TRASPLANTE HEPÁTICO
MANUAL DEL PACIENTE

SERVIZO GALEGO de SAÚDE

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

Covadonga Lemos García

Dolores Fernández Guerrero

TRASPLANTE HEPÁTICO

MANUAL DEL PACIENTE

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña
D.L.: C 2997-2009
® C-370-2009
Imprime Tórculo Artes Gráficas

Presentación

Hace tan solo 20 años, el paciente con enfermedad hepática grave era una persona a quién la medicina no le podía ofrecer ningún tratamiento eficaz por lo que frecuentemente quedaba abandonado a su suerte, habitualmente falleciendo y lo que es peor, sin esperanzas durante el tiempo que sobrevivía.

En los años 90 se iniciaron en nuestra Comunidad dos Programas de Trasplante de Hígado que cambiaron las expectativas de vida de este tipo de pacientes y sobre todo la forma en que los médicos comenzaron a tratarles. En un plazo de años muy breve se pasó de considerar a estos pacientes sin futuro a poder tratarlos y ofrecerles en muchos casos una vida prolongada y sobre todo, de buena calidad. Se comenzó a tener al menos esperanza en su futuro.

Pero en la medicina cuando se resuelve un problema se crea uno nuevo. Así vemos como los pacientes que sobreviven al trasplante, actualmente el 90% supera el 1º año, se enfrentan a un gran reto: el de evitar los efectos secundarios de las medicaciones que utilizamos para evitar el rechazo.

Este manual que ha dirigido Covadonga Lemos, Coordinadora de Enfermería de Trasplantes del Hospital Universitario A Coruña (antiguo "Canalejo") con la colaboración de Dolores Fernández, enfermera de quirófanos del mismo hospital, intenta y creo que lo consigue, servir como guía para conseguir este fin.

En la época actual, en la que pensamos que el paciente tiene que tomar parte activa en su tratamiento, es imprescindible para los pacientes y familiares unas instrucciones claras de cómo conseguir sacar el máximo rendimiento de un procedimiento médico muy complejo como es el Trasplante de Hígado, que no debemos olvidar en ningún caso, depende de la voluntad de las personas que deciden en momentos, siempre tristes, que podamos utilizar sus Órganos una vez fallecidos, para intentar prolongar la vida de otras personas.

Dr. Manuel Gómez Gutiérrez
Director Programa de Trasplante Hepático
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

Prólogo

En pocas ocasiones recibe uno encargos tan agradables y al mismo tiempo, tan trascendentes como el de prologar este manual. Nuestro Hospital ha recorrido ya un largo camino en ese campo enormemente complicado y también algo mágico y sobrecogedor, de los trasplantes. Se nos ha calificado en muchas ocasiones como un "hospital trasplantador", de hecho, uno de los mejores de nuestro Sistema Nacional de Salud. Los programas de trasplante ponen a prueba cada día a las organizaciones sanitarias.

A pesar de que ha pasado ya mucho tiempo, sigue siendo emocionante ver cómo se pone en marcha, en cualquier momento del dia, un equipo de profesionales perfectamente entrenados y coordinados, que hacen posible lo imposible. Y esto es así, porque más allá de sus conocimientos y su pericia, ponen en ello su propio empeño y, al fin y al cabo, su propio corazón.

Un trasplante es un proceso que va más allá del acto quirúrgico. El objetivo final del programa es conseguir que el paciente recupere su autonomía y pueda retornar a todas sus actividades personales, sociales o laborales. Para ello, es fundamental el trabajo previo a la intervención, para que llegue en las mejores condiciones tanto físicas como psicológicas, al momento de la cirugía; y el apoyo en el post-trasplante, para recuperar lo antes posible su autonomía y en definitiva, su propia vida. En nuestro hospital tenemos la suerte de contar con un grupo de enfermeras integradas en los equipos de trasplante que acompañan a los pacientes desde que acceden al programa y que son, sin duda, un elemento clave en el éxito final. Como directivo, estoy convencido de que el hospital les debe una buena parte de su prestigio. Para nosotros es un verdadero lujo poder contar con ellas y estoy seguro de que ustedes, nuestros pacientes y sus familias, estarán también de acuerdo conmigo.

Espero que estas páginas resuelvan sus dudas e inquietudes y les recuerden que un grupo de excelentes profesionales está ahí, sólo por y para ustedes; para ayudarles a recuperar lo antes posible su salud.

Sólo me queda, en nombre de todo el Equipo Directivo del Complexo Hospitalario Universitario A Coruña y me atrevo a decir que en el de ustedes también, felicitar a Cova y a Loló -espero que ellas me perdonen por la familiaridad, pero todos en esta casa las conocemos así- por este excelente trabajo y agradecerles la dedicación personal y el esfuerzo realizado.

Pablo Uriel Latorre
Director de Enfermería
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

ÍNDICE

Presentación . . . 3
Prólogo . . . 5
Introducción de las autoras . . . 9
1.-Recordatorio histórico del Trasplante Hepático . . . 11
2.- Organización . . . 15
2.1 El equipo de trasplante . . . 15
2.2 La Organización Nacional de Trasplantes . . . 16
3.- El Donante de Órganos . . . 19
4.- El Hígado . . . 21
4.1 Características y Funciones . . . 21
4.2 Indicaciones del Trasplante Hepático . . . 23
5.- La "Lista de Espera" . . . 27
6.- El Proceso Hospitalario . . . 31
6.1 Notificación del ingreso . . . 31
6.2 Estudio Preoperatorio . . . 32
6.3 Intervención quirúrgica . . . 33
6.4 Estancia en el Servicio de Reanimación . . . 35
6.5 Estancia en el Servicio de Digestivo . . . 38
6.6 Cuestiones a recordar . . . 42
6.7 Alta Hospitalaria. Controles y Revisión . . . 42
7.- Complicaciones del Trasplante . . . 45
8.- Rechazo e Inmunosupresión . . . 49
8.1 Aspectos generales . . . 49
8.2 Medicación y efectos secundarios . . . 50
9.- Pautas de Cuidados . . . 55
9.1 Normas de Alimentación . . . 55
9.2 Normas de Higiene personal . . . 56
9.3 Normas de Higiene general . . . 56
9.4 Riesgos con personas, animales y ambientes . . . 57
10.- Inicio de Actividades . . . 59
10.1 Ejercicio y Deportes . . . 59
10.2 Incorporación Laboral . . . 59
10.3 Relaciones sexuales. Embarazo . . . 60
10.4 Vacunas . . . 60
10.5 Viajes . . . 61
11.- Recomendaciones . . . 63
12.- Situaciones en la que debe consultar con el médico del trasplante . . . 65
13.- Contactos . . . 67
14.- Bibliografía . . . 68

Agradecimientos a Rosa González Gutiérrez-Solana por su permanente disponibilidad y colaboración.

"Cuando bebas agua, recuerda la fuente"
Mahatma Gandhi

INTRODUCCIÓN DE LAS AUTORAS

Estimado Paciente:

El haberte propuesto como candidato a un trasplante de hígado es debido al daño severo que el propio órgano padece y para el que no se dispone de tratamientos alternativos. El objetivo final del trasplante consiste en sustituir el hígado enfermo por otro sano que restablezca las funciones que el tuyo ya no puede realizar correctamente.

Hasta lograr ese fin, es necesario pasar por diversas etapas y uno de nuestros principales objetivos es proporcionarte a ti y a tu familia el mayor apoyo e información posible para superar este procedimiento y poder reiniciar las actividades familiares y sociales con la mejor calidad de vida posible.

Este manual es el resultado de los conocimientos, dedicación y cariño que el equipo de trasplante hepático de nuestro hospital ha proporcionado a sus pacientes desde que se inició el Programa, en mayo de 1994. También es el resultado de la convivencia, experiencias y sugerencias que nos han aportado los pacientes trasplantados, a quienes agradecemos su gran colaboración.

Es muy importante tener en cuenta que la información que contiene este manual es simplemente una guía ***ORIENTATIVA Y DE CARÁCTER GENERAL:*** cada caso es diferente y puede estar sujeto a cambios.

Y finalmente, hay que recordar que la donación de órganos es un acto de gran generosidad que se produce en unas circunstancias siempre trágicas para una familia y que sin embargo es capaz de solidarizarse con la situación y necesidad de otras.

Es responsabilidad de todos agradecer y corresponder a este gran gesto solidario.

1.- RECORDATORIO HISTÓRICO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

El éxito de los trasplantes ha sido posible gracias al espectacular desarrollo de la Medicina en los últimos años y fundamentalmente a la generosidad de la sociedad. De ésta manera se puede ofrecer la esperanza de una nueva vida a muchos pacientes que padecen enfermedades graves y no recuperables del riñón, páncreas, hígado, corazón o pulmón.

Como los demás trasplantes, el hepático fue precedido de numerosos trabajos experimentales en animales que se realizaron a partir de 1955. En el año 1963, el cirujano americano Thomas Starzl realizó el primer trasplante hepático humano en el Hospital de Veteranos en Denver, Estados Unidos. En la primera etapa los resultados fueron muy negativos, siendo considerado como un tratamiento experimental y justificado solo en casos de pacientes terminales. Fue a partir de 1980 cuando los resultados mejoraron de forma espectacular, convirtiéndose en el tratamiento de elección para las enfermedades hepáticas crónicas irreversibles y la insuficiencia hepatocelular aguda grave.

1963: 1º Trasplante Hepático en Denver / USA[1]

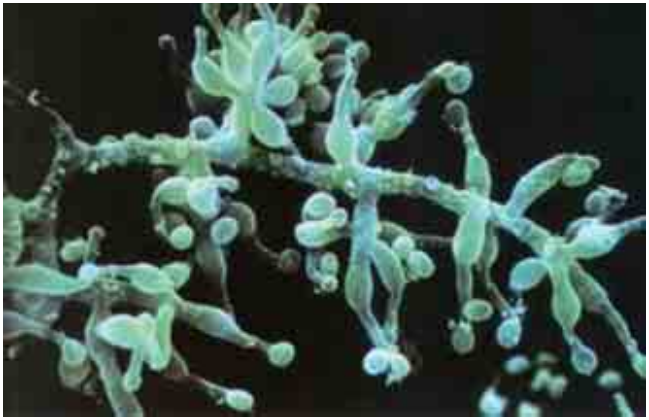
En estos buenos resultados influyeron diversos factores, siendo los más significativos:

[1] Fuente: "TransNet" Una historia ilustrada del trasplante de órganos

- El descubrimiento de fármacos inmunosupresores y su utilización como tratamiento para prevenir el rechazo.
- La estandarización de las soluciones de preservación, para el mantenimiento de los órganos.
- Los progresos en las técnicas quirúrgicas , anestésicas y el manejo de la coagulación.
- El establecimiento de unos criterios en la selección de los pacientes.

El primer trasplante de hígado en España se realizó en el Hospital Bellvitge de Barcelona, en el año 1984. Actualmente hay 24 centros españoles que realizan este tipo de trasplante en adultos y siete con programa de trasplante infantil. En relación a su población, España es el país que más intervenciones de este tipo efectúa.

El primer trasplante hepático en el Hospital Universitario de A Coruña se llevó a cabo el 11 de mayo de 1994. Desde esa fecha se han ido desarrollando también los distintos trasplantes combinados.



Tolypocladium Inflatum:
Hongo del que se extrae la Ciclosporina[2]

Hepato - renal, octubre de 1994
Cardio - hepático, marzo de 1999
Hepato - pancreático, octubre de 1999
Cardio - hepato- pancreático, abril de 2001

[2] Fuente: "TransNet" Una historia ilustrada del trasplante de órganos

El programa de trasplante infantil se inició en enero de 2000, siendo la receptora una niña de 1 año de edad.

En abril de 2001 se realizó por primera vez la técnica de "split-liver" que consiste en dividir el hígado en dos partes, para obtener dos injertos que se trasplantaron a un receptor infantil y a un receptor adulto. Esta técnica forma parte de los procedimientos destinados a incrementar el número de órganos disponibles.

Técnica Split-Liver ó partición del hígado[3]

En mayo de 2008 se realiza el primer trasplante secuencial, denominado también "dominó ", que consiste en trasplantar el hígado a un paciente y utilizar el suyo, a su vez, para implantarlo en otro receptor.

La utilización del hígado del primer paciente es posible porque la afección que padece se denomina amiloidosis, enfermedad genética que tarda unos 25 años en desarrollarse y que no afecta al hígado sino al resto del organismo. El trasplante en "dominó" se realiza en pacientes de edad avanzada que tendrían muy pocas opciones de llegar a un trasplante convencional.

[3] Fuente: Equipo de trasplante Hepático. CHUAC

2.- ORGANIZACIÓN

2.1 El Equipo de trasplante

Para que un hospital realice extracciones de órganos y programas de trasplante, precisa de una acreditación por parte del Ministerio de Sanidad. Ésta, se concede en base a unas infraestructuras específicas y a unos profesionales cualificados de los que debe estar dotado el hospital. La acreditación se renueva cada cuatro años.

Aunque el paciente conoce directamente al médico especialista, que ha seguido su evolución en la consulta y realizado los estudios de valoración para el trasplante, hay muchos otros profesionales, -además de cirujanos, hepatólogos y enfermeras-, que colaboran decisivamente en todo este proceso. En el momento oportuno se conocerá también a anestesistas y radiólogos entre otros facultativos, así como a personal administrativo y auxiliar del hospital. Son muy diversos pues, los servicios hospitalarios que participan directa o indirectamente.

Sesión Clínica Tx Hepático 2008[4]

Es el trasplante que requiere el equipo más multidisciplinario y numeroso.

Una vez realizados todos los estudios y comprobado que no hay contraindicaciones, el equipo decide en la sesión clínica aceptar el caso para trasplante. A partir de ese momento, la enfermera coordinadora del programa esta-

[4] Fuente: Equipo de trasplante Hepático. CHUAC

blece contacto con el paciente y su familia. Es la encargada de incluir a los pacientes en la lista de espera, tanto a nivel hospitalario como estatal. Estará en comunicación con ellos durante el tiempo que permanezca en la lista, proporcionando información, conocimientos y cuidados de salud sobre el proceso, estando localizable cuando surja una emergencia.

2.2 La Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

La ONT es una organización de carácter técnico, ubicada en Madrid y que pertenece al Ministerio de Sanidad y Consumo. Es la encargada de desarrollar las funciones relacionadas con la obtención y utilización de órganos, tejidos y células.

Folleto informativo de la ONT

Los trasplantes se iniciaron en España en la década de los 60 con los programas de trasplante renal. En los años siguientes el esfuerzo de los profesionales así como el de las asociaciones de enfermos renales fueron factores muy influyentes para que las autoridades sanitarias promulgaran la Ley General de Trasplantes 30/79, que posteriormente se desarrolló con el Real Decreto 426/80.

El incremento de los trasplantes renales junto con el desarrollo de los programas de corazón y de hígado trajo como consecuencia que en 1989 se dotara de infraestructura adecuada a la ONT, que ya existía desde 1975 pero que hasta ese momento no disponía de recursos suficientes.

Sede de la ONT

Desarrolla múltiples funciones. Las más relevantes son:

- La coordinación estatal de las alarmas de donación y distribución de los órganos.
- El registro de datos de todos los donantes y receptores.
- La actualización de las listas de espera de todos los pacientes pendientes de trasplante.
- La convocatoria de reuniones anuales con los equipos de trasplante, y el establecimiento de normativas consensuadas con los grupos trasplantadores.
- La transmisión de información y difusión de la donación de órganos.
- La cooperación a nivel internacional.

Las Comunidades Autónomas (CC.AA.) tienen un representante en la Comisión Permanente de Trasplantes de Órganos y Tejidos. En este foro, se debaten los temas relacionados con el trasplante y que afecten a más de una CC.AA.

Los coordinadores hospitalarios son los que realmente canalizan la detección de donantes. Realizan la valoración, estudio y mantenimiento del donante para que esos órganos estén en las mejores condiciones de viabilidad, informando a las familias y obteniendo la autorización para la donación.

3.- EL DONANTE DE ÓRGANOS

El donante es una persona que ha fallecido en un hospital y que cumple con los requisitos médicos y legales para la donación. El diagnóstico de muerte y la valoración del donante van precedidos de la realización de un exhaustivo y riguroso protocolo, con la posterior certificación del diagnóstico de tres médicos ajenos a los programas de trasplantes.

La validez de los órganos de un donante no está necesariamente relacionada con la edad ni el sexo, sino con las enfermedades, infecciones o antecedentes que haya tenido esa persona.

El donante tiene unas características determinadas, al igual que los receptores, por ello los órganos no se pueden trasplantar a cualquier paciente. Tienen que reunir unos criterios de compatibilidad, fundamentalmente relacionados con el grupo sanguíneo, peso y talla, así como unos criterios clínicos.

Hay que señalar que las normas del Estado y de la Comunidad Europea persiguen dos objetivos:

- Asegurar el trasplante como medio de salvar vidas.
- La protección de los donantes de una eventual explotación.

Angiografía cerebral[5]

Los órganos que se obtienen en España y en ocasiones de Europa, son ofertados a los distintos equipos trasplantadores en base a unos criterios clínicos y territoriales ya determinados y consensuados.

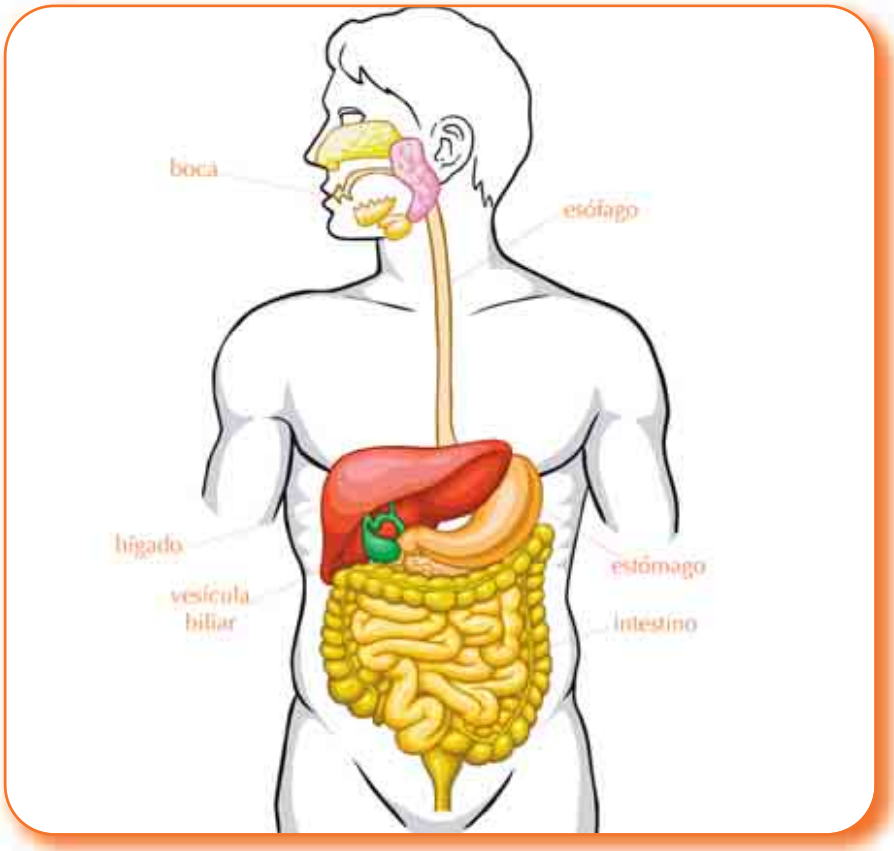
[5] Fuente: Coordinación de Trasplantes. CHUAC

4.- EL HÍGADO

4.1 Características y funciones

El hígado es considerado como el órgano noble por excelencia, el de funcionamiento más complejo y el más grande del cuerpo humano, su peso en condiciones normales oscila entre 1500 y 2000 gramos en un adulto y está situado en la cavidad superior derecha del abdomen. Es uno de los órganos vitales: sin él no es posible vivir y desarrolla más de 1500 funciones distintas, la mayoría de ellas imprescindibles para la vida.

Tiene un aspecto satinado, de color rojizo y de bordes lisos. Está conectado al intestino a través del conducto biliar, por donde circula la bilis. Recibe la sangre desde el aparato digestivo a través de la vena porta.

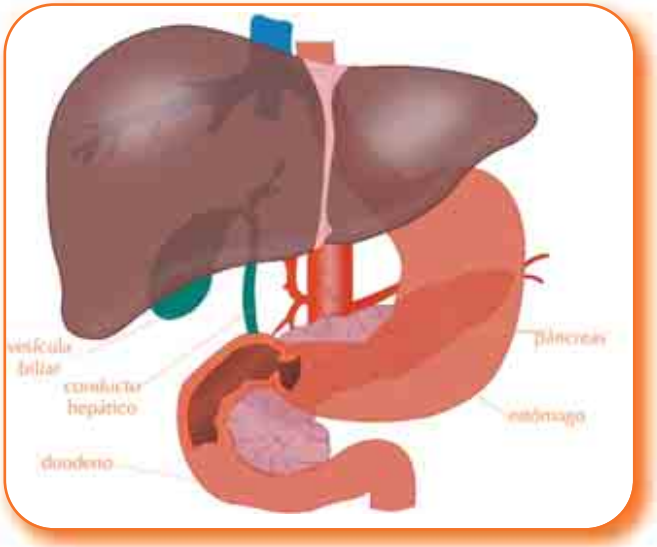


Esquema anatomico aparato digestivo

Se puede decir que funciona como un gran laboratorio, y entre tantas funciones se pueden destacar las siguientes:

- Transformación de los alimentos en distintos elementos para que puedan ser utilizados por el organismo.
- Síntesis de los factores de coagulación y albúmina.
- Control de la circulación portal.
- Elaboración y secreción de bilis, sustancia que participa en la función digestiva.
- Almacenamiento de minerales y vitaminas.
- Filtrado y eliminación de diversos fármacos y tóxicos, que sin esta función serían muy perjudiciales al organismo.

Aunque el hígado es un órgano con gran capacidad regenerativa, existen numerosas enfermedades que pueden dañarlo; algunas de ellas de forma irreversible, de tal modo que la única posibilidad de curación es a través de un trasplante hepático.



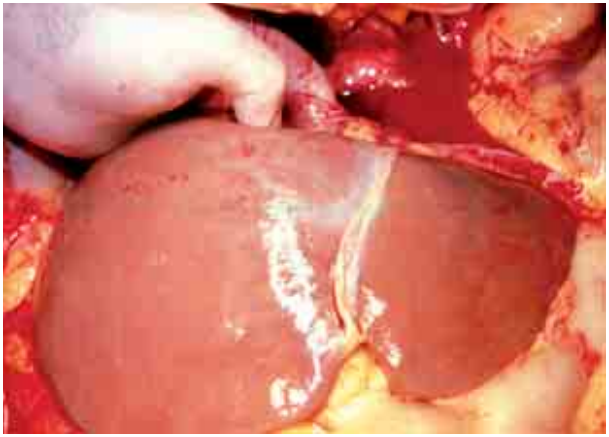
Esquema anatómico hepato-biliar

Muchas de estas enfermedades son "crónicas", con una evolución de años en algunos casos. Otras enfermedades son "agudas", con una evolución muy rápida, originando una destrucción de los hepatocitos (células del hígado) y provocando bruscamente la pérdida de las funciones del órgano en días o pocas semanas.

4.2 Indicaciones del trasplante hepático

En la selección de pacientes candidatos al trasplante se tienen en cuenta aspectos relacionados con el tipo y características de la enfermedad, el momento adecuado para su realización y las contraindicaciones que pueda haber para tal procedimiento.

No suelen trasplantarse pacientes mayores de 70 años, ya que por encima de esa edad los riesgos de esta intervención son mayores que los beneficios de la misma.



Hígado de un donante[6]

Así mismo se exige al paciente los cuidados y el cumplimiento de las recomendaciones y medicación que sus médicos le han prescrito. ***Es indispensable el abandono absoluto de bebidas alcohólicas***, y en los casos de pacientes con cirrosis etílica es también exigible la asistencia programada a una Asociación de Ex alcohólicos.

También es muy importante el abandono del tabaco. Aunque éste no incide directamente en el hígado como el alcohol, sí es fundamental para una buena función pulmonar, que será vital en el postoperatorio y obviamente para una buena calidad de vida posterior.

[6] Fuente: Equipo Trasplante Hepático. CHUAC

Las indicaciones mas frecuentes de trasplante hepático en el adulto son :

Cirrosis de origen biliar:

1.- Cirrosis biliar primaria

Afecta predominantemente a mujeres de mediana edad. Es una colangitis crónica que según va progresando produce fibrosis hasta llegar a la cirrosis.

2.- Colangitis esclerosante primaria

Produce inflamación de los conductos biliares y posteriormente fibrosis, que evoluciona a la cirrosis.

Cirrosis de origen hepatocelular:

1.- Cirrosis viral

La infección por los virus de la hepatitis B y C se cronifica en un elevado porcentaje, dando lugar a las hepatitis crónicas que pueden ir evolucionando a cirrosis, particularmente la C.

2.- Cirrosis etílica

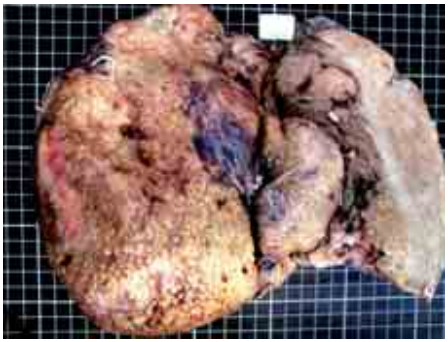
Tiene una evolución muy similar a las cirrosis post hepatitis. Sin embargo, la abstinencia de alcohol en estos pacientes puede influir en detener la progresión de la cirrosis.

3.- Otras cirrosis

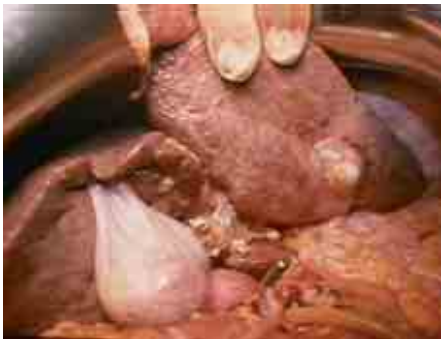
Las hay que son producidas por trastornos hereditarios o metabólicos. Se manifiestan en la adolescencia, juventud o en la edad adulta, las más habituales son:

- Hemocromatosis (causada por un acúmulo excesivo de hierro).
- Enfermedad de Wilson (por acúmulo excesivo de cobre).

Existen otros tipos de cirrosis cuya causa no se puede determinar y que se denominan criptogénicas o idiopáticas.



Cirrosis por Hepatitis C[7]



Cirrosis etílica y tumor[8]

Otras Enfermedades:

- Enfermedad de Caroli (dilataciones multifocales de la vía biliar).
- Polineuropatía amiloidótica (depósitos amiloides en órganos y tejidos).
- Poliquistosis hepática (múltiples quistes en el hígado).

Tumores:

El trasplante hepático también se puede plantear en el tratamiento de tumores benignos y malignos; dependiendo de factores como son el tamaño, número de lesiones y tipo de tumor, así como la presencia de otras enfermedades.

Insuficiencia Hepática Aguda:

El origen más frecuente de estos cuadros agudos suelen ser por causa viral: hepatitis aguda del virus B, o por causa tóxica: intoxicación medicamentosa o alimenticia (consumo de setas venenosas).

[7 y 8] Fuente: Equipo de Trasplante Hepático. CHUAC

5.- LA LISTA DE ESPERA

La inclusión del paciente en la lista de espera es notificada por la enfermera coordinadora del trasplante o el médico especialista que ha llevado el caso del paciente.

El tiempo de permanencia en la lista es totalmente imprevisible, y no obedece exclusivamente al orden de entrada. Como comentamos anteriormente hay factores que determinan la toma de decisión sobre el receptor más adecuado. No es posible determinar el tiempo que se va a permanecer en lista; estadísticamente se puede hacer un cálculo estimativo que varía en función del grupo sanguíneo y de la tasa de donantes.

En este período de tiempo se pueden presentar momentos de ansiedad o sensación de abandono, ya que la atención está focalizada en esa llamada del Hospital para realizar el trasplante. Ante cualquier duda, desaliento o problema no dudar en contactar con la coordinadora o cualquier miembro del equipo.

Se debe realizar la vida más activa y distraída posible, manteniendo una dieta alimenticia sana y equilibrada, paseando diariamente, siguiendo las recomendaciones de los profesionales, y acudiendo periódicamente a las revisiones en las consultas. Es importante fomentar la compañía

con los familiares y amigos, evitando el aislamiento. El apoyo de la familia es fundamental, pero también ellos necesitan de la colaboración y actitud positiva del paciente, porque se esfuerzan en cuidarle y aunque no lo transmiten también sufren esa espera.

Si se considera conveniente se puede establecer contacto con las Asociaciones de Trasplantados; son pacientes que ya han pasado por ese proceso y pueden proporcionar mucho apoyo.

La posibilidad de trasplante puede presentarse a cualquier hora del día o de la noche, por lo que es imprescindible permanecer siempre localizado. El tiempo, es un factor importante que influye para que el órgano se encuentre en las mejores condiciones en el momento del trasplante; esa es la razón por la que también los equipos de trasplante están siempre localizados y preparados para realizar la intervención en cualquier momento.

Precisamente porque es una intervención de urgencia, no es conveniente realizar desplazamientos lejanos al domicilio u hospital, (fuera de la Comunidad Autónoma). También hay que tener prevista la posibilidad de transporte inmediato.

Si en algún momento el paciente tiene que ser hospitalizado en otro centro sanitario, se debe comunicar a la coordinadora o a su médico del equipo de trasplante.

En algunas situaciones, el equipo de trasplante puede decidir excluir al paciente de la lista. Esta exclusión puede ser:

Temporal, debido a:

- Mejoría y estabilidad clínica.
- Infección activa.
- Sospecha de recaída en hábitos tóxicos, o incumplimiento de recomendaciones y tratamientos.

Definitiva, a causa de:

- Confirmación de hábitos tóxicos, o incumplimiento.
- Invasión tumoral.
- Diagnóstico de nuevas enfermedades que contraindiquen la realización del trasplante.

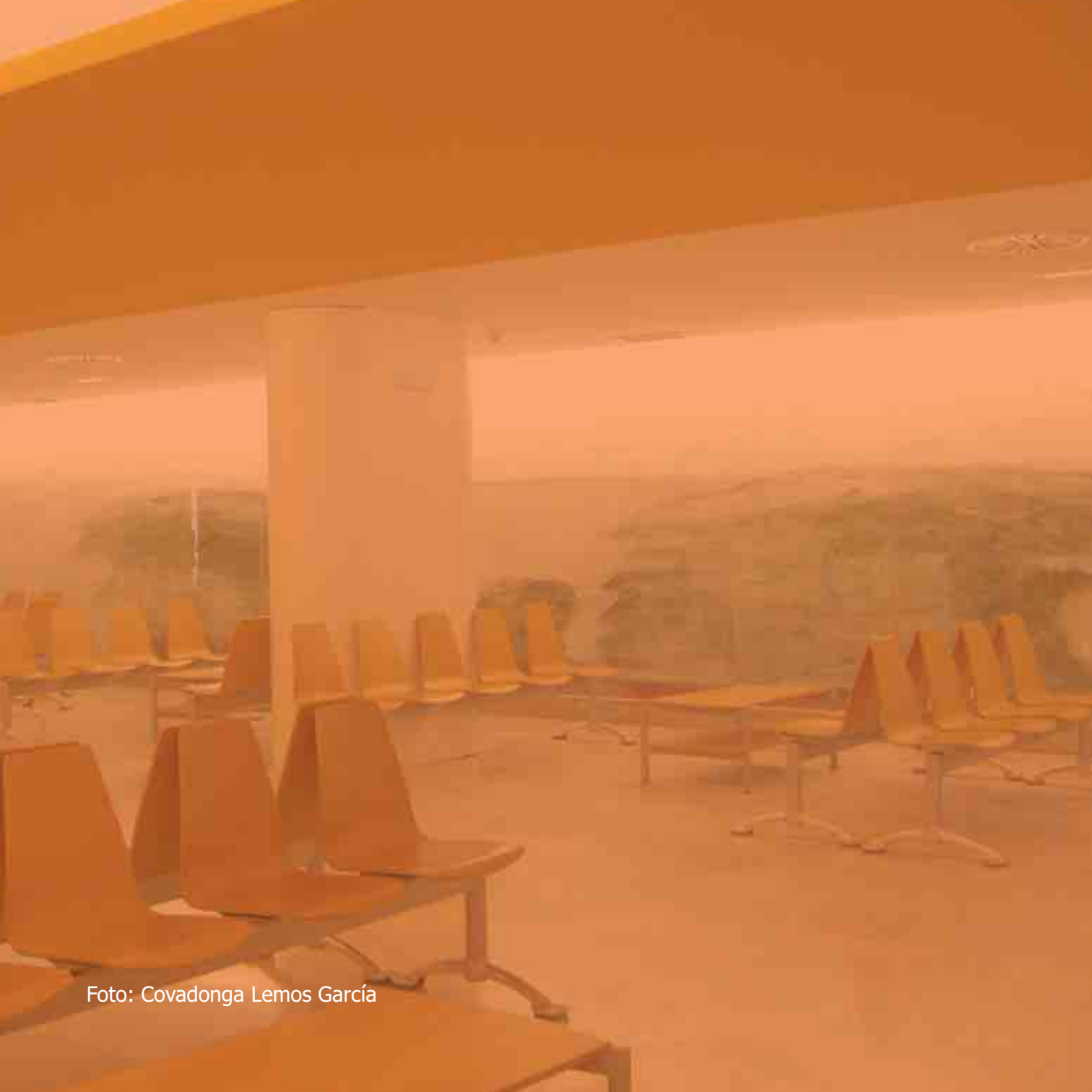


Foto: Covadonga Lemos García

6.- EL PROCESO HOSPITALARIO

6.1 Notificación del Ingreso

Cuando surja el donante adecuado, la coordinadora localizará inmediatamente al paciente.

Se recordará que a partir de ese momento debe permanecer a dieta absoluta: ***no se puede comer ni beber nada***, ya que es necesario que el estómago esté vacío para evitar vómitos y otras complicaciones durante y después de la anestesia.

Se debe eliminar el esmalte de las uñas y retirar el maquillaje, ya que no se podrían observar cambios de coloración que pueden producirse en la piel y debajo de las uñas. No es conveniente llevar pulseras, cadenas, pendientes u otros accesorios. Sólo se necesita traer la documentación de identidad, el último informe médico y una bolsa con la bata, zapatillas y los enseres personales.

Punto de Información[9]

Si el paciente es diabético y en el momento del aviso se encuentra en ayunas, debe llevar consigo algún zumo para prevenir hipoglucemias y advertírselo a la enfermera al ingreso.

Tanto en el momento del aviso, como durante el estudio preoperatorio no hay todavía seguridad de que se pueda realizar el trasplante, por lo que existe la posibilidad de tener que anular la intervención.

[9] Fuente: CHUAC

A pesar de los estudios que se realizan al donante para saber la funcionalidad del órgano, la validez del mismo, no se sabe con seguridad hasta que los cirujanos que realizan la extracción lo verifican.

Durante el traslado es importante mantener operativo el teléfono móvil, por si surgiera alguna eventualidad, y siempre se debe venir acompañado de algún familiar.

Es natural que en esos momentos surja nerviosismo: aunque se quede "la mente en blanco", no hay que agobiarse: la coordinadora recordará los aspectos importantes que en ese momento hay que tener en cuenta.

Al llegar al Hospital, hay que presentarse en el Servicio de Admisión para realizar el ingreso en el Servicio de Digestivo. Desde las 22.00 hasta las 08.00 horas el ingreso se realiza a través del servicio de Urgencias.

6.2 Estudio Preoperatorio

Ingresado el paciente en la Planta, la enfermera iniciará la preparación para el trasplante, estudio que no difiere mucho de otra operación convencional.

Area de Digestivo[10]

Exploraciones necesarias:

- Medición de tensión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura y peso corporal.
- Colocación de un catéter venoso: extracción de muestras para laboratorios.
- Electrocardiograma y radiografía de tórax.
- Administración de un enema de limpieza.
- Rasurado de la zona quirúrgica y ducha con jabón antiséptico.

[10] Fuente: CHUAC

Area de Digestivo[11]

Una vez que los cirujanos confirmen la validez del hígado donante, se administra una solución para enjuagar la boca, una pasta para lubricar la misma y el antibiótico.

6.3 Intervención quirúrgica

Trasladado el paciente al quirófano y tras ser acogido por el anestesista y la enfermera, se procede a:

- Colocación de otro catéter venoso: administración de sueros.
- Colocación de electrodos adhesivos: control de la función cardíaca.
- Mascarilla de oxígeno: control de la ventilación pulmonar.
- Pulsioxímetro: medición de la oxigenación en la sangre.

Area Quirúrgica[12]

11 y 12 Fuente: CHUAC

Puede notarse alguna sensación leve de mareo debido a la medicación, que es totalmente habitual. En todo ese tiempo se procura que el paciente esté cómodo y tranquilo. Una vez dormido, el equipo de anestesia procederá a la intubación y colocación de diversas sondas y catéteres que son indispensables para el control y mantenimiento del organismo, así como para la realización de controles hemáticos y la administración de medicamentos.

Área Quirúrgica[13]

Aunque es una situación muy improbable, cabe la posibilidad de que durante el inicio de la operación, cuando el paciente está anestesiado y los cirujanos ya han iniciado la intervención quirúrgica, aparezca algún hallazgo en el organismo, -no detectado con anterioridad a pesar de los estudios realizados- que obliguen a suspender el trasplante o a modificar el procedimiento quirúrgico previsto.

La duración media de la intervención es de unas seis horas. Durante ese período de tiempo los cirujanos tienen que extirpar el hígado enfermo, para ello es necesario cerrar las venas y arterias que le llevan la sangre. Una vez extirpado el órgano se procede a la implantación del nuevo hígado, suturando las venas y arterias que conectan el hígado al organismo y posteriormente reconstruyendo la vía biliar.

[13] Fuente: CHUAC

Equipo de trasplante: Drs. Gómez, Quintela y Rivas[14]

Es habitual en este tipo de intervenciones, tener la necesidad de realizar transfusiones de concentrados de hematíes, plasma y plaquetas, además de extraer muestras de tejidos para analizar.

6.4 Estancia en el Servicio de Reanimación

Tras la intervención, se efectúa el traslado del paciente a un box de aislamiento en la Unidad de Reanimación, donde permanece en vigilancia intensiva bajo el control del equipo de la unidad.

En las primeras horas se permanece intubado y conectado a un respirador. En cuanto se vaya recuperando de la anestesia y tenga una buena función pulmonar se retira el tubo, respirando

[14] Fuente: Equipo de trasplante Hepático. CHUAC

a través de una mascarilla. Mientras dura la intubación no se puede hablar, porque el tubo comprime las cuerdas vocales: aunque es molesto, no es doloroso.

Box de Reanimación[15]

Enfermeras de Reanimación[16]

Además de los catéteres que se colocan cuando el paciente aún está despierto, hay otras vías, sondas y drenajes que se introducen en el quirófano cuando el paciente ya esta dormido:

- Catéter arterial: registro de las constantes vitales que se visualizan en un monitor.
- Sonda nasogástrica: control de la función gástrica.
- Sonda vesical: control de la función renal.
- Drenajes: suelen ser tres, colocados cerca de la incisión quirúrgica y dan salida a los restos hemáticos y sueros que se acumulan en la cavidad abdominal.
- Drenaje de Kher: se utiliza en la mayoría de los trasplantes. Es un drenaje introducido en la vía biliar, y que da salida a la bilis. En el momento del alta hospitalaria queda sellado, enrollado y cubierto por un apósito. Se retira a partir de los tres meses del trasplante en una de las revisiones programadas.

[15 y 16] Fuente: Equipo de Trasplante Hepático. CHUAC

Drenaje de Kher[17]

Diariamente se realizan controles analíticos, revisiones, cuidados y curas de las heridas quirúrgicas, vías y drenajes, así como fisioterapia respiratoria.

Tanto ahora como después en la Planta de Digestivo, es fundamental la colaboración del paciente. Durante el postoperatorio pueden presentarse muchas molestias generales, alteraciones del sueño, falta de apetito, sensación de cansancio y agotamiento. Aunque supone esfuerzo, hay que seguir las indicaciones de los profesionales. Es imprescindible para una buena recuperación.

La sed es una sensación muy común en los primeros días de la intervención. Hasta que no transcurren unas horas desde el momento de la extubación no se puede tomar agua. Al principio en pequeños sorbos, y gradualmente en mayor cantidad y frecuencia, en función de cómo lo va tolerando el organismo. Posteriormente se va iniciando una dieta alimenticia.

Tras iniciar esa alimentación se empiezan a notar movimientos intestinales y sensación de gases que ceden en cuanto se produzcan las primeras deposiciones.

[17] Fuente: Equipo de Trasplante Hepático. CHUAC

Otras sensaciones que pueden aparecer son molestias de espalda y articulaciones, sobre todo en aquellos pacientes que sufren de alguna patología ósea.

Habitualmente, la estancia media en la Unidad de Reanimación es de unos cuatro días, pero cada caso puede ser muy diferente: influye el estado general del paciente antes del trasplante y las complicaciones que pudieran presentarse. Durante la estancia en esa Unidad, los médicos responsables del paciente son los anestesistas y cirujanos del trasplante, siendo los primeros quienes informan diariamente a los familiares.

Las visitas se realizan mañana y tarde dentro del horario establecido por la Unidad, siendo por las mañanas cuando se proporciona la información médica a la familia. Sólo debe visitar al paciente su familia más directa, y es imprescindible vestirse con la ropa y útiles de aislamiento, permaneciendo un máximo de dos personas en el "box".

6.5 Estancia en el Servicio de Digestivo

La estancia media en la Planta es de unos 10 a 15 días. A veces no es posible conseguir de forma rápida una función normal de todo el organismo, hay que recordar que la situación general previa al trasplante y las posibles complicaciones pueden influir en la evolución y retrasar el alta hospitalaria, en raras ocasiones muy prolongada.

La sonda nasogástrica, el pulsioxímetro y el catéter arterial se retiran en la Unidad de Reanimacíon, previamente al traslado a la Planta de Digestivo, en la que se extrae la sonda vesical.

Se mantiene un catéter venoso. Los drenajes suelen mantenerse varios días, hasta que no queden restos en el abdomen.

Los médicos que a partir de ahora controlan el seguimiento son los especialistas de la Unidad del Trasplante. Diariamente realizan la visita, las exploraciones y comentan las incidencias. Las dudas que surjan se deben comentar siempre con ellos y con las enfermeras del Servicio encargadas de los cuidados.

Enfermeras y Supervisora de Digestivo[18]

[18] Fuente: Equipo de Trasplante Hepático. CHUAC

En los primeros días es muy necesario disponer de la compañía permanente de un familiar en la habitación.

Ahora, las medidas de aislamiento que se toman consisten en la utilización de mascarilla y guantes, salvo contraindicación médica. Al salir de la habitación, el paciente debe utilizar mascarilla.

Colangiografía[19]

Todas estas medidas tienen el objeto de minimizar el riesgo de contraer infecciones.

Los estudios habituales en este período son:

- Control diario de las constantes vitales.
- Control y revisión diario de curas de las heridas, vía y drenajes.
- Analíticas de sangre y niveles del inmunosupresor: dos / una semanales.

[19] Fuente: Equipo de Trasplante Hepático. CHUAC

- Una ecografía abdominal, para visualizar las estructuras de los órganos.
- Una colangiografía, inyectando un contraste a través del tubo de Kher para revisión de la vía biliar.

En algunas ocasiones puede ser necesario realizar exploraciones más complejas para un correcto diagnóstico y tratamiento, o bien a causa de posibles complicaciones. Entre ellas están:

Biopsia hepática

Consiste en extraer un mínimo fragmento del hígado que es estudiado a través del microscopio por el médico patólogo. Su resultado proporciona información sobre la existencia de rechazo o infecciones. Se realiza bajo anestesia local. Una vez realizada y para prevenir el riesgo de un sangrado, es fundamental permanecer unas dos horas en la cama, acostado sobre el lado derecho. En las siguientes horas no se deben realizar movimientos bruscos.

TAC (Tomografía Axial Computerizada)

Son radiografías específicas que permiten apreciar las alteraciones con más precisión que las convencionales.

Arteriografía

A través de este procedimiento se puede valorar el calibre y permeabilidad de los vasos sanguíneos. Se realiza introduciendo un líquido de contraste a través de una arteria en la zona inguinal.

CPRE (Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica)

En ocasiones es necesario realizarla para visualizar la vía biliar. Consiste en introducir un endoscopio por la boca pasando por el estómago hasta llegar al duodeno. Una vez en el duodeno se intenta llegar a la vía biliar para visualizarla. Es un procedimiento que se realiza con sedación.

Endoscopia

Puede ser de dos tipos:

Gastroscopia, introduciendo una sonda flexible por la boca, para detectar anomalías en el esófago, estómago o duodeno.

Colonoscopia, introduciendo dicha sonda por el ano, para la visualización del intestino grueso.

6.6 Cuestiones a recordar

- *Recuperar el normal funcionamiento del organismo requiere tiempo.*
- *La recuperación es una carrera de fondo, no de velocidad.*
- *No compararse nunca con la evolución de otro trasplantado.*
- *En Medicina no hay enfermedades : hay enfermos.*
- *Comentar las dudas únicamente con los profesionales.*
- *Respetar las normas de los Servicios.*
- *Respetar las normas de aislamiento.*
- *En la habitación solo se deben mantener los accesorios que son estrictamente necesarios, y el paciente debe estar acompañado habitualmente de un familiar.*
- *Limpiar previamente los accesorios que vaya a utilizar el paciente.*

6.7 Alta Hospitalaria. Controles y revisión

En el momento del alta, los médicos y enfermeras indican los tratamientos, recomendaciones y cuidados para llevar a cabo un buen seguimiento y control.

Periódicamente hay que vigilar:

- Tensión arterial.
- Peso.
- Aparición de edemas en pies y tobillos.

Estos datos hay que anotarlos y presentarlos en las revisiones médicas.

Hay que vigilar también el drenaje de Kher, observando que siga sujeto y no tirando nunca del mismo. Las curas se realizan diariamente, como le han enseñado las enfermeras, secando bien las zonas, lavando las manos antes y después de realizarlas.

El seguimiento y control del paciente trasplantado es permanente. Habitualmente los controles de revisión son mensuales en los primeros seis meses del trasplante; posteriormente se realizan cada tres meses, finalizando con dos controles anuales.

En cada revisión es necesario realizar las analíticas generales y medir los niveles de los medicamentos inmunosupresores. De forma sistemática se realiza una ecografía anual. En ocasiones estas pautas, así como la necesidad de hacer otras exploraciones y estudios son modificadas por los médicos del trasplante.

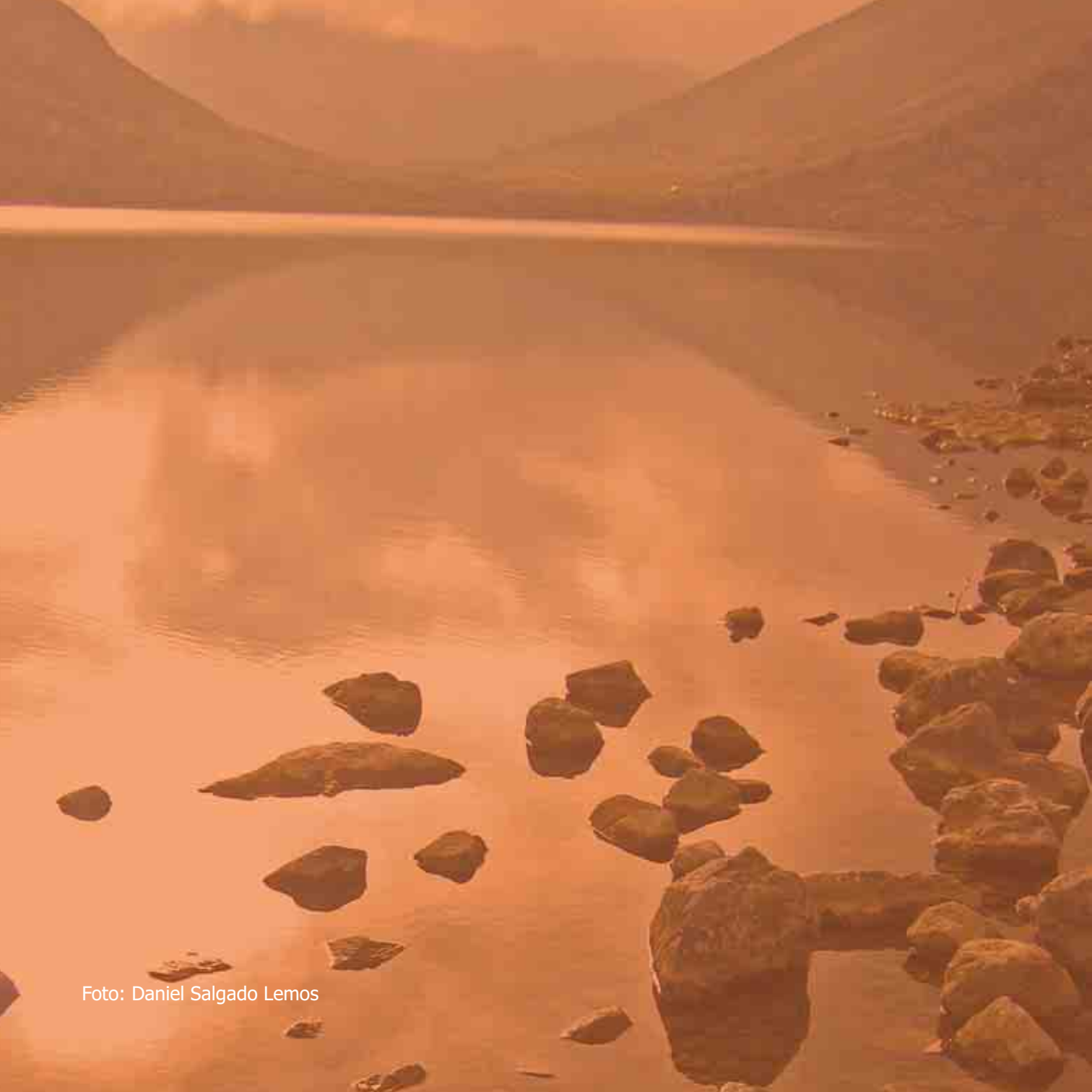


Foto: Daniel Salgado Lemos

7.- COMPLICACIONES DEL TRASPLANTE

Durante y después del trasplante pueden surgir complicaciones que habitualmente son controlables. Las más frecuentes son las relacionadas con la cirugía, las infecciones, el rechazo y los efectos secundarios de la medicación inmunosupresora.

En el postoperatorio inmediato también pueden surgir complicaciones hemodinámicas, renales, respiratorias y digestivas. Aunque es muy infrecuente, una complicación posible es el Fallo Primario del Injerto, que de persistir, obligaría a la realización de un retrasplante inmediato.

En determinadas enfermedades como las hepatitis por virus C, el trasplante no cura la enfermedad, por lo que existe el riesgo de que el virus vuelva a dañar el nuevo órgano.

La retirada del Kher es una técnica muy sencilla que no suele presentar complicaciones. En algunos casos, al retirar el tubo puede salir algo de bilis a la cavidad abdominal, porque el orificio que deja el tubo de Kher no se cierra, ocasionando un cuadro de dolor importante que precisa permanecer en el hospital. Generalmente, es necesario realizar una intervención para cerrar el orificio y lavar la cavidad abdominal de la bilis vertida.

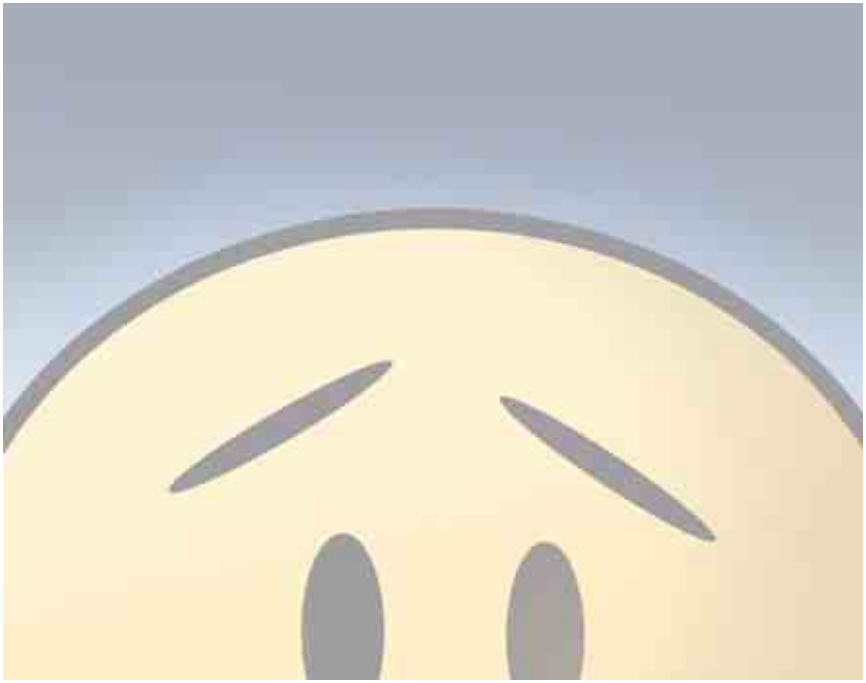
Otras complicaciones que pueden surgir son las eventraciones y las derivadas de la vía biliar.

Las eventraciones son producidas por la distensión de los músculos abdominales, favorecida por el estado de desnutrición en que se llega al trasplante. La solución es quirúrgica y como medida preventiva, se recomienda la utilización de una faja abdominal durante los tres primeros meses después del trasplante.

Las complicaciones biliares son producidas por el estrechamiento de estos conductos, generalmente a nivel de las suturas. Los síntomas suelen ser la fiebre y la ictericia. Normalmente precisan ingreso hospitalario.

Como primera medida, se realiza una colangiografía a través del tubo de Kher, (si aún no se ha retirado), o bien mediante una CPRE. De no resolverse por estos medios, precisaría de una intervención quirúrgica.

Como en otros procedimientos, en el trasplante pueden surgir determinadas complicaciones que pueden superar la capacidad de actuación, pudiendo ocasionar el fallecimiento del paciente. En esta situación se solicita a la familia la autorización para la realización de la autopsia; procedimiento necesario para diagnosticar la causa de la muerte y establecer conclusiones que pudieran favorecer a otros pacientes.



8.- RECHAZO E INMUNOSUPRESIÓN

8.1 Aspectos generales

En condiciones normales el organismo tiene la facultad de reaccionar frente a los agentes que considera extraños, tratando de destruirlos. Este comportamiento del sistema inmunológico es el que protege contra las infecciones.

Esta reacción es mucho más fuerte en el caso de los trasplantes y se denomina ***"rechazo":*** el organismo reconoce como extraño al nuevo órgano. Para tratar este rechazo es necesario tomar unos medicamentos que hacen disminuir la actividad del sistema inmunológico, y que se llaman inmunosupresores que, junto con los corticoides se utilizan en diferentes combinaciones y dosis, durante períodos variables de tiempo según cada caso en particular.

Los inmunosupresores son fármacos muy potentes que se deben tomar exactamente como indica el médico. Disminuyen el riesgo de que el sistema inmunológico destruya el órgano trasplantado, pero al mismo tiempo aumentan el riesgo de contraer infecciones al producir un descenso de las defensas en el organismo.

Tienen algunos efectos desagradables, pero es totalmente imprescindible tomarlos. Si se decidiera bajar la dosis por decisión propia, el sistema inmune reaccionaría fuertemente y destruiría el

Primer Tx Renal entre gemelos[20]

nuevo hígado; y al contrario, si se aumentara la dosis, el sistema inmune podría quedar con tan mínimas defensas que se estaría muy expuesto a todo tipo de infecciones.

Para lograr ese equilibrio, cada vez que se venga a revisión se realiza un análisis de niveles del medicamento que hay en el organismo, para ajustar la dosis adecuada al máximo.

A pesar de estas medicaciones inmunosupresoras, el rechazo puede presentarse, siendo frecuente que aparezca el primer episodio entre el 5º y el 10º día después del trasplante. En la mayoría de los casos es leve consiguiéndose su control con el tratamiento. Después del tercer mes, son infrecuentes los episodios de rechazo.

Los signos y síntomas del rechazo suelen ser fiebre, ictericia (color amarillo en la piel), sensación de decaimiento y debilidad, más o menos acusados en función del grado de rechazo.

8.2 Medicación y efectos secundarios

Cada medicamento tiene unas determinadas características en cuanto a la utilización y conservación del mismo. Al tomar medicación siempre hay que tener en cuenta unas normas generales que son de suma importancia en cuanto a su utilización, conservación y prevención de contaminaciones. Las normas generales son:

- Mantener siempre el producto en su envoltorio original hasta el momento en que se vaya a tomar.

[20] Fuente: "TransNet" Una historia ilustrada del trasplante de órganos

- Almacenar la medicación a temperatura ambiente, en lugar fresco, seco y alejado de la luz.
- Las soluciones se agitan antes de abrirlas. Una vez abierto el frasco, tiene una fecha muy limitada de utilización.
- Controlar la caducidad de la medicación.

La medicación y las pautas que se describen a continuación son las más habituales en el trasplante hepático. Parte de estos tratamientos o la combinación entre los mismos, los prescribirán los médicos especialistas del trasplante. Alguno o varios de estos medicamentos se toman durante toda la vida, si bien los médicos pueden en algún momento aconsejar su suspensión o modificarla de manera temporal o permanente.

Inmunosupresores

Con respecto a los inmunosupresores hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Ser muy estricto en los horarios y forma que se han pautado.
- Se deben tomar con leche, agua o zumos.
- En el caso concreto de la *Ciclosporina en solución;* no tomarla con zumo de pomelo.
- Los comprimidos se deben tomar enteros, sin romper.
- Las soluciones se deben de ingerir diluidas, en vaso de vidrio y prepararlas justo antes de tomarlas.
- En caso de olvido en la hora prescrita, tomarlo inmediatamente: no esperar a la siguiente hora.
- Si se producen vómitos tras tomar la medicación observar:

  Si la medicación se ve en el vómito, tomar Primperán ®, y esperar una media hora a repetir la toma de medicación.

  Si la medicación no se observa en el vómito, tomar el Primperán ®, pero no repetir la dosis del medicamento.

Entre los medicamentos inmunosupresores más habituales en el trasplante hepático se encuentran;

Medicamento	Presentación	Prescripción	Control de Niveles
Ciclosporina : Sandimun Neoral ®	Cápsulas de 100, 50 y 25 mg	Cada 12 horas : con las comidas	Toma de medicación: 2 horas antes de la extracción de sangre
Tacrolimus: Prograf ®	Cápsulas de 5, 1 y 0´5 mg	Cada 12 horas : 1 hora antes de las comidas	Toma de medicación: después de la extracción de sangre
Tacrolimus: Advagraf ®	Cápsulas de 5, 1 y 0´5 mg	Cada 24 horas: 1 hora antes del desayuno	Toma de medicación: después de la extracción de sangre
Everolimus: Certican ®	Comprimidos de 0´1, 0´25 0´5 y 0´75 mg	Cada 12 horas: con las comidas	Toma de medicación: después de la extracción de sangre
Micofenolato: Cellcept ®	Cápsulas de 250 y 500 mg	Cada 12 horas: con las comidas	Toma de medicación: después de la extracción de sangre
Ácido Micofenólico: Myfortic ®	Cápsulas de 180 y 360 mg	Cada 12 horas: con las comidas	Toma de medicación: después de la extracción de sangre
Sirolimus: Rapamune ®	Comprimidos de 1 y 2 mg	Cada 24 horas: con la comida, al mediodía	Toma de medicación: después de la extracción de sangre

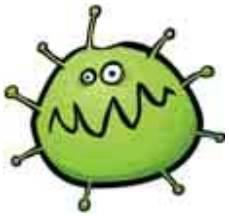
Efectos secundarios de los inmunosupresores:

Muchos medicamentos tienen contraindicaciones y efectos secundarios por lo que es obvio que siempre deben ser prescritos por los médicos especialistas.

Los medicamentos inmunosupresores pueden producir bastantes efectos secundarios pero son imprescindibles en el tratamiento del trasplante, el no tomarlos produciría un rápido y fuerte rechazo que originaría la destrucción del órgano.

Los efectos más habituales son los siguientes:

- Aumento del riesgo de infecciones.
- Alteraciones en la función renal.
- Diarrea, náuseas y vómitos.
- Hipertensión arterial.



- Hiperglucemia.
- Hipercolesterolemia.
- Temblores, cefaleas, convulsiones.
- Inflamación de las encías.
- Anemia.
- Leucopenia.
- Aumento del riesgo de neoplasias.

Esteroides

Prednisona

Son sustancias que el propio organismo produce normalmente. Estos fármacos tienen múltiples usos en medicina. En el caso del trasplante se administran asociados a los inmunosupresores para la prevención y tratamiento del rechazo. Se toman en dosis altas en el período inmediato al trasplante reduciendo las dosis gradualmente.

Efectos secundarios de los esteroides:

- Acidez de estómago, por lo que siempre se debe tomar esta medicación con algo de comida, normalmente con el desayuno. Se suele tomar además un protector gástrico para evitar posibles complicaciones.
- Retención de líquidos y aumento de peso.
- Hipertensión arterial, diabetes.
- Alteraciones en los huesos; osteoporosis, aplastamientos, fracturas.
- Acné en cara y tórax.
- Hirsutismo (crecimiento excesivo del vello).
- Estrías en la región lateral del abdomen.
- Cataratas.

Todos estos efectos van disminuyendo a medida que las dosis sean menores.

9.- PAUTAS DE CUIDADOS

9.1 Normas de alimentación

La dieta tiene que ser nutritiva, equilibrada, pobre en sal y colesterol.

En los tres primeros meses del trasplante, tiempo en el que las defensas están aún bajas, los alimentos se deben tomar recién procesados (cocidos, asados ó fritos), con el fin de que estén lo más descontaminados posible. El agua que esté en contacto con los alimentos ha de ser potable.

Las frutas y verduras se dejan un rato en agua, añadiendo la dosis recomendada de un descontaminante específico para alimentos, lavándolas luego con abundante agua. No tomar frutas que estén dañadas o rotas.

El marisco no se debe consumir crudo.

Cualquier producto envasado debe reunir las suficientes garantías de higiene y caducidad.

Limitar el consumo de azúcar, dulces, embutidos y comidas enlatadas.

La leche debe ser pasteurizada, y los zumos de fruta envasados en tetrabrik. Es muy importante consumir diariamente de dos a tres litros de agua, tanto por la dieta como para facilitar la función renal.

Pirámide Nutricional

Obviamente, está totalmente prohibido el consumo de bebidas alcohólicas.

9.2 Normas de higiene personal

Es necesario mantener unos buenos hábitos higiénicos que deben ser también compartidos por las personas que conviven con el paciente.

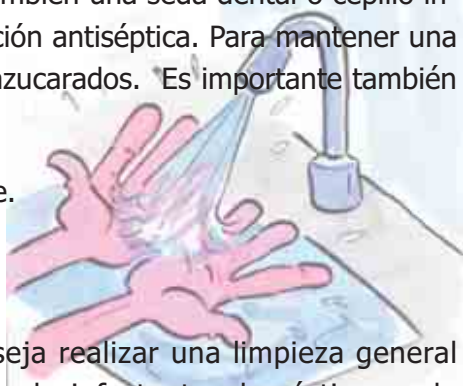
La ducha debe ser diaria, el lavado de manos frecuente, utilizando jabones neutros, y usar cremas para hidratar la piel después de la higiene diaria.

Como efecto secundario de los tratamientos con esteroides se puede desarrollar acné, en este caso no se debe utilizar maquillaje y es aconsejable lavar la cara utilizando jabón neutro, evitando los que contengan cremas y aceites.

Evitar la exposición solar entre las 12 y las 16 horas. Utilizar cremas de protección solar altas (factor ≥ 30) en cara, labios y manos, evitando exposiciones prolongadas de luz solar y fuentes artificiales. Hay que tener presente que en los días nublados los rayos ultravioleta también queman, así como las radiaciones en la nieve, arena o cemento.

Utilizar ropa adecuada y protegerse con gorros y viseras.

Es indispensable el cepillado de la boca después de cada comida. Se recomienda usar un cepillo blando y dentífricos que contengan flúor, utilizando también una seda dental o cepillo interdental, realizando a continuación enjuagues con una solución antiséptica. Para mantener una buena salud dental es conveniente no abusar de alimentos azucarados. Es importante también prevenir las lesiones en la mucosa.



Los enseres de aseo deben ser exclusivos del paciente.

9.3 Normas de higiene general

Cuando esté prevista el alta hospitalaria se aconseja realizar una limpieza general en el domicilio antes de la llegada del paciente. El mejor desinfectante doméstico es la

lejía pero debido a su toxicidad hay que utilizarla siempre diluida (un vaso para un cubo de agua).

Es importante mantener una correcta limpieza de la casa, con especial atención al cuarto de baño y al dormitorio del paciente. Es más recomendable el uso de la aspiradora para evitar la dispersión del polvo, así como ventilar a diario el domicilio.

Los cortinones y alfombras se deben limpiar con la aspiradora.

Evitar humedades en paredes y techos porque contribuyen al desarrollo de hongos y bacterias perjudiciales.

No se deben realizar obras de construcción en la casa hasta que haya transcurrido un año del trasplante y evitar la inhalación y el contacto de la piel con sustancias tóxicas como insecticidas, disolventes y barnices. Si hay necesidad de utilizar dichas sustancias o materiales se debe usar guantes, mascarilla y protección para los ojos.

9.4 Riesgos con personas, animales y ambientes

Hay que evitar el contacto con personas que presenten signos de infección, como tos, fiebre, diarrea o escalofríos, y con niños que presenten alguna enfermedad eruptiva.

Los animales domésticos deben estar vacunados y tener un control sanitario, no hay que olvidar que pueden transmitir enfermedades. Se recomienda evitar el contacto directo con los mismos en el período inmediato al trasplante, posteriormente lavarse siempre las manos tras el contacto con ellos.

Se debe utilizar siempre mascarilla en los hospitales y centros de salud así como en zonas de obras. En el período inmediato al trasplante se debe evitar pasear por zonas que estén demasiado concurridas y en las que hay mucha masificación de personas y aire acondicionado.

Foto: Covadonga Lemos García

10.- INICIO DE ACTIVIDADES

10.1 Ejercicio y deportes

Es fundamental realizar ejercicio diario. Caminar de forma regular y progresivamente, que además ayuda a relajarse, utilizando calzado y ropa cómodos. No se debe realizar ejercicio después de las comidas, así como esfuerzos importantes en los tres primeros meses.

Se desaconsejan los deportes violentos como boxeo, fútbol y artes marciales, siendo recomendables la bicicleta, marcha, golf, tenis o natación, y practicarlos con intensidad gradual.

10.2 Incorporación laboral

La mayor parte de los pacientes reanudan con normalidad sus actividades laborales y sociales pasados unos cuatro meses.

Es recomendable hacerlo también de forma gradual y teniendo en cuenta que no represente un esfuerzo físico importante, así como que conlleve riesgos para la salud.

10.3 Relaciones sexuales y embarazo

La pérdida del ciclo menstrual en las mujeres, así como la impotencia en los hombres es frecuente durante la enfermedad. Habitualmente, al cabo de un tiempo del trasplante, se restablece la actividad sexual. Una buena higiene y la utilización de preservativos es fundamental para evitar contagios.

La posibilidad de embarazo no se debe plantear hasta que transcurra un año del trasplante y previamente comentarlo con su médico.

Como medidas anticonceptivas se recomiendan preservativos, espermicidas y diafragmas. Se desaconsejan la píldora anticonceptiva (efectos secundarios y contraindicaciones) y los dispositivos intrauterinos (riesgos de infecciones abdominales).

10.4 Vacunas

Antes de administrarse una vacuna debe consultar con el médico. El paciente trasplantado no debe recibir vacunas de virus vivos o atenuados, como la del sarampión, rubéola, o fiebre amarilla. Sin embargo puede recibir vacunas de virus muertos o inactivados, como la difteria, tétanos, tuberculosis y antigripales.

Se recomienda la vacunación anual antigripal.

10.5 Viajes

No es recomendable viajar a países que no dispongan de una adecuada atención sanitaria. En el momento de planificar un viaje es importante recabar información de la situación climatológica o posibles epidemias.

Se debe llevar siempre un informe médico, los teléfonos de la Unidad de Trasplante y medicación para más tiempo del previsto.

Consumir alimentos bien procesados, agua embotellada o hervida y no tomar cubitos de hielo.

Foto: J. M. García Buitron

11.- RECOMENDACIONES

- Seguir las pautas recomendadas por los profesionales.
- Prohibición absoluta de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas.
- Mantener una dieta alimenticia correcta.
- Mantener horarios regulares en las comidas y en el descanso.
- Realizar actividades para mantener una buena salud física y mental.
- Disciplina en los horarios de la medicación.
- No realizar cambios en la medicación ni tomar un nuevo medicamento sin consultarlo con su médico del trasplante.
- Informar si se realizan cambios u olvidos involuntarios en el tratamiento.
- Control periódico de la tensión arterial y del peso.
- Realizar revisiones periódicas con el dentista, oftalmólogo y ginecólogo o urólogo.
- Si se precisa una cirugía dental, consultar la conveniencia de realizar profilaxis antibiótica.
- Antes de iniciar algún deporte, realizar un viaje o someterse a alguna intervención quirúrgica: consultar con el médico del trasplante.
- Utilizar mascarilla en hospitales, centros de salud, o en lugares donde haya un ambiente nocivo (humos, obras, fábricas).
- Ante cualquier duda, ponerse en contacto con el equipo de trasplante.

Drs: Otero, Suárez y Vázquez. Seguimiento post-trasplante

12.- SITUACIONES EN LAS QUE SE DEBE CONSULTAR CON EL MÉDICO DEL TRASPLANTE

- Fiebre, (38ºC) taquicardia o palpitaciones, de 24 horas de duración.
- Hipertensión arterial, con valores superiores a 150 / 90, y especial atención si la mínima supera los 100.
- Pérdida de apetito, de peso y cansancio general de forma gradual.
- Diarrea o vómitos de 24 horas de evolución.
- Aparición de sangre en vómitos o deposiciones.
- Cefalea persistente, convulsiones , trastornos visuales , temblor de manos o somnolencia.
- Ictericia o picores persistentes.
- Dolor abdominal intenso o persistente.
- Dolor torácico, tos persistente o fatiga.
- Disminución de la cantidad de orina, cambio en el color o picores.
- Enrojecimiento de la cicatriz: temperatura, hinchazón y dolor.
- Drenaje de Kher: enrojecimiento, supuración y dolor.
- Dolores persistentes en articulaciones.

13.- CONTACTOS

PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA

DIRECTOR DEL PROGRAMA: Dr. Manuel Gómez Gutiérrez

Dr. Gómez

Hepatología :	*Dr. Francisco Javier Suárez López*
	Dra. Alejandra Otero Ferreiro
	Dra. Mª Ángeles Vázquez Millán
	Dr. Xosé Souto Ruzo
	Dr. Manuel Delgado Blanco
Cirugía :	*Dr. Manuel Gómez Gutiérrez*
	Dr. Carlos Fernández Sellés
	Dr. Gerardo Corbal Ramos
	Dr. Javier Aguirrezabalaga González
	Dra. Julia Quintela Fandiño

Supervisora del Servicio de Digestivo:	María Jesús Goyanes López
Secretaria del Servicio de Digestivo:	Aurora Gómez Rodríguez
Coordinadora del Trasplante:	Covadonga Lemos García

Los números que a continuación se indican son los teléfonos en los que se puede contactar con alguno de los miembros del Equipo de Trasplante:

Teléfonos / Fax

Servicio de Digestivo 981 178 168

Secretaría del Servicio 981 178 169 Fax. 981 178 364

Consultas Pre Trasplante Hepático 981 178 000 Ext: 291084 / 291079

Consulta Post Trasplante Hepático 981 178 000 Ext: 291084

Coordinadora del Trasplante 981 178 013 / 981178170 Fax. 981 178 016

covadonga.lemos.garcia@sergas.es

Secretaria

14.- BIBLIOGRAFÍA

Trasplante Hepático

Berenguer, J ; Parrilla, P

Editorial Elsevier. Edición 12/2007

Enfermería en Trasplantes

Montserrat Solís Muñoz

Editorial DAE. Edición 2005

Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2007-2008

NANDA INTERNACIONAL. Editorial Elsevier. Edición 2007

NANDA, North American Nursing Diagnosis Association

Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)

Moorhead,S; Jhonson,M ; Maas,M

Editorial Elsevier, 2005

Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)

McCloskey Dochterman,J; Bulechek, GM

Editorial Elsevier, 2005

http://www.hospitalcoruna.es

http://www.trasplantes.net

http://www.ont.es