudiados y valorados son:

- Elevación de la temperatura que se dio en el 71,4 %.
- Aumento del peso en el 76,9 %.
- Elevación de la T.A. en el 32,1 %.
- Disminución de la diuresis en el 35,7 %.

Destacamos de forma importante el aumento de peso, seguido de la elevación de la Tº y en un índice mucho menor las variaciones de T.A. y de diuresis. Todo esto dejando aparte los síntomas y signos locales, que son subjetivos y de difícil valoración.

TIPOS DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Una vez diagnosticada la crisis, se trata a los enfermos con Metilprednisolona 1 g. (en 1 l/) por vía parenteral durante tres días consecutivos.

Se consideraron diferentes respuestas (diapositiva 7.^a):

- R. Completa: Cuando las cifras de creatinina sérica descendieron por debajo de 2 mg/l.
- R. Parcial: Cuando la creatinina descendió sólo a valores ≥ 2 mg/dl.
- No respuesta: Cuando el enfermo volvió al programa de H.D. y/o se le practicó nefrectomía.

Diapositiva 8.^a

La respuesta fue total o parcial en el 75 % No hubo respuesta en el 25 %

COMIENZO DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO (diapositiva 9.^a)

El comienzo de la recuperación se consideró desde el primer día en que las cifras de creatinina comenzaron a descender.

En la recuperación total se vio que se producía desde el $4,53 \pm 2,8$ d. La recuperación parcial se dio a partir de $9,87 \pm 7,56$ d.

Por términos medio la respuesta se estableció en el $6,15 \pm 5,43$ día.

CAUSA DE PERDIDA DEL INJERTO (diapositiva 10.^a)

Por último, la causa más importante del rechazo es la pérdida del injerto que en nuestro medio (servicio) representó el 58,33 % de los casos estudiados (7 enfermos).

GRAFICAS

Vamos a representar las gráficas de tres enfermos trasplantados con riñón de donante cadáver.

Diapositiva 11.^a

Representamos la evolución basándonos en unos parámetros comunes en son:

Temperatura	Creatinina sérica
Tensión arterial	Peso
Tratamiento	Diuresis

Temperatura: Tuvo una ligera elevación en los primeros días que corresponde al post-operatorio inmediato.

Tensión arterial: Ligera elevación sin ningún tipo de repercusión.

Tratamiento: No preciso por no presentar clínica de rechazo en ningún momento, salvo el habitual del trasplante.

Creatinina sérica: A partir del 6.º día de efectuado el trasplante, descendió la cifra de creatinina progresivamente,

Peso: Fue descendiendo hasta alcanzar el peso ideal del enfermo.

Diuresis: Pasado el primer momento de oliguria, fue aumentando progresivamente hasta alcanzar una diuresis normal en riñón funcionante.

Diapositiva 12.^a

En esta enferma valoramos su evolución siguiendo los mismos parámetros: Temperatura, Tensión arterial. Tratamiento, Peso, Diuresis (40 días evolución).

Temperatura: Presenta un pico febril a los 2 días y otro a los 20 días (correspondiendo a clínica de rechazo).

Tensión arterial: Sin variación significativa.

Tratamiento: M.P. en las dos ocasiones que presentó clínica de rechazo.

Creatinina: Un ligero descenso en los 2 primeros días, para después aumentar en las dos ocasiones que presentó crisis de rechazo. Después fue descendiendo hasta alcanzar valores normales.

Peso: En la primera crisis no se puede valorar, después se vio cómo aumentó y ayudó a su diagnóstico.

Diuresis: Un descenso poco significativo en las dos crisis.

Evoluciona favorablemente y el riñón es funcionante.

Diapositiva 13.^a

En este enfermo, como en los anteriores, valoramos los mismos parámetros y vemos:

Temperatura: Fiebre mantenida durante los 10 primeros días.

Tensión arterial: Sin cambios significativos.

Tratamiento: M.P. en las 3 crisis que presentó y preciso de Hemodiálisis.

Creatinina: Elevación progresiva dentro de los 10 primeros días y otra segunda crisis antes de los 30 días.

Peso: Aumento coincidiendo con las crisis.

Diuresis: Ligero descenso correspondiendo con la crisis, pasando a una fase de Poliuria como respuesta al primer choque, luego descenso progresivo hasta llegar a la fase de Oliguria (anuria).

En este enfermo se puede destacar como dato significativo la leucopenia sufrida a los 20 días del trasplante que hicieron reducir la dosis de inmunosupresores.

No hubo respuesta al tratamiento, el enfermo se incorporó al programa de H.D. y le practicaron nefectomía.

CONCLUSIONES (diapositiva 14.^a)

- El rechazo en el trasplante con donante de cadáver es un fenómeno frecuente.
- El 75 % de las crisis son parcial o totalmente reversibles.
- El rechazo es la causa más frecuente de pérdida del injerto.
- La vigilancia estricta de tensión arterial, temperatura, diuresis y peso, es fundamental para un diagnóstico precoz.

CRITERIOS DE RECHAZO

1. Elevación de creatinina sérica $5 \geq 25$ % del valor previo.

2. Estabilización del descenso de creatinina en valores superiores a los normales.
3. En riñón no funcionante (NTA), clínica de rechazo.
4. En todo caso: Exclusión otras etiologías.