

CASO CLINICO

Trasplante hepato-renal

Carmen Moreno

*Unidad de Cuidados Intensivos Hepáticos
Hospital Clínic i Provincial. Barcelona*

INTRODUCCIÓN

La hiperoxaliuria primaria tipo I es una enfermedad genética autosómica recesiva, cuyo defecto primario es el déficit, parcial o completo, de la enzima glioxilato aminotransferasa en el hígado que produce la formación de oxalato. El depósito progresivo de oxalato en el riñón es el causante, primero de urolitiasis y nefrocalcinosis, y después de un daño renal progresivo, que lleva a una insuficiencia renal crónica y posteriormente al acúmulo sistémico de oxalato en el sistema músculo-esquelético, en las arterias y en el sistema nervioso. La existencia de oxalosis sistémica es el principal factor de morbi-mortalidad antes y después del trasplante, dada su asociación a malnutrición y daño óseo. En estos casos el trasplante hepatorenal es la mejor opción para resolver el defecto metabólico.

La realización de este trasplante es técnicamente más fácil al no existir hipertensión portal y en general la hemodiálisis se mantiene durante el postrasplante para facilitar la eliminación de la sobrecarga de oxalato existente mientras la función renal no se normaliza completamente. A continuación presentamos un caso en el que se expone la evolución clínica de un paciente afecto de esta patología y que se sometió a un trasplante hepatorenal.

Resumen Historia Clínica

Domingo M. tiene 35 años, es soltero y vive con sus padres en una ciudad próxima a Barcelona. Como antecedentes patológicos presenta una hiperoxaluria primaria que provocó una IRC. Inició hemodiálisis en 1992; al año siguiente recibió un trasplante hepato-renal del que hizo un rechazo renal agudo al cabo de un mes que desencadenó una nefropatía crónica del injerto renal e insuficiencia renal con clínica urémica, precisando de tratamiento con hemodiálisis.

Correspondencia:

Carmen Moreno

C/ Independencia 360 1º 1ª

08026. Barcelona

mc75ma@yahoo.es

Situación actual

Domingo M, ingresa en la unidad de cuidados intensivos para ser sometido a un doble re-trasplante hepato-renal. Se procede a la valoración preoperatoria y a la realización de pruebas diagnósticas.

El paciente está consciente, orientado y un poco nervioso. Presenta edemas maleolares y abdomen blando, depresible, no doloroso, con ascitis. Se palpa riñón en el flanco derecho. Signos vitales: presión arterial 130/75 mmHg, frecuencia cardiaca: 60 lat/min y frecuencia respiratoria 18 respiraciones/min. Ninguna prueba diagnóstica contraindica la intervención.

EVOLUCIÓN POSTRASPLANTE

A las 36h de la intervención quirúrgica, el paciente presenta inestabilidad hemodinámica con caída del hematocrito, salida de líquido hemático por el drenaje abdominal derecho, y abdomen distendido y duro. Se decide re-intervenir quirúrgicamente. Se objetiva un hemoperitoneo secundario a sangrado por arteriola duodenal. Se le transfunden seis concentrados de hematíes, dos litros de plasma y un concentrado de plaquetas.

Tras la intervención, el paciente vuelve a la unidad de cuidados intensivos, está sedado, intubado y con ventilación mecánica. Hemodinámicamente está estable aunque desde el trasplante está anúrico y edematoso; al no responder al tratamiento con furosemida se inicia hemodiálisis con buena tolerancia. De la analítica destaca una discreta acidosis metabólica, un BUN de 70 mg/dl y unas proteínas plasmáticas de 2.8 mg/dl. El drenaje Kher es productivo con contenido bilioso. El drenaje silastic derecho produce poca cantidad de líquido serohemático. Se instaura tratamiento antibiótico e inmunosupresor.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración se realiza a las 12 horas de la reintervención, mientras que la recogida de datos sobre sus hábitos de vi-

da se hizo cuando Domingo ingresó para el trasplante. Se siguió el modelo conceptual de Virginia Henderson.

1- Respirar

Paciente no fumador. No tiene ningún problema para respirar incluso cuando hace esfuerzos.

Proceso actual: intubado y con ventilación mecánica. Vías respiratorias permeables. Secreciones escasas, fluidas y blanquecinas.

2- Comer y beber

Domingo hace una dieta baja en calcio, oxalatos, ácido úrico, proteínas, sodio, con restricción de líquidos. Habitualmente come en casa. Pesa 70 Kg y mide 1,80 cm aproximadamente.

Proceso actual: recibe nutrición parenteral total.

3- Eliminar

Sometido a hemodiálisis desde 1992. Hábito de eliminación intestinal diario, de consistencia blanda y sin esfuerzos.

Proceso actual: está siendo sometido a hemodiálisis con buena tolerancia. No ha realizado ninguna deposición desde su ingreso en UCI.

4- Moverse y mantener posturas adecuadas

No suele hacer mucho ejercicio pero procura caminar diariamente 1 hora por la zona donde vive, ya que aprovecha para sacar a pasear al perro. Se cansa con facilidad.

Proceso actual: encamado; presenta edema y rigidez en las extremidades inferiores. Al movilizarlo en la cama, realiza gestos de dolor.

5- Dormir y reposar

Duerme unas 7 u 8 h (sueño reparador). Le gusta descansar un rato por las tardes cuando puede. Dice que cuando está preocupado por algo le cuesta conciliar el sueño.

Proceso actual: paciente sedado.

6- Vestirse y desvestirse

Le gusta cuidar su imagen y se define como presumido. Viste ropa cómoda y deportiva.

Proceso actual: Totalmente dependiente en esta necesidad.

7- Mantener la temperatura corporal

Refiere ser bastante friolero, pero adaptarse bien a los cambios de temperatura.

Proceso actual: La temperatura de la habitación es de 22° C y su temperatura actual es de 35° C.

8- Estar limpio y aseado, proteger los tegumentos

Se ducha diariamente y presenta un aspecto limpio y cuidado. La piel la tiene seca (sólo se pone crema hidratante cuando se acuerda). Se lava los dientes dos veces al día después de la comida y la cena. Tiene dos fistulas arteriovenosas (una de ellas inutilizada) que presentan buen aspecto. Tiene edemas maleolares y abdomen distendido por ascitis. Proceso actual: Tiene la piel pálida, seca y escamosa (sobre todo en las extremidades). Mucosa oral y labios secos. Incisión quirúrgica edematosa que supura líquido serohemático.

9- Evitar los peligros

El paciente a su ingreso estaba consciente y orientado. Un poco nervioso porque la anterior intervención de trasplante no fue bien. El médico le ha informado sobre todas las

dudas que se ha planteado.

Sigue rigurosamente la dieta, aunque le cuesta. Se organiza bien para asistir a las sesiones de diálisis y conoce perfectamente los riesgos y complicaciones de este procedimiento.

Proceso actual: paciente sedado.

10- Comunicarse

No presenta déficit sensoriales. Se define como persona introvertida. Habitualmente comparte sus problemas con sus padres.

Proceso actual: paciente sedado.

11- Actuar según sus creencias y valores

Es católico no practicante. Para él son muy importantes sus padres porque dice que "han sido el único apoyo en este proceso tan largo". Valora mucho la sinceridad y no le importa lo que puedan opinar de él.

12- Realizarse

Trabaja en la empresa del padre, lo que le permite combinar perfectamente el trabajo con sus sesiones de diálisis. Dice "haber tenido mucha suerte". Le gusta lo que hace y se siente satisfecho.

13- Recrearse

Dice que no tiene muchas aficiones porque no tiene tiempo libre. Le gusta llevar a pasear a su perro cada día, leer y dormir cuando puede. No le gusta salir mucho y es "bastante casero".

14- Aprender

Acabó solo los estudios de EGB porque se puso a trabajar en la empresa familiar y no le gustaba estudiar. Conoce perfectamente el proceso de su enfermedad, el tratamiento y las complicaciones. Dice que "son muchos años". Está motivado para colaborar en sus cuidados.

ANÁLISIS DE LOS DATOS E IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

El Sr. Domingo tiene 35 años e ingresa en UCI para ser re-intervenido de un doble trasplante hepato-renal. A las 36 horas de la intervención quirúrgica, el paciente presentó inestabilidad hemodinámica, caída del hematocrito, salida de líquido hemático por el silastic derecho y abdomen distendido y duro, por lo que se decidió re-intervenir quirúrgicamente. Tras la segunda intervención en la que se objetivó hemoperitoneo, el paciente sigue anúrico sin responder a la administración de diuréticos por lo que se decidió iniciar la hemodiálisis.

De los datos recogidos en la valoración de las necesidades básicas, se destacan las siguientes manifestaciones:

• Valoración del preoperatorio:

Dice estar un poco nervioso porque el anterior trasplante no había ido bien.

• Valoración de proceso actual:

Paciente sedado, intubado y maquinado; anúrico por lo que se inicia sesiones de hemodiálisis que son bien toleradas. La incisión quirúrgica está edematosa y supura líquido serohemático (temperatura axilar 35° C). La piel está pálida, seca y escamosa, labios y mucosa resacas, aunque presenta edemas en extremidades inferiores. La musculatura y

articulaciones están rígidas y hace gestos de dolor relacionados con la movilización.

PLAN DE CUIDADOS

Problemas de colaboración

Los cuidados de enfermería se orientarán hacia la solución de los problemas reales o potenciales, así como las actividades más destacables en relación con dichos problemas.

Riesgo de infección secundario a inmunosupresión y procedimientos invasivos.

- Buscar signos de infección: Puntos de inserción y trayecto de catéteres. Aumento de la temperatura. Herida quirúrgica: dolor a la palpación, enrojecimiento.
- Aspiración de secreciones. Retirar sondas, drenajes y otros dispositivos que no sean imprescindibles.
- Utilización de técnicas asépticas en los procedimientos invasivos: catéteres, drenajes, herida quirúrgica.
- Realizar cultivos

Riesgo potencial de deterioro de la movilidad física secundario a la inmovilidad.

- Realización de movimientos pasivos en extremidades superiores e inferiores.
- Mantener alineación corporal.
- Revisar postura antiequino.

Riesgo potencial de afectación de la integridad de la piel relacionado con inmovilidad.

- Vigilar los puntos de presión o presión iatrogénica.
- Utilización de colchón antiescaras.
- Realización de la higiene e hidratación.
- Realización de movimientos pasivos en extremidades superiores e inferiores y de cambios posturales.
- Mantener correcta alineación y repartimiento del peso corporal.

Riesgo potencial de afectación de la mucosa bucal y/o traqueal relacionado con tubo endotraqueal.

- Realizar higiene bucal e hidratar labios.
- Medir la presión del balón del tubo endotraqueal.
- Cambiar el punto de apoyo del tubo endotraqueal.
- Revisión de la fijación del tubo, sobre todo en las comisuras labiales.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con intubación y sedación.

- Aspiración de secreciones siempre que sea necesario.
- Realización de lavados bronquiales cada vez que lo precise (colocación de la cama a 35°).

Riesgo de alteraciones hemodinámicas secundario al tratamiento de hemodiálisis.

- Control horario de constantes vitales.
- Balance horario de entrada y pérdida de fluidos.
- Detectar precozmente signos de hipovolemia durante el tratamiento: aumento de la frecuencia cardíaca y descenso de la tensión arterial.

Hipotermia relacionada con intervención quirúrgica y shock hipovolémico.

- Mantener la temperatura de la habitación por encima de 22° C.
- Colocar manta eléctrica.

Ansiedad relacionada con experiencias anteriores negativas (rechazo del anterior trasplante hepato-renal).

- Utilización de las fuentes de información adecuadas sobre el proceso quirúrgico y el postoperatorio.

Dolor relacionado con herida quirúrgica y movilizaciones.

- Administración de fármacos analgésicos bajo prescripción médica.
- Favorecer posiciones anatómicas que sean cómodas para el paciente.

CONCLUSIÓN

La evolución de la situación clínica de Domingo es muy desfavorable, empeorando tanto la función renal como la hepática. El estado hemodinámico es muy inestable, no respondiendo a fármacos vasoactivos. Todo ello condiciona el proceso de los cuidados, requiriendo de mayor frecuencia de controles, administración de fármacos etc. A la vista de que el pronóstico es de un proceso irreversible se prepara a la familia, facilitándole el acompañamiento a la muerte de Domingo, hecho que se produce dos meses después de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreu Periz L, Force Sanmartin E. La enfermería y el trasplante de órganos. Ed Panamericana 2004.
2. Andreu Periz L, Force Sanmartin E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. 2ªed. Masson. 2001.
3. Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación en enfermería. New York: Interamericana Mc Graw-Hill 1994.
4. Diagnósticos enfermeros. Nanda. 2005.
5. Luís Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 2ª ed. Masson 2000.
6. Montserrat Solís. Enfermería en trasplantes. Ed DAE. 2005
7. Muñoz Poyato J. Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. Entheos, 2001.
8. Parra Mª L, Arias S, Esteban A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.

WEB SELECCIONADAS

- <http://www.seeiuc.com>
- <http://www.medynet.com>
- <http://db.doyma.es>
- <http://www.nefron.com>