

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA

UNIDAD DE HEMATOLOGÍA CLÍNICA

Autores (Enfermeros de la unidad):

Ana Serrano Marcén

Raúl Sánchez Ferrer

Estefanía Casas López

Daniel Serrano Dolado

CASO CLÍNICO:

**TRASPLANTE AUTÓLOGO EN
PACIENTE EN TRATAMIENTO
CON DIÁLISIS**

INTRODUCCIÓN

En el año 2018 realizamos en nuestra unidad el primer trasplante de médula ósea en Aragón a una paciente con patología renal que estaba siendo dializada y a la que no se le podía suspender su tratamiento de diálisis durante su ingreso para el TPH

- ***EQUIPO DE TRABAJO***

- Equipo médico: Hematología y Nefrología
- Equipo de enfermería: enfermeras de la unidad de Hematología y de la unidad de Diálisis, auxiliares de enfermería de la unidad de Hematología

- ***ACONDICIONAMIENTO DE LA HABITACIÓN***

- Habitación de aislamiento inverso estricto
- Realización de obras en el aseo de la habitación para poder conectar la máquina de diálisis y realizar allí la diálisis dado que la paciente no podía salir de la habitación

PRESENTACIÓN DEL CASO

• 06/ ABRIL/ 2018

Ingreso de la paciente en el servicio de Hematología clínica para realizar autotrasplante de progenitores hematopoyéticos

- Diagnóstico de ingreso:

- . Mieloma Múltiple Bence Jones de cadenas ligeras lambda
- . Insuficiencia Renal Crónica con diálisis

- Antecedentes personales:

- . Mujer: 58 años, 55.400kg, 160cm
- . Sin alergias conocidas
- . Síndrome ansioso-depresivo
- . Diabetes gestacional
- . Anemia normocítica en 2017

- Antecedentes quirúrgicos:

- . Biopsia renal
- . Nefrectomía derecha
- . Vertebroplastias D10, D11, D12

- Medicación domiciliaria al ingreso:

- . Omeprazol 20 mg (De)**
- . Escitalopram 20 mg (De)**
- . Seguril 40 mg (De)**
- . Primperan 10 mg s/p (De)**
- . Orfidal 1mg (23h)**

- Valoración de enfermería al ingreso:

- . Sin alteraciones respiratorias**
- . Patrón alimentario normal con restricción hídrica de 1litro al día**
- . Eliminación: en régimen de diálisis 3 días a la semana**
- . No alteraciones de la movilidad**
- . Higiene adecuada: portadora de catéter central tipo Tesio**
- . Norton al ingreso: 19**

ESTUDIO DEL CASO

• 16/ AGOSTO/ 2017

- . Visita a urgencias por dolores óseos repetidos → acúñamientos vertebrales secundarios a microfracturas
- . Ingreso en Nefrología → Dx de IRA por sospecha de nefrotoxicidad por consumo de AINES
- . Ingreso para estudio y descarte de patología subyacente tipo MM

• 22/ AGOSTO/ 2017

- . Se realiza 1ª sesión de hemodiálisis convencional

• 23/ AGOSTO/ 2017

- . Biopsia renal → riñón de mieloma
- . AMO → MM Bence Jones de cadenas ligeras lambda



● 24/ AGOSTO / 2017

- . Traslado al Hospital Clínico en unidad de Hematología con colaboración con Nefrología
- . Tratamiento del MM según protocolo de Hematología
- . Tratamiento de la IRA con HD con filtros especiales (Theralite)

● 27/ AGOSTO/ 2017

- . Nefrectomía derecha de urgencia por hemorragia → filtro en vena cava inferior a nivel intrahepático
- . Ingreso en UCI → HD y tratamiento de la IRA, tratamiento del MM en función de la respuesta renal
- . 11/ septiembre/ 2017 → última sesión de HD convencional en Hospital Clínico

● 14/ SEPTIEMBRE/ 2017

- . Traslado a Hospital Miguel Servet → unidad de Nefrología compartida con Hematología (a cargo de Hematología)
- . Tratamiento hematológico del MM
- . HD → martes, jueves y sábados (habitualmente sesiones de 4 horas)
- . 28/ septiembre/ 2017 → vertebroplastias D10, D11, D12 por aplastamientos vertebrales
- . 02/ noviembre/ 2017 → alta domiciliaria con cita en consulta de Hematología y régimen de diálisis de forma ambulatoria

● 13/ NOVIEMBRE/ 2017

- . 1ª visita en la consulta de Hematología del Hospital Miguel Servet
- . Tratamiento del MM en hospital de día de Hematología → VTD x 6 hasta febrero 2018
- . Régimen habitual de HD de forma ambulatoria



● **FEBRERO 2018**

- . Remisión del MM → se comenta con Nefrología la posibilidad de realizar TPH
- . La paciente acepta el auto-TPH
- . 28/ febrero/ 2018 → se realiza aféresis y se extrae producto para TPH (criopreservado)
- . Hasta la fecha del ingreso para auto-TPH se realizan todas las pruebas pertinentes y relacionadas con el mismo; manteniendo el régimen habitual de HD ambulatoria

INGRESO EN LA UNIDAD DE HEMATOLOGÍA CLÍNICA PARA AUTO-TPH

● 06/ ABRIL/ 2018

- . Hidratación y alcalinización
- . Tratamiento oral según protocolo de auto-TPH
- . Catéter central tipo Tesio → utilizado exclusivamente para HD (enfermeras de HD) y para IPH
- . Canalización de vía venosa periférica para uso de enfermería de la unidad

● 07/ ABRIL/ 2018

- . HD convencional

- **08 y 09/ ABRIL/ 2018**

. Acondicionamiento con Melfalán IV

- **10/ ABRIL/ 2018**

. HD convencional realizada a partir de hoy en la habitación y a cargo del personal de enfermería de la unidad de diálisis

● 11/ ABRIL/ 2018 (DÍA 0) → IPH (Auto-TPH)

- . 11.15h → premedicación p.o.m. con Actocortina 250 mg iv+ Polaramine 1 amp iv+ Granisetron 1 amp iv**
- . 11.50h → se inicia IPH utilizando el catéter Tesio**
- . TA mantenida → media de 125/75**
- . Saturación O2 mantenida con GN 2lx' → media de 95%**
- . Fc → mantenida en media de 65x' con bradicardia de 46x' que remonta sin necesidad de Atropina**
- . Presencia de 2-3 vómitos biliosos cediendo las nauseas al finalizar IPH**
- . Hormigueo en EESS y zona genital → p.o.m. administración de 2 amp de Ca+ iv diluidas durante la 1ª bolsa, repitiendo en la 2ª bolsa**
- . Infusión de 2 bolsas de producto de aféresis → total 195 ml + 500 ml S.Fco + 240 ml Ca+ diluido; total de 935 ml**
- . 12.50h → finaliza IPH, ceden los síntomas y recupera constantes habituales. Administración de 1 amp de Seguril iv p.o.m.**
- . Heparinización de catéter Tesio**

- **12/ ABRIL/ 2018 (DÍA +1)**

- . Constantes estables
- . BH mantenidos
- . Se retira fluidoterapia y se hepariniza vía periférica, mantiene tratamiento vía oral

- **13/ ABRIL/ 2018 (DÍA +2)**

- . Se realiza 1ª sesión de HD post TPH

- **14/ ABRIL/ 2018 (DÍA +3) a 24/ ABRIL/ 2018 (DÍA +13)**

- . Evolución favorable → constantes estables, BH mantenidos, recuperación progresiva de cifras
- . Visita diaria de hematólogo y nefrólogo responsables
- . Régimen habitual de HD (en habitación) 3 días a la semana con buena tolerancia

- . Catéter Tesio utilizado por enfermeras de HD: manipulación, mantenimiento...
- . Vía venosa periférica heparinizada sin necesidad de fluidoterapia
- . Mantenimiento del tratamiento vía oral, precisando únicamente de forma iv algún Primperan por las mañanas y algún Seguril para equilibrar BH
- . Transfusiones → 5 pool de plaquetas irradiadas a lo largo del ingreso
- . No presencia de fiebre, siendo la temperatura máxima 37,8°C en el día +8
- . Mucositis oral e intestinal grado 1 → no limitación de la ingesta ni requerimientos de NPT; administración de batidos hiperproteicos de forma puntual
- . Analgesia → requiere Cl. Mófico sc de forma aislada

● 25/ ABRIL/ 2018 (DÍA +14) → Alta a domicilio

- . Medicación al alta → Omeprazol 20 mg (De) + profilaxis Auto-TPH: Ciprofloxacino 500 mg (De-Ce), Fluconazol 200 mg (De), Aciclovir 800 mg (Co) + medicación habitual
- . Revisión en consulta de Hematología
- . Régimen habitual de HD

EVOLUCIÓN POST AUTO-TPH

● ABRIL 2018 a JULIO 2018

- . Revisiones en consulta de Hematología
- . Buen estado hematológico

● AGOSTO 2018

- . 02/ agosto/ 2018 → inicia tratamiento de mantenimiento con Lenalidomida 5 mg vía oral al día
- . Remisión completa del MM
- . Revisiones mensuales en consulta de Hematología con ajuste de tratamiento de mantenimiento (Lenalidomida 5/10 mg al día)

ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE

● ESTADO HEMATOLÓGICO

- . No ha requerido ningún ingreso posterior al Auto-TPH
- . A fecha de 21/ agosto/ 2019 → ciclo 14 de Lenalidomida oral (ciclos de 21 días)

● ESTADO NEFROLÓGICO

- . No ha requerido ningún ingreso
- . Tratamiento oral habitual
- . Continua con su régimen habitual de HD 3 días a la semana (martes, jueves y sábado) → sesiones de 4 horas bien toleradas
- . Portadora de catéter central tipo Tesio para la realización de HD
- . Junio 2019 → inclusión en lista de trasplante renal

CONCLUSIONES

A pesar de la incertidumbre que nos causó el caso al ingreso de la paciente, con el trabajo de un equipo multidisciplinar de nuestra unidad de Hematología y la unidad de diálisis realizamos un buen trabajo en equipo sin complicaciones importantes para la paciente; consiguiendo una buena evolución y pronta recuperación de la misma.

Nos encontramos satisfechos con el trabajo realizado y con el agradecimiento y reconocimiento del mismo por parte de la paciente



MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN

24° Congreso Nacional de Enfermería Hematológica

Octubre 2019