



CLÍNICA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL TRASPLANTADO HEPÁTICO EN UCI.

NURSING CARE FOR THE LIVER TRANSPLANT PATIENT IN THE INTENSIVE CARE UNIT.

***Barrios de Juan, José Ramón.**

*Enfermero de U.C.I. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Palabras clave: Riesgos químicos, enfermeros.

Key words: Chemical risk, nurses.

RESUMEN

El trabajo que presentamos refleja la necesidad de una protocolización para la aplicación del plan de cuidados de enfermería a pacientes con trasplante hepático. Dicha guía de actuación presenta la obligada coordinación que debe existir entre los recursos utilizados, los diferentes servicios hospitalarios implicados y los distintos colectivos que, como equipo multidisciplinar, participan en el desarrollo del proceso, junto con enfermería.

ABSTRACT

In this work we want to stress the necessity and importance of a practice guide for the nursing care of liver transplant patients. This guide must emphasize the coordination between the resources, the different hospital sections involved and the components of the multidisciplinary team which participates in this process of care.

INTRODUCCIÓN

La realización de un edificio requiere de elementos diversos, materiales y humanos, que permiten la visualización real de un dibujo plasmado previamente en papel. De nada serviría, por tanto, relatar de forma minuciosa nuestro trabajo, si este no estuviera respaldado por más de doscientos trasplantes hepáticos en los últimos 3-4 años.

El trabajo enfermero se engarza correctamente con el del resto del equipo multidisciplinar, consiguiendo unos cuidados efectivos, eficaces y eficientes, valorando cualquier emergencia y siendo capaces de actuar ante ella.

Vamos a intentar desvelar las preguntas que se plantean: Qué, quiénes, cuándo, cómo, etc., desde que el trasplantado ingresa en nuestra unidad hasta que abandona la misma quedando alojado en la Unidad de trasplantes (3ª Centro) del H.U.V.A.

Si utilizáramos un símil deportivo, el de las carreras de relevos, en nuestro hospital existirían tres corredores (quirófano, uci, trasplantes) que siendo todos del mismo equipo hospitalario, precisarían de una correcta coordinación y sincronización para que el testigo (el enfermo trasplantado) sea entregado y recibido correctamente para alcanzar la meta.

MATERIAL Y MÉTODO

INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO/GUÍA DE ACTUACIÓN PARA UN CORRECTO PLAN DE CUIDADOS

1.- Valoración de necesidad de recursos

¿QUÉ NECESITAMOS?

- Recursos materiales.
- Recursos humanos

Los operados son ubicados en el denominado Box del Centro. Consta de seis camas y la dotación de un enfermero cada dos camas y un auxiliar de Enfermería cada tres. El enfermo es recibido por su médico y enfermero responsable, siendo asistido por otro del box y un auxiliar que actúa de enlace.

El testigo ha sido entregado por el corredor de quirófano (cirujano, anestesista, enfermero, celador). Nos informará de cualquier incidencia, previa a la llegada, para la buena marcha del proceso. Es portador de la Historia Clínica del paciente y de los hemoderivados no utilizados durante la intervención.

Previamente a la llegada habremos preparado el hueco (la habitación): monitor, ventilador, transductores de presión, aspiradores, ordenador... Revisaremos también el carro de paradas y desfibrilador, reponiendo lo necesario y firmando el estadillo correspondiente.

2.- Valoración del estado del paciente

¿Cómo llega a u.c.i.?

Es portador de un RESPIRADOR portátil en ventilación controlada, un MONITOR de transporte, sonda urológica y gástrica (o gastro-yeyunal), cánulas arteriales, 1-2 vías centrales y alguna bránula periférica, drenajes y a veces kher.

3.- Valoración del Plan de Cuidados

¿Cuál es el orden de instalación correcta?

Lo primero la conexión del TRANSDUCTOR de la P. A. CRUENTA que nos informará de forma inmediata de la tensión de llegada, en segundo lugar la MONITORIZACIÓN

CARDIACA, conexión al RESPIRADOR de la habitación. Los demás elementos a continuación (sonda gástrica, pulxiosimetría, drenajes y diuresis).

Registraremos volumen de drenaje y diuresis.

Realizaremos EKG, analítica de ingreso completa y rayos x.

Conectaremos sonda gástrica a bolsa.

¿Cuales son los principales cuidados enfermeros?

1) Cuidados GENERALES. Similares al del resto de ingresados:

- Mantendremos una correcta HIGIENE del enfermo, vigilando el estado de la piel y mucosas. El aseo completo tiene lugar una vez al día, en turno de mañana y siempre que se precise.
- Comprobaremos que el SISTEMA INFORMÁTICO recoge los datos del monitor. Si no es así, comunicarlo e introducirlos a mano.
- CURAREMOS cada 24 h. y en turno de mañana catéteres y heridas salvo otra orden de frecuencia.
- Revisaremos gráfica, fluidoterapia y flujo de bombas de infusión y su coincidencia con el tto. prescrito.
- Aceptaremos los valores por defecto del tto. e ingreso al finalizar la jornada laboral.
- Prepararemos las peticiones de ANALÍTICAS ordinarias en turno de mañana que cursaremos por la tarde. Asegurándonos de la recepción de resultados y otras pruebas pendientes y su paso a la gráfica informática.
- Escribiremos el RELEVO de Enfermería, entregado y recibido a pie de cama.
- Y un largo etc.

2) Control y cuidados HEMODINÁMICOS. También, en principio, similares a cualquier hospitalizado:

- Nos aseguraremos de la correcta conexión de electrodos, manguito de TA, pulsioximetría, presiones..., para la transcripción adecuada al monitor de todos los datos.
- Comprobaremos que las CTES estén entre límites ACEPTABLES, vigilando la aparición precoz de HTA A medida que se estabilizan se distancian en el tiempo.
- Vigilaremos la aparición de arritmias, comunicándolo o actuando según proceda.
- Controlaremos las pérdidas por drenajes, diuresis y sonda gástrica.

3) Cuidados RESPIRATORIOS:

- Mantendremos y vigilaremos las medidas de soporte respiratorio. Nos llega en ventilación controlada, realizándose siempre que sea posible un “weaning” precoz.
- Mientras permanezca intubado verificaremos los PARÁMETROS del RESPIRADOR y que han sido recogidos por el sistema informático, y si no es así los introduciremos a

mano. Asegurándonos de la humidificación y correcto flujo de oxígeno. La fijación del tubo orotraqueal (TOT) será la adecuada, cambiaremos la misma al menos cada turno. Comprobaremos los límites idóneos de alarmas de presión, volumen y FIO2...

- La MOVILIZACIÓN es PRECOZ, al tercer o cuarto día se suele levantar a sillón.
- Fisioterapia respiratoria, "clapping", etc., permitirán la movilización de secreciones, evitando la aparición de atelectasias.
- La ASPIRACIÓN de SECRECIONES se efectuará con técnica estéril.
- Durante el periodo de destete extremaremos la vigilancia de FRECUENCIA RESPIRATORIA, cardiaca, signos de aumento de trabajo respiratorio, posición de la cama, etc.

4) Control NEUROLÓGICO:

Comprobaremos el estado de conciencia. La recuperación suele ser rápida. La sensación que experimentan todos los pacientes al despertar es desorientación acompañada de preguntas como ¿dónde estoy? ; ¿Va todo bien?, ¿Funciona el trasplante? .Las alteraciones del SNC nos pueden avisar de disfunción del injerto, aumento de Tensión Arterial (TA), trastornos electrolíticos, efectos secundarios a ciclosporina.

5) Control ANALÍTICO:

Fundamentalmente al ingreso, durante tres primeros días: iones, electrolitos, CyA (Ciclosporina), Tacrólimus. Véase el esquema adjunto:

ESQUEMA ANALÍTICA PROTOCOLIZADA PARA TOH

ANALÍTICA	INGRESO	1ºDÍA	2ºDÍA	3ºDÍA
Gases, iones Glu, Ca, Ht°	SI	C/8h	C/12h	C/24h
Hemograma	SI	C/8h	C/12h	C/24h
Coagulación	SI	C/8h	C/12h	C/24h
Hitachi, BrD	SI	C/24h	C/24h	C/24h
GGT				
GOT, BRT, GPT	SI			
BUN/Creat	SI			
Mg	SI			
CyA	Tras iniciar	a las 8h	a las 8h	a las 8h
Tacrólimus	Tras iniciar	a las 8h	a las 8h	a las 8h

6) MEDICACIÓN

Dosificaremos, según órdenes médicas. Protección gástrica, descontaminación gástrica (norfloxacina y nistatina), vitamina k. Profilaxis infecciosa. Ig, inmunosupresora y crónica. Habrá sido ampliamente explicada en el apartado médico.

7) NUTRICIÓN:

Hasta no hace mucho tiempo el orden de instauración era NP, NE y dieta oral.

Hoy, aun manteniendo estas medidas, tras comprobar el tránsito, se comienza con NE por sonda gástrica instaurando la alimentación por boca lo antes posible.

CONTROL Y CUIDADOS EN LAS PRIMERAS 72H

¿Cuándo avisaremos al médico?

En situaciones de:

- Anuria o diuresis < 0.5ml/kg/h.
- Drenado >100ml/h y/o hemático. La hemorragia es una complicación precoz, según su cantidad podrían valorar su reintervención.
- Arritmia, BDC <40 latidos por minuto, TCD >130 latidos por minuto.
- HTA o hipotensión.
- Bradipnea o taquipnea tras extubación
- SO₂ <94%.
- ETC.

¿Qué tiempo aproximado mantendremos los catéteres?

- Swan-Ganz 48 h.
- Línea arterial 72 h.
- Drenajes 72 h. (según sangrado) excepto kher. Que es cuando se ha eliminado el líquido acumulado en el área quirúrgica.
- Sonda vesical al cuarto día. Entre el segundo y el sexto según otras fuentes consultadas.
- Sonda gástrica en el momento que exista tolerancia.

Tenemos que reseñar aquí que en nuestra unidad se realiza una medición de las cargas de trabajo, de todo enfermo ingresado, siguiendo la guía NEMS (que deriva de la escala TISS). Es por ella que sabemos y deducimos la inmensa carga de trabajo diaria, superando los 45-50 puntos en las primeras 72 h., cuando otros pacientes ingresados no trasplantados se sitúan unos 20 puntos por debajo.

El T.O.H. es dado de alta y entonces...?

El enfermero responsable elaborará el informe de alta de Enfermería que recogerá:

- Estado general del paciente.
- Técnica de trasplante.
- Clase de medicación. Tto. en UCI.
- Ubicación de apósitos, drenajes y catéteres, indicando la fecha de abordaje si se han realizado en la Unidad.
- Evolución del postoperatorio.
- Últimas ctes. registradas.
- Problemas y cuidados pendientes, donde quedan recogidos los DdE (diagnósticos enfermeros). (Ver **anexo**).

Necesitaremos para realizar el traslado:

- Ambú, monitor de transporte, bala de oxígeno, conexiones de la misma, percha porta sueros, ventimask/gafas nasales, maletín de urgencias.
- Historia Clínica, Hoja de Alta de Enfermería, Hoja de Alta Médica.
- Enseres personales.

Será acompañado el trasplantado por su enfermero, que lo presentará al personal de la Unidad de Trasplantes.

Durante la estancia en UCI, habremos facilitado la Educación Sanitaria al enfermo y la familia sobre:

- Uso y dosis de inmunosupresores
- Principales complicaciones.
- ETC.

La Educación Sanitaria será completada por los enfermeros en planta.

RESULTADOS

- ◆ Adecuada aplicación del plan de cuidados atendiendo a las necesidades del paciente según su estado de salud
- ◆ Unificación de criterios en la actuación enfermera que evita la improvisación y aplicación de diferentes pautas de actuación
- ◆ Estandarización de cuidados
- ◆ Preparación integral del paciente
- ◆ Permanente control y seguimiento del proceso

CONCLUSIONES

La estandarización y priorización de los CUIDADOS enfermeros es una guía para aplicar nuestros conocimientos a estos pacientes. Pero estos deberán INDIVIDUALIZARSE, de esta manera, la vigilancia y detección de cambios en el estado del enfermo será más certera.

La FINALIDAD de la actuación de Enfermería es la PREPARACIÓN INTEGRAL del enfermo, el CONTROL y SEGUIMIENTO de las REACCIONES durante el INGRESO y el TRASLADO.

Se trata de impulsar una fuerte implicación de los profesionales para una MEJORA CONTINUA de la CALIDAD centrada en el TRASPLANTADO y su ENTORNO FAMILIAR.

No nos olvidemos que la limitación de la Enfermería hace que en situaciones similares y proporcionando idénticos cuidados los resultados finales sean diferentes.

Mucho es el trabajo desarrollado y el realizado para concienciar a la población sobre la cultura de la donación, estos ESFUERZOS debieran EMPEZAR entre los miembros del EQUIPO DE SALUD (y tú, ¿desearías donar tus órganos?). No es que estemos salvando vidas, estamos entregando nuestra vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. CEBRIAN CUEVAS E. BENCOMO GARCIA. Estudio del Posoperatorio y Cuidados de Enfermería del Trasplante Hepático en la Comunidad Canaria. Hospital Universitario Nuestra Sra. De la Candelaria. Sta Cruz de Tenerife. XXVIII Congreso Nacional SEEIUC. 12/15 de mayo 2002. Sevilla.
2. CIRCUITO DESDE LA DETECCIÓN AL TRASPLANTE, IV Congreso Nacional de Trasplantes. Hospital Universitario La Fe. Valencia. 2002.
3. PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Malaga. 2001.
4. MATESANZ R., MIRANDA B., Coordinación y Trasplante. El modelo español. Curso de Postgrado. Universidad de Alicante/O.N.T. Villajoyosa. Noviembre de 2003.
5. LONG B., PHILIPPS W., CASSMEYER V., Enfermería Medico Quirúrgica. Un enfoque del Proceso de Enfermería. Ediciones Harcourt Espana S. A. Barcelona 1999.
6. REVISTAS DE ENFERMERÍA INTENSIVA Editorial Doyma. S. L. Barcelona.
7. MARTIN SERRANO F., COBO L., ET ALT. Guía Práctica de Cuidados Intensivos. Departamento de Cuidados Intensivos. Hospital 12 de Octubre. Madrid 1998.
8. URDEN L., STACY K. Prioridades de Enfermería de Cuidados Intensivos. 3a Edición. Barcelona, Ediciones Harcourt S.A. 2001.

9. MIRANDA B., CONCEPCIÓN DE LA M, ET ALT. El Proceso de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos. 12a Edición Internacional. Alicante Marzo de 2004.
10. PROTOCOLO TRASPLANTE HEPÁTICO UCI GRAL Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca. Murcia 1999

ANEXO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

1. Riesgo de infección r/c:
 - Trastorno sistema inmunológico.
 - Mal estado nutricional.
 - Pérdida de integridad cutánea.
 - Presencia de caterizaciones invasivas
2. Alteración de la mucosa oral r/c infección por inmunopresión
3. Alteración en la protección r/c:
 - Terapias médicas.
 - Nutrición inadecuada.
4. Dificultad para el mantenimiento del hogar r/c la renuncia del fallo terminal del órgano debido a un rechazo.
5. Ansiedad r/c:
 - Amenaza de rechazo del órgano trasplantado.
 - Amenaza de un cambio de funciones.
 - Amenaza de muerte.
6. Exceso o déficit del volumen de líquidos r/c compromiso de la función renal, hepática, cardiaca, pulmonar y pancreática debido a isquemia, rechazo o pérdida de sangre en los lugares quirúrgicos.
7. Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio de la ventilación y la perfusión asociada con una infección o sobrecarga de líquidos.
8. Disminución del Gasto cardiaco r/c:
 - Anormalidades eléctricas asociadas con un desequilibrio de electrolitos.
 - Contractilidad ineficaz asociada con una sobrecarga o un déficit de líquido.

9. Intolerancia a la actividad r/c:

- Debilidad general asociada con problemas de líquidos y electrolitos.
- Mala nutrición.
- Estado físico previo al trasplante.
- Actividad diaria.
- Enfermedad crónica de larga duración.
- Terapia con corticosteroides.
- Desequilibrio entre las necesidades y el abastecimiento de energía

10. Trastorno de la imagen corporal r/c:

- Cambios en la actividad física.
- Cambios en la fisonomía debido a la terapia con corticoides.
- Cambio en las funciones dentro de la unidad familiar.

11. Déficit de conocimientos en auto cuidados r/c:

- Consumo adecuado de los fármacos.
- Signos y síntomas de infección, rechazo.
- Falta de vigilancia de otros parámetros como glucemia, peso corporal, o presencia de disnea.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia