

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

EVALUACIÓN PARA EL RECEPTOR DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Autor principal ARKAITZ PERFECTO VALERO

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Quirúrgica

Palabras clave Evaluación Receptor Trasplante Hepático

» Resumen

El trasplante hepático es el tratamiento de elección en la hepatopatía terminal.

La cirugía de reemplazo puede estar indicada para cualquier etiología, siempre y cuando hayan fracasado otras alternativas de la práctica médica, ya que disminuye la mortalidad, aumenta la supervivencia del paciente y mejora su calidad de vida.

Evaluar en profundidad al potencial receptor de injerto hepático disminuye claramente su mortalidad: Se constata el hecho de que la mejor selección de donante, receptor y momento de la cirugía es lo que más ha contribuido a la mejoría del éxito en este trasplante. En contrapartida, los pacientes con enfermedad hepática grave suponen un impacto muy importante en lo que a cuidados pre, intra y postoperatorios se refiere: Es fundamental en estos aspectos la labor de Enfermería, motivo que justifica el respeto protocolar en el abordaje de estos enfermos.

El porqué de la comunicación comporta el quehacer en cuanto al Protocolo de evaluación para potencial receptor de trasplante hepático: No sólo

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Bizkaia:
Centro de referencia dentro y fuera de la Comunidad Autónoma Vasca.
- Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática: Programa de Trasplante Hepático.
- Servicio de Gastroenterología: Sección de Hepatología.

Surge como respuesta a la necesidad de aunar las exploraciones necesarias para garantizar la máxima seguridad del paciente potencial receptor de injerto hepático.

En febrero de 1996 se lleva a cabo el primer trasplante de hígado en este hospital, habiendo transcurrido casi 33 años desde que se realizara el primero en Denver, Colorado.

Durante los 17 años desde la implantación del programa, en Cruces han acontecido más de 1000 implantes, cuyos resultados, notablemente

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

El/la paciente es remitido por su médico responsable de atención especializada (Deben indicarse nombre de ambos, así como del Centro de Origen).

En su Hospital de Referencia se han de llevar a cabo las siguientes exploraciones con carácter preferente-urgente:

- Medidas: Peso, Talla, Índice de masa corporal, Perímetros torácico y abdominal.
- Gastroscopia (Si no tiene reciente).
- Colonoscopia (En pacientes con anemia ferropénica de causa no filiada o factores de riesgo para neoplasia de colon).
- Ecografía convencional (Si no tiene reciente) y Eco-Doppler abdominal.
- Valoración respiratoria: Rx Tórax, Gasometría Arterial y Pruebas funcionales respiratorias.
- Densitometría ósea. (Por adversidad del tratamiento corticoideo).
- TAC cerebral, torácico y Gammagrafía ósea (Si la indicación de trasplante incluye la presencia o sospecha de hepatocarcinoma).
- Resonancia hepática convencional y angio-resonancia.
- Valoración ORL (En pacientes mayores de 50 años y/o fumadores).
- Valoración psiquiátrica (Para estudio preliminar de la aceptación del trasplante y sus consecuencias. En los pacientes con antecedentes de alcoholismo se valorará específicamente su conciencia de la enfermedad y dependencia, y su pronóstico alcoholológico).
- Valoración por CMF (Previa realización de ortopantomografía).
- Revisión ginecológica.
- Vacunación (Si procede): VHA, VHB, Neumococo, Tétanos, Gripe, Haemophilus.
- PPD-Prueba de la tuberculina.
- Otros (Individuales): Valoración por Hematología, Inmunología y Microbiología. Citología y Anatomía Patológica si precisa.
- Además será necesario la realización del Cross Match: Pruebas cruzadas donante-receptor para ABO y HLA.

La consideración Favorable versus Desfavorable se establece primeramente en base a criterios de cumplimiento prequirúrgico:

- Resultados de las exploraciones para inclusión en el listado de potenciales receptores, y
- Puntuación en la Escala de Child-Pugh: Predice la probable mortalidad asociada a la cirugía, pronóstico y necesidad de un trasplante de hígado. Evaluando 5 ítems (Bilirrubina total, albúmina sérica, INR, ascitis y encefalopatía hepática. Rango 5 a 15), se propone trasplante a pacientes con CHILD B o C (Mayor a 7 y 10 respectivamente).

En el momento de realización del trasplante, la previsible supervivencia del paciente con enfermedad hepática terminal en lista de espera para recepción de nuevo órgano responde a:

- MELD Score (Escala que clasifica la gravedad de la enfermedad hepática crónica según las cifras de bilirrubina sérica, INR y creatinina sérica. Predice la supervivencia del paciente en lista de espera y evalúa el riesgo de muerte después del trasplante): Se precisa que presente un mínimo de 10 puntos en la escala MELD (Rango 6 a 40), o complicaciones específicas de la cirrosis con Child-Pugh mayor a 7.
- Compatibilidad inmunosanguínea ABO: Igual que en transfusión. (Riguroso).
- Compatibilidad histológica: HLA 1-Antígenos A y B; HLA 2-Antígeno DR.
- Tamaño, peso y anatomía propia del órgano ajeno.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

El factor tiempo, inherente a la realización de las exploraciones pertinentes para inclusión en la lista de potenciales receptores, transcurre en paralelo a la evolución de la enfermedad hepática terminal, habiendo casos en los que, siendo el pronóstico negativo, la falta de tiempo condicione la supervivencia del paciente.

En cuanto a economía y personal, el tratamiento multidisciplinar obliga a la ejecución de numerosas exploraciones y cuidados que, aun no siendo baratos, no persiguen sino la prevención de posibles adversidades ligadas a la posterior terapéutica. Por tanto habrían de considerarse como inversión en seguridad.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Factores temporales, económicos y de recursos humanos, materiales e institucionales. Descritos como soluciones en el apartado anterior, suponen ser cuestiones a la que dar respuesta con acciones personales dentro de la colectividad implicada.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Al ser la mayoría de exploraciones actuaciones directas sobre el paciente, la implicación del mismo en ellas le asigna un rol con posibilidad de ser más o menos participe de forma activa en el proceso.

Otras, en cambio, serán eminentemente pasivas al no requerirse su presencia ni intervención.

La familia, en mayor o menor medida y siempre en conformidad del enfermo, podrá asimismo prestar sus contribuciones.

» Propuestas de líneas de investigación.

La supervivencia al año oscila entre el 80 al 85%, disminuyendo del 60 al 75% a los cinco años; porcentajes que van en correlación al estado previo del paciente.

Es por ello por lo que hoy día la tendencia es a trasplantar antes, tratando de evitar demoras en la lista para potenciales receptores al quedar acogidos en el programa pacientes que, exentos de contraindicaciones, aún no presentan evidencia clínica de fase terminal.

En detrimento, quedarían excluidos de indicación hepatocarcinomas no curativos, colangiocarcinomas y consumo étílico activo.

Si bien es cierto que la adicción a alcohol o drogas es contraindicación absoluta para el trasplante, y el colangiocarcinoma no es indicación por sus malos resultados; en el contexto de selección a paciente con cáncer pueden incluirse en lista hepatocarcinomas que cumplan los Criterios de Milán: Una lesión menor de 5cm o hasta 3 lesiones menores de 3cm.

» Bibliografía.

- ASF Lok, Bj McMahon. AASLD practice guideline: Chronic Hepatitis B. Hepatology 2001.
- Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Madrid. Ed. Médica Panamericana, 2004.
- Hawes RH, Fockens P. Endoscopy. USA. Saunders Elsevier, 2006.
- Parrilla Paricio P. Cirugía AEC. 2ª ed. Madrid. Ed. Médica Panamericana, 2010.
- Rodrigo L. Tratamiento de las enfermedades digestivas. Madrid. Ed. Médica Panamericana, 2008.