

Protocolo de actuación del profesional de enfermería ante un donante multiorgánico y su familia.

Autóres:
Ana Barbero Asensio, Antonio Carvajal Buendía, M.^a José Díaz Navarro, Gemma Martínez Estalella, Pilar Mateo Ayora, Carmen Miguel Fidalgo, M.^a Antonia Plaza Font
Hospital de Bellvitge. «Prínceps de España». L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

INTRODUCCION

Los impresionantes logros habidos en la medicina moderna a lo largo de las últimas décadas y la profunda transformación operada en todas nuestras estructuras sociales en este mismo período de tiempo, han hecho posible la feliz superación de aquellos esquemas que concebían la enfermedad como un castigo divino o, en el mejor de los casos, como un mal inevitable del que no nos era posible salir.

Simultáneamente, la salud se ha ido configurando como algo deseable primero, como un bien posible después y como un objetivo irrenunciable en que el concepto de salud es no solo ausencia de enfermedad sino un desarrollo bio-psico-social del ser humano.

En este contexto, los trasplantes de órganos, que constituyen a la vez, la gran novedad y la gran esperanza de la medicina moderna, han creado una problemática nueva alrededor de los mismos, que tiene, además, la particularidad de involucrarnos no solo en nuestra labor asistencial sino como ciudadanos, pues todos somos, o posibles receptores o potenciales donantes de órganos.

La característica diferencial entre el trasplante y cualquier otra forma de tratamiento no es el grado de dificultad o el nivel de experimentación clínica en que se encuentran. El hecho que diferencia fundamentalmente al trasplante es que para poderlo

llevar a cabo, se necesitan órganos de donante cadáver, y ésta es una de las principales limitaciones con que se encuentran todos los programas de trasplante. Esto hace que el trasplante necesite una atención especial y diferente a otras técnicas terapéuticas.

“ Los trasplantes de órganos, que constituyen a la vez, la gran novedad y la gran esperanza de la medicina moderna tienen la particularidad de involucrarnos, pues todos somos, o posibles receptores o potenciales donantes de órganos ”

La condición ética fundamental se halla en la certeza de la muerte del donante, realidad objetiva que no puede nunca confundirse con la situación extrema de quien va a morir en plazo breve, por irreparables que sean las lesiones y por más seguro que pueda ser el pronóstico. Para diagnosticar la muerte cerebral, debe haber una

ausencia completa de las funciones cerebrales, sin ningún tipo de respuesta motora apropiada o inapropiada (p.e. respuestas de descerebración o decorticación).

La certeza de la muerte no elimina, con todo, la dificultad que existe para la disposición de los órganos. Casi todas las civilizaciones y culturas exigen consideración a la voluntad del difunto respecto a la disposición de su cuerpo y muestran además gran respeto para con el cadáver, vinculado frecuentemente a sus concepciones religiosas. Así, pues, la cesión de los órganos para después de la muerte dependerá de la voluntad libremente expresada en vida por el difunto y en su defecto será suplida por los padres, familiares o tutores legales.

Para entender en profundidad la compleja situación en la que se produce una donación de cadáver, debe tenerse en cuenta la cruda realidad vivida por los responsables de la donación en el momento de realizarla, en ausencia de la voluntad previa por parte del difunto. Se trata siempre de unas personas que viven una tragedia terrible por la pérdida de un ser querido y debe tenerse en cuenta la dificultad que tienen en esos momentos para asumir, además de la tragedia propia, la presentada por un posible receptor en espera de trasplante. En segundo lugar, estas personas deben entender, en condiciones emocionales adversas, una serie de conceptos científicos nada sencillos, como son los de muerte

“ El hecho que diferencia fundamentalmente al trasplante es que para poderlo llevar a cabo, se necesitan órganos de donante cadáver. Esto hace que el trasplante necesite una atención especial y diferente a otras técnicas terapéuticas ”

cerebral. Finalmente, pueden aparecer sentimientos de culpa ante el ser querido, expresados en el momento de su muerte por el recuerdo de lo que se hizo mal o de lo que se dejó de hacer en la vida, lo cual dificulta la posibilidad de conseguir la autorización para obtener cualquier órgano; otras veces pueden ser anómalos temores religiosos concretados en el miedo a una resurrección mutilada, cuando no, auténticos temores frente a lo que puedan decir otras personas de su entorno que no sean favorables a la donación.

En este contexto, es frecuente encontrar actitudes recelosas en las personas responsables de materializar la donación y aún cuando cada vez van siendo menos frecuentes las negativas, todavía resulta difícil conseguir los órganos en el caso de donante cadáver.

Nada predispondrá mejor a estas personas responsables de materializar la donación, que el interés y la humanidad demostrada por todo el equipo sanitario que atendió al paciente en su enfermedad y al apoyo que los familiares hayan recibido en esos momentos difíciles.

No obstante, la donación de órganos va en aumento como

acto altruista y desinteresado y en su máxima expresión como exponente de SOLIDARIDAD, en la que superando los tabúes heredados de carácter casi sagrado e intocable del cuerpo del difunto, prevalece sobre la ayuda incomparable que representa a algunas personas cuya vida depende de algún órgano, o bien otras —es el caso de un trasplante de ojos— cuyo modo de proseguir en la vida cambia sustancialmente, porque posibilita su plena inserción en ella.

En cualquier caso, el proceso de obtención de órganos está formado por una serie de acciones legales, sociales y organizativas que han de estar concatenadas y son realizadas por un equipo sanitario multidisciplinario. Probablemente no haya ninguna otra actividad comparable en los hospitales que requiera el nivel de colaboración de diferentes servicios y estamentos, como es el caso del trasplante.

La obtención de órganos de cadáver presenta además una serie de condicionamientos, puesto que el donante potencial es aquel a quien ha sobrevenido la muerte por interrupción irreversible de las funciones cerebrales, pero que conserva la función circulatoria y respiratoria mediante métodos artificiales.

El número de personas que mueren en estas condiciones es muy escaso, y representa el 1-2% de todas las muertes hospitalarias. Por ésto, es tan importante la detección de todos estos casos, y hace falta todo el esfuerzo y medios adecuados para llegar a hacer el diagnóstico de muerte cerebral en el momento oportuno, puesto que el mantenimiento prolongado de una coma de *passé* o irreversible, comporta frecuentemente que se malogre la función de los posibles órganos a trasplantar.

La detección de un posible donante, ha sido descrita como uno de los puntos de pérdida más importante de donantes en otros países, y se relaciona con:

- a) el desconocimiento del personal sanitario sobre la escasez de órganos.
- b) las características de los donantes.
- c) la importancia social del trasplante para los pacientes receptores?
- d) resistencia a enfrentarse con la familia del fallecido sobre la donación.
- e) el exceso de trabajo que representa en muchas ocasiones el mantenimiento del cadáver en condiciones óptimas.

El que los órganos puedan llegar en unas condiciones óptimas puede representar al receptor de los mismos, más posibilidades de éxito en el trasplante que se le vaya a realizar, así como disminuir las complicaciones y sufrimiento que el mismo comporta. Para todo ello, es necesario establecer unas pautas de actuación con un control constante del donante, observando los cambios que se vayan produciendo para actuar de forma oportuna en cada momento, a la vez que se unifican los criterios entre todo el equipo.

OBJETIVOS

Los objetivos que se pretenden con el presente trabajo son los siguientes:

- 1) Que la identificación y detección del donante potencial sea precoz y efectiva.
- 2) Que el personal de Enfermería conozca la problemática del trasplante y sea capaz de realizar la identificación de los donantes potenciales.
- 3) Que la enfermera responsable del donante, informe a la familia junto con el médico, facilitando la canalización de los problemas que pudieran surgir, así como dando el soporte y apoyo que en esos momentos la misma necesita.
- 4) Que el personal de Enfermería conozca y siga los protocolos de actuación en los cuidados del donante.

5) Obtener datos mediante la evaluación de los resultados referentes al número de donantes, la calidad de los cuidados de enfermería y seguimiento del trasplante en los receptores y los éxitos conseguidos.

Para la exposición de los objetivos anteriormente citados seguiremos el siguiente esquema:

- 1) Valoración de la situación por posible donante.
- 2) Coordinación del equipo asistencial.
- 3) Cuidados de Enfermería.
- 4) Soporte de documentos.
- 5) Evaluación.

Dados los requerimientos de espacio, se desarrollan de forma específica los aspectos 1, 3 y 4.

VALORACION DE LA SITUACION DEL POSIBLE DONANTE

Los donantes potenciales de órganos son aquellas personas a las que puede sobrevenir la muerte cerebral por una lesión conocida e irreversible del Sistema Nervioso Central con abolición de todas las funciones de los hemisferios y del Tronco Cerebral, pero que conservan las funciones circulatoria y respiratoria con técnicas de mantenimiento artificial.

Por la experiencia clínica se han determinado algunas lesiones o patologías que más frecuentemente pueden conducir a muerte cerebral, siempre teniendo en cuenta la magnitud de esta lesión y el grado de coma que, para una misma lesión estructural, puede presentar diferentes aspectos y ser más o menos intenso. Estos tipos de lesiones pueden ser:

- Traumatismos cráneo-encefálicos: 25.30%.
- Accidentes Vasculares Cerebrales (AVC):
 - Hemorrágicos: 25.30%.
 - Isquémicos: 5%.

- Tumores cerebrales: 2.3 %.
- Otras causas de isquemia cerebral irreversible: 12.15%.

Con todo ello tenemos que el donante potencial es aquel que está dependiente de un respirador, puesto que la función respiratoria espontánea está abolida, al que se le están administrando determinados fármacos y drogas para mantener una correcta función circulatoria y al que se está prestando una atención médica y de enfermería especializadas.

Como es de suponer, estos pacientes están ubicados en Servicios especiales como son:

- Reanimación de Urgencias.
- Cuidados Intensivos.
- Coronarias.
- Neurología - Neurocirugía.
- Etc.

A estos Servicios denominaremos como «generadores de órganos» y es el personal de los mismos, el punto de partida para que pueda ponerse en marcha la detección, identificación y mantenimiento de los posibles donantes.

En todos los Servicios de atención especial, los controles de los pacientes se realizan en períodos de tiempo cortos, según requiera el estado del paciente. En general, en estos controles se mide la T.A., la P.V.C., la FR, la FC, diuresis y T.^a. Sólo en algunos casos determinados, exceptuando los Servicios de Neurología y Neurocirugía, se realiza la exploración neurológica de forma sistemática, y es ésta la que nos pone en sobreaviso de que un paciente puede estar en muerte cerebral o cercana a ella.

La exploración neurológica basada en el Test de Glasgow es sencilla de realizar, rápida y efectiva, no sólo en el caso de pacientes susceptibles de muerte cerebral, sino para el conocimiento y seguimiento correcto de todo paciente neurológico. Esta exploración se basa en tres parámetros, divididos cada uno de ellos en diferentes grados de respuesta:

“ Debe tenerse en cuenta la cruda realidad vivida por los responsables de la donación en el momento de realizarla. Se trata siempre de unas personas que viven una tragedia terrible por la pérdida de un ser querido y debe tenerse en cuenta la dificultad que tienen en esos momentos para asumir, además de la tragedia propia, la presentada por un posible receptor en espera de trasplante ”

1) APERTURA OCULAR:

- Espontánea.
- A la orden.
- Al dolor.
- Ninguna.

2) RESPUESTA VERBAL

- Orientado.
- Confuso.
- Palabras inadecuadas.
- Sonidos incomprensibles.
- Ninguna.

3) RESPUESTA MOTORA

- Obedece órdenes.
- Localiza dolor.
- Flexión convencional.
- Flexión espástica.
- Extensión.
- Ninguna.

La puntuación máxima en la escala de Glasgow es 15 y corresponde a los pacientes sin alteración importante del SNC. La puntuación mínima es 3 y significa que el paciente no da respuesta, normal ni patológica a los estímulos externos. Siempre que realicemos el Test de Glasgow a un paciente, debemos tener en cuenta, si se le han administrado o no depresores del SNC o relajantes musculares, puesto que estos enmascaran la respuesta.

Conjuntamente con el Test de Glasgow se realiza un estudio del tamaño de las pupilas.

Cuando un paciente presenta una puntuación de 3 en la Escala de Glasgow, en ausencia de depresores del SNC, y una midriasis pupilar con arreactividad a la luz podemos presuponer que se encuentra en estado de muerte cerebral o cercana a ella.

Existen otros indicios que nos indican que el paciente se encuentra en una situación crítica, como son: disminución importante de la T.A., taquicardia que evoluciona rápidamente hacia bradicardia, hipotermia y oliguria o anuria. En el caso que sea la enfermera quien detecte esta situación, lo comunicará al médico responsable, para iniciar los trámites de la posible donación.

Se avisa al neurólogo, neurocirujano o neurofisiólogo para que realice una exploración neurológica de diagnóstico de muerte cerebral, posteriormente se constata la exploración con un registro electroencefalográfico a la vez que se cursa un estudio analítico de barbitúricos en sangre.

Si tanto la exploración neurológica como el E.E.G. determinan «muerte cerebral» y la barbituremia es negativa, nos encontramos ante un paciente en situación de muerte cerebral que va a evolucionar hacia la parada cardíaca y cuyas funciones respiratoria y circulatoria podemos mantener de un modo artificial durante un período de tiempo relativamente corto.

La legislación vigente exige un segundo exámen neurológico y otro registro encefalográfico a las

seis horas de haberse realizado el primero. Es a partir de esta segunda confirmación de muerte cuando podemos determinar que nos hallamos ante un cadáver.

Durante estas seis horas, el Coordinador de Trasplantes, solicita a los familiares del paciente, que ya conocen la situación, la donación de los órganos, con la colaboración de todo el equipo asistencial que facilita la solución de los problemas que se planteen, a la vez que da el soporte psicológico tan necesario en estos momentos.

“ Los donantes potenciales de órganos son aquellas personas a las que puede sobrevenir la muerte cerebral por una lesión conocida e irreversible del Sistema Nervioso Central pero que conservan las funciones circulatoria y respiratoria con técnicas de mantenimiento artificial. ”

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Los patrones básicos serán:

- Correcta oxigenación.
- Perfusión óptima de los órganos.
- Control neurológico.
- Cuidados generales con estrictas medidas asépticas.

a) Correcta oxigenación:

- Intubación y conexión a respirador volumétrico.
- Mantener PO₂ arterial entre 70-100 mm.Hg. mediante la FiO₂ necesaria y mantener el correcto metabolismo aeróbico.
- Colocar PEEP si es necesario para conseguir la PO₂ correcta.

b) Perfusión óptima de los órganos:

- Control hemodinámico.
- Medición de T/A, PVC i diuresis cada 15' y se estabiliza cada 60'.
- Si la T/A <100 administrar Suero Salino Isotónico en sobrecargas hasta conseguir T/A >100 o PVC de 10-12 mm Hg.
- Por c/500 c.c. de Suero Salino administrar 50 de Seroalbúmina y mantener la presión oncótica.
- No usar dextrano ya que es nefrotóxico.
- Mantener HTO por encima del 20% en donantes renales y del 30% en donantes de corazón e hígado. Si es preciso transfundir concentrados de hematíes o sangre total.
- Mantener la diuresis = ó > de 60 ml/hora ya que indica el adecuado gasto cardíaco y el correcto flujo plasmático renal.
- Administración de Dopamina si la expansión del volumen plasmático no corrige la T/A y la excreción de orina. Dosis de 5/10 mcr.gr./Kg./minuto y/o dobutamina a igual dosis y seguir perfundiendo líquidos.
- Si la Diuresis sigue siendo escasa con T/A de 100 mm.Hg. administrar Furosemida o Manitol ajustando exactamente la dosis ya que aumenta la toxicidad renal.

• Si aparece poliuria, puede ser hipotónica (Diabetes insípida o falta de secreción de hormona antidiurética A.D.H. en pacientes con T.C.E.), el enfermo va deshidratándose y aumenta los niveles de Na en plasma, este transtorno puede provocar, si no se previene, la deshidratación.

• Si T/A = 100 mm.Hg., PVC 6 cm H₂O y diuresis de 60 cc/hora se repondrá la diuresis horaria.

Administración de ClK según resultados de la analítica.

c) *Control neurológico:*

- Control cada 30-60' de Test de Glasgow.
- Reflejos pupilares.
- Tamaño.
- Reflejos etc.

d) *Cuidados generales:*

- Cama plana o a 30 grados.
- Ojos perfectamente lubricados y tapados, procurando que los párpados coaptan perfectamente, protegidos para un posible trasplante de córneas.
- Cambio de apósito cada 24 o 48 horas.
- Cambio de equipos de perfusión cada 24 horas.
- Medición de talla, perímetro abdominal y torácico.
- Higiene y cuidados habituales del paciente.
- Corregir hipó-hipertermias de origen central con medidas físicas (mantas, hielo, etc.)
- Prevención de complicaciones infecciosas.
- Contraindicaciones a la extracción:
 - Bacteriemia-sepsis;
 - Peritonitis en traumatismos abdominales.
- Las infecciones más frecuentes son las pulmonares, de piel y las abdominales, por lo tanto se han de extremar el cuidado en toda técnica y controles a realizar:
 - Hemocultivo al ingreso y diariamente.
 - Urocultivos al ingreso y diariamente.
 - Cultivo de esputo al ingreso y diariamente.
 - Cultivo de líquido peritoneal en el momento de la extracción.
- Controles de laboratorio:
 - Gasometría, hemograma, ionograma y glicemia al ingreso y cada 4/h.
 - Plaquetas, hemostasia, SMAC al ingreso.
 - Ag. Au., AC, SIDA, Serología hética al ingreso.
 - Grupo sanguíneo al ingreso.
- Como situación extrema y crítica se puede producir parada cardio-respiratoria. Se administrará 5.000 u. heparina directamente en bolo (por catéter central) y masaje cardiaco (FIO2 100%).

- Extracción inmediata de los órganos avisando al equipo responsable.

SOPORTE DE DOCUMENTOS

Para seguir la evolución del donante, las técnicas y cuidados que se le administran al mismo, se ha diseñado a tal efecto el documento n.º 1 - *Hoja evolución del donante*.

Para la recogida de datos de interés del donante, así como los aspectos de todo tipo de ayuda que pueda necesitar la familia y en caso de negativa, las posibles causas, la enfermera realizará una entrevista a los familiares cuyos datos se recogerán en el documento n.º 2 - *Protocolo de recogida de datos a los familiares del donante*.

BIBLIOGRAFIA

- Documento de las Jornadas «Paper de la Infermeria en l'obtenció d'òrgans per a trasplantament». Hospital de Bellvitge.
- Revista «Labor Hospitalaria» núm 194.
- «Aspectos humanos y psicológicos del donante.» Dr. Dónoso Sanz.
- «Post mortem organ procurement protocol.» University of Pittsburgh.

CONCLUSIONES

Hemos querido resaltar el papel tan importante que puede realizar el personal de Enfermería en la identificación, detección y mantenimiento de un posible donante, por lo que creemos necesario la divulgación y reflexión sobre la problemática que representa a las personas que están en lista de espera y que su vida puede depender de la donación de un órgano.

Otro aspecto relevante de la presente comunicación, es el apoyo moral y psicológico que todo el equipo asistencial ha de ofrecer a la familia en esos momentos de dolor, intentando comprender en toda su complejidad lo que representa la pérdida de un ser querido, así como la decisión de asumir la responsabilidad de la donación de los órganos ante la ausencia de la manifestación de la voluntad del donante en vida.

El que las pautas de actuación estén protocolarizadas, facilitará la unificación de criterios y mejorará la calidad de nuestros cuidados, a la vez que permitirá en el futuro revisarlas y actualizarlas.

Por último, queremos manifestar que este trabajo es incompleto y que continuaremos profundizando en el mismo por medio de los registros diseñados, cuando éstos estén implantados. La recogida de datos se hace imprescindible para obtener la información necesaria, no solamente de los aspectos cuantitativos sino también cualitativos que nos permita realizar una evaluación de la calidad de nuestro trabajo y analizar los resultados desde la perspectiva de introducir los cambios necesarios para optimizarlo.

Protocol de recollida de dades als familiars del donador

Cognoms i nom de la persona que realitza l'entrevista

Dades del donador

1r. cognom _____ 2n. cognom _____

Nom _____ NHC _____

Religió Era practicant sí no

Volien que rebí els sagraments sí no

La família vol suport religiós sí no

S'avisà al sacerdot sí no Hora _____

Necessien ajut social sí no

S'avisà a l'assistent social sí no Hora _____

Necessien altre tipus d'ajut sí no Quin? _____

Cas judicial sí no

Donació voluntària sí no

Grau de parentiu de la persona que autoritza la donació _____ Nivell cultural familiar _____

Observacions

Causas de negació de la donació d'òrgans

No volia en vida

No vol la família

Problemes amb l'hospital

Problemes amb metges

Problemes religiosos

Problemes socials

Autòpsia

El volen dur a casa

No saben si volia en vida

Data _____

Full d'evolució del donador

Cognoms i nom de la infermera responsable

Dades del donador

1r. cognom _____ 2n. cognom _____

Nom _____ NHC _____ Edat _____

Talla _____ Grup sanguini _____ Rh _____ Perímetre toràcic _____ Perímetre umbilical _____

Dades clíniques

Causa de la mort cerebral _____ Núm. de dies d'ingrés _____

Parada cardíoc-respiratòria sí no Durada _____ minuts

Estat de xoc inicial sí no Durada _____ minuts

Estat de xoc a posteriori sí no Durada _____ minuts

Hipertèmia controlada sí no

Hipotèmia controlada sí no

Nombre d'hipotensions _____ Nombre d'episodis d'alguna _____

Durada en minuts _____ Durada en minuts _____

Modificació pupil·lar sí no Tanyer _____

Reactivitat sí no

Intubació

Oral Nasal Traqueotomia

Sondatges Vascular Glàsic Toràcic Altres

Ventilació controlada Pressió Volumètric

Calèters centrals sí no

Braç dret Hora _____ Dia _____

Braç esquerre Hora _____ Dia _____

Jugular Hora _____ Dia _____

Femoral dreta Hora _____ Dia _____

Femoral esquerra Hora _____ Dia _____

Calèters arterials Hora _____ Dia _____

Antecedents de malalties i hàbits del donador

TBC <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Isquèmia <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Diabetis controlada <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Infeccions <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
HTA controlada <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Neoplàsies <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Alcoholisme <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Estada en la presó <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Bèspies <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	SIDA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Hepàtits <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Malaltia de l'òrgan transplantat <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Drogadècció <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Ingesta habitual de fàrmacs <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Homoexualitat <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Metorrajies <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Hemofília <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Avortaments <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Dades de l'equip assistencial

Cognoms i nom de la infermera responsable

Cognoms i nom del metge responsable

Nom de l'hospital

Unitat

Data de l'entrevista _____ Hora de l'entrevista _____

S'avisà al metge coordinador sí no Hora _____

Òrgans extrets

cor fetge ronyons còries

Observacions

Anàlisis i exploracions

Extracció de ganglis sí no Hora _____ Dia _____

Rx Tòrax Abdomen Crani ECG

Gasos arterials Hemograma Ionograma Plaquetes

Smach ingrés _____ hora c/ 24 h _____

Glucèmia ingrés _____ hora c/ 24 h _____

Hemòcultiu ingrés _____ hora c/ 24 h _____

Urocultiu ingrés _____ hora c/ 24 h _____

Cultiu d'esput ingrés _____ hora c/ 24 h _____

Barbiturèmia Serologia lètica Provs SIDA

Cultiu de líquid peritoneal en el moment de l'extracció sí no

Curea d'infermeria

Bucals <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	_____ hora	c/ 24 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foses nasals <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	_____ hora	c/ 24 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda vascular <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	_____ hora	c/ 24 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tub endotraqueal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	_____ hora	c/ 24 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda gàstrica <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	_____ hora	c/ 24 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apòsis <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	_____ hora	c/ 24 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pell <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	_____ hora	c/ 24 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protecció gàstrica <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	_____ hora	c/ 24 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observacions