

INFECCIONES POST TRASPLANTE INMEDIATO*

N. Rius, S. Angulo, S. Alconchel

Servicio de Nefrología. Fundación Puigvert. Barcelona

INTRODUCCION

Es de todos ya conocidos que las infecciones son las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en el trasplante renal (TR), si bien éstas han descendido últimamente gracias a la mejor utilización de la medicación inmunosupresora.

El objetivo del presente trabajo ha sido estudiar las infecciones acaecidas en el período post-trasplante inmediato y la manera de prevenirlas.

MATERIAL Y METODOS

Hemos estudiado las infecciones durante un período de un mes después del TR en 67 trasplantes realizados a 65 pacientes.

Separamos a los pacientes en dos grupos (cuadro 1):

Grupo A: Treinta y dos pacientes, con una media de edad de 33 años (11-59), 23 varones (71,9 %) y 9 hembras (28,1 %), de los cuales 26 (81,25 %) eran de donante de cadáver y 6 (18,75 %) procedentes de donante vivo.

Grupo B: Treinta y cinco pacientes, con una media de edad de 37 años (14-57), 21 varones (60 %) y 14 hembras (40 %), de los cuales 30 eran de donante de cadáver (85,7 %) y 5 procedente de donante vivo (14,3 %).

El grupo B fue tratado con la siguiente pauta: Administración de 1 g de Cefazolina al inicio de la intervención, repitiendo la inyección a las 6 horas si aún no había finalizado. Lavado de la zona quirúrgica con Povidona yodada y con una solución de alcohol éter. Oxigenoterapia en las dos primeras horas post TR. Deambulamió precoz (dentro de las primeras 24 horas), clapping, fisioterapia respiratoria. Retirada precoz de sondas y drenajes quirúrgicos.

El grupo A se ha utilizado como grupo control, sin la administración de antibioterapia profiláctica.

Todos los pacientes han permanecido aislados en cámara estéril.

En ambos grupos se han recogido para ser cultivados: orina, muestras de líquido de drenaje diario, secreciones de herida, esputos, puntas de drenajes (ilíacos, retroperitoneales, hipogástricos ...) y catéteres (subelavía), al ser retirados.

La cámara estéril reúne las condiciones asépticas adecuadas para evitar peligros de infección en pacientes que como ya es sabido están inmunodeprimidos.

En la antecámara el personal de enfermería se equipa con polainas, gorro, mascarilla y bata estéril, además de proceder a un lavado quirúrgico de manos.

Las curas y recogida de muestras se realizan con el máximo de esterilidad.

Técnica de curas:

Lavado quirúrgico de manos, desinfección de la zona con Povidona yodada y colocación de guantes estériles procediendo al tipo de cura que coresponda.

Para la recogida de muestras de sondas y catéteres, se corta un extremo con material estéril y con la colaboración de otra persona que abre el recipiente, también estéril, se deposita en su interior para su posterior cultivo en el laboratorio.

RESULTADOS (cuadro 2)

infecciones de herida:

La presentaron 13 pacientes (40,6 %) de] grupo A y 8 pacientes (22,8 %) del grupo B. Esta diferencia es estad ísticamente significativa ($p < 0,05$).

Infecciones de orina:

Quince pacientes del grupo A (46,8 %) y 11 del grupo B (31,4 %) sufrieron al menos un episodio de infección urinaria durante el período de observación. La diferencia es estad ísticamente significativa ($p < 0,05$).

infecciones pulmonares:

Tres pacientes de] grupo control (9,3 %) y 2 del segundo grupo (5,7%) presentaron una clínica sugestiva y un cultivo de esputo postiuvo. No hay diferencia significativa entre los dos grupos.

Bacteriemias:

Dos pacientes del grupo A (6,2 %) y 3 de] grupo B (8,5 %) han tenido al menos un hemocultivo positivo. No hay diferencia significativa entre los dos grupos.

COMENTARIOS

Las infecciones más frecuentes son las de herida y las urinarias.

Se observa una disminución significativa de la incidencia en las infecciones de herida con la administración de antibioterapia profiláctica. Esta constituye un punto importante, ya que permite disminuir las complicaciones secundarias (dehiscencias de sutura, septicemia, sobreinfección de linfocele, fístula urinaria, estenosis ureteral, etc.)

La no desaparición de estas infecciones es probablemente secundaria al mantenimiento de los tubos de drenaje, aunque actualmente se retiren de forma precoz.

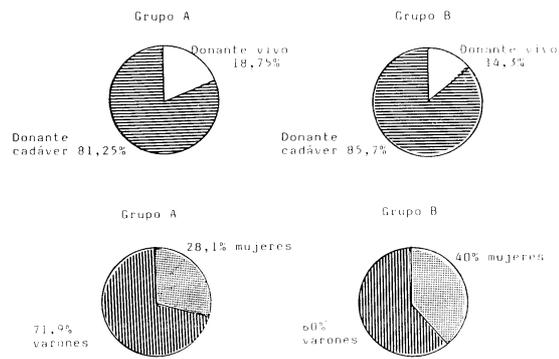
En las infecciones urinarias se observa tina disminución significativa con el uso de antibióticos, aunque no una desaparición completa. Podría ser debido al mantenimiento de la sonda vesical durante 48 a 72 horas después del TR.

Es importante lograr la desaparición de estas infecciones, ya que son una causa frecuente de septicemias y de infecciones urinarias crónicas en estos pacientes.

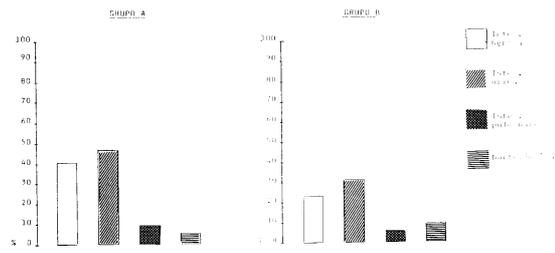
En las bacteriemias y en las infecciones pulmonares no hay diferencia significativa en ambos grupos.

CONCLUSIONES

Con el empleo de la antibioterapia y de las medidas profilácticas adoptadas por enfermería en el postoperatorio inmediato, así como con una mejor utilización de los inmunosupresores, se ha observado una disminución significativa de las infecciones urinarias y de herida, permitiendo tina disminución de las complicaciones secundarias a éstas.



CUADRO Nº 1
CARACTERISTICAS GENERALES



CUADRO Nº 2
RESUMEN