



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Maestría en Administración de Servicios de
Salud

Tesis

Tema: Gestión de los procesos de mejora continua de enfermería, en la Unidad de Cuidados Intensivos, en transplante hepático pediátrico.

Caso de estudio: Hospital Universitario Austral. Pilar.
Provincia de Buenos Aires.

Período de estudio: Año 2010.

Autor: Lic. Echazarreta Silvina

Directora: Prof. Dra. Bibiana Frare

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Noviembre 2013.



ÍNDICE

Nº de Ref. de Títulos y Subtítulos		Temario	Nº de Página
		INDICE	2
		ABSTRACT	6
I.-		SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	8
	I. 1.-	Introducción	8
	I. 2.-	Justificación	9
	I. 3.-	Contexto	10
	I. 3.1.-	Hospital Universitario Austral	10
	I. 3.1.a.-	Histórico	10
	I. 3.1.b.-	Geográfico	11
	I. 3.1.c.-	Social	13
	I. 3.2.-	Transplante hepático pediátrico	14
	I. 3.2.a.-	Histórico	14
	I. 3.2.b.-	Social	23
II.-		ANTECEDENTES	29
	II. 1.-	Legales	29
	II. 2.-	Producciones textuales/ académicas	30
	II. 2.1.-	Internacionales	30
	II. 2.2.-	Nacionales	30
	II. 2.3.-	Institucionales	31
III.-		OBJETIVOS	31
	III. 1.-	Objetivo General	31
	III. 2.-	Objetivos Específicos	31
IV.-		HIPÓTESIS	32



ÍNDICE

Nº de Ref. de Títulos y Subtítulos		Temario	Nº de Página
V.-		MARCO TEÓRICO	33
	V. 1.-	El cuidado de la salud y la profesión de enfermería	33
	V. 1.1.-	El cuidado de enfermería: rol de la enfermera en transplante	36
	V. 1.1.a.-	La enfermera de transplante ante las diferentes etapas del proceso de transplante hepático	37
	V. 1.2.-	La gestión del cuidado de enfermería	43
	V. 1.3.-	La gestión por procesos	45
	V. 1.4.-	La mejora continua	48
	V. 2.-	Guías de práctica clínica	50
	V. 2.1.-	Guía de práctica clínica: El niño en evaluación pre-transplante	52
	V. 2.2.-	Lista de control de preparación de la unidad del paciente pre-transplante	56
	V. 2.3.-	Normas del servicio: Manual de convivencia	56
	V. 3.-	Guía de rutina pre- quirúrgica	57
	V. 3.1.-	Lista de control de preparación de unidad Pos- transplante	57
	V. 4.-	Guía de práctica clínica: El niño pos- transplantado hepático	58
	V. 4.1.-	Medicación inmunosupresora: Definición y su importancia	63



ÍNDICE

Nº de Ref. de Títulos y Subtítulos		Temario	Nº de Página
	V. 4.2.-	Educación paciente / familia	64
	V. 5.-	Propuestas de actualización / realización	72
	V. 5.1.-	Guías de práctica clínica existentes	72
	V. 5.2.-	Planilla de educación paciente/familia para el alta	72
	V. 5.3.-	Manual de trasplante hepático pediátrico para el paciente /familia	72
VI.-		ANÁLISIS DE LOS RESULTANTES DE LA INFORMACIÓN RELEVADA EN LA EMPIRIA	73
VII.-		METODOLOGÍA UTILIZADA	77
	VII. 1.-	Tipo de estudio	77
	VII. 2.-	Universo	77
	VII. 3.-	Unidad de análisis	77
	VII. 4.-	Variables e indicadores	77
	VII. 5.-	Criterio de selección de caso	78
	VII. 6.-	Técnicas e instrumentos	79
	VII. 7.-	Fuentes de información	79
	VII. 8.-	La organización de la información	79
VIII.-		CONCLUSIONES	80



ÍNDICE

Nº de Ref. de Títulos y Subtítulos		Temario	Nº de Página
IX.-		ANEXOS	81
	IX. I	Lista de control de preparación de unidad del paciente pre-transplante	81
	IX. II	Folleto de Normas del Servicio: Manual de Convivencia	82
	IX. III	Guía de practica clínica: el niño en evaluación pre-transplante	91
	IX. IV	Guía de rutina pre-quirúrgica	93
	IX. V	Lista de control de preparación pos- quirúrgica de unidad	94
	IX. VI	Guía de practica clínica: el niño pos-transplantado hepático	95
	IX. VII	Planilla de medicaciones para educación para el alta	97
	IX. VIII	Folleto con referencia a la medicación inmunosupresora	99
	IX. IX	Manual de Transplante	101
X		BIBLIOGRAFÍA	121
	X. 1.-	Bibliografía General	121
	X. 2.-	Sitios web Consultados	124



Abstract

El primer trasplante hepático fue realizado por Thomas Starzl, en 1963, aunque no fue sino hasta varios años más tarde cuando se publicaron los primeros trasplantes exitosos.

En las décadas siguientes se fue dando una expansión rápida de centros a nivel mundial, hecho que se vio reflejado también en nuestro país, sobre todo a partir de la década de 1990, donde el desarrollo científico y técnico estuvo acompañado de políticas de salud destinadas al desarrollo de procesos de donación y trasplante.

Teniendo en cuenta que el proceso de donación- trasplante precisa del trabajo conjunto de muchos profesionales que han evolucionado en el tiempo, la profesión de enfermería como parte activa de este conjunto ha seguido esta evolución aportando una metodología enmarcada en un modelo de cuidados.

El cuidado es la esencia de la práctica de enfermería en las dimensiones física, mental, emocional, social y espiritual.

Cuenta con fundamentos científicos propios, plasmados en el Proceso de Atención de Enfermería que guía en forma sistemática, planificada y ordenada su quehacer.

Este proceso permite la gestión de actividades de evaluación con el objetivo de buscar las mejores alternativas posibles en la administración del cuidado y lograr importantes mejoras.

El cambio se encuentra en pasar de diagnosticar y tratar, a prevenir y gestionar, haciendo hincapié en como utilizar el proceso enfermero, uniendo conocimientos, habilidades, y actitudes como fuerza que impulsa cuidados de calidad.

La gestión por procesos no trata de reinventar la metodología básica del Proceso de Atención de Enfermería, pero sí apoyarse en la experiencia de su práctica.



La gestión por procesos se constituye en un instrumento indispensable para las organizaciones innovadoras cuya visión sea trabajar para incorporar la cultura de la gestión a la práctica clínica, minimizando la variabilidad en la forma de administrar los cuidados de enfermería. Con el valor añadido de la incorporación de métodos de calidad y excelencia tecnológica y humana orientada al paciente, y potenciando la investigación y formación de los profesionales de enfermería.

En este contexto la implementación de procesos de mejora continua colabora en optimizar los cuidados buscando la mejor evidencia científica disponible que permita una adecuada actualización de los mismos.

En este sentido se presenta este estudio en pacientes pediátricos con trasplante hepático en los que se analizan procesos de cuidados, y las oportunidades de mejora.



I. Situación problemática

I. 1. Introducción

En el contexto de la administración y gestión del área de enfermería de unidades de cuidados intensivos pediátricos, en niños que requieran transplante hepático, se plantea la necesidad de contar con procesos de mejora continua que permitan una adecuada planificación, correcta toma de decisiones, conlleven a la disminución de factores de riesgo, eleven la calidad de vida, y favorezcan la continuidad del cuidado.

La gestión de estos procesos requiere, inicialmente, efectuar diagnósticos y análisis de situación que se encuentran en las unidades a gestionar y luego una planificación de acciones a desarrollar.

Para que las actividades programadas se cumplan con eficiencia, se hace necesario el desarrollo de Manuales de Procedimientos. Los mismos permiten la mejora de la atención de enfermería al más alto nivel, compatible con los recursos y la tecnología disponible. Es una de las formas de lograr unidad de criterios y una mejor gestión institucional.

Se puede decir que, dentro de las principales razones para el desarrollo de procesos de estos tipos de cuidados, se encuentra la optimización de los sistemas de trabajo.

Los mismos tienden a favorecer el trabajo de equipo, contribuyen al mejoramiento de la calidad de atención, optimizan la comunicación con el resto de los profesionales del equipo, permitiendo ordenar las actividades de enfermería y evaluar la atención prestada.



I. 2. Justificación

La importancia de la mejora continua radica en que puede contribuir a disminuir las debilidades y afianzar las fortalezas de las unidades de enfermería. El personal de las mismas deberá analizar los procesos utilizados, de manera que, si existen deficiencias puedan mejorarse y/o corregirse. Como resultado de la aplicación de esta técnica los servicios lograrían óptimos resultados para poder liderar el área en cuestión.

Los pacientes pediátricos que requieren transplante hepático conforman una unidad de atención de gran complejidad.

En los últimos años, las indicaciones de transplante hepático han ido en constante aumento, lo cual genera que el número de pacientes en lista de espera sea mayor a la disponibilidad de órganos para su implante.

Esto obliga no sólo a realizar una adecuada selección de los pacientes para transplante, sino también a maximizar el uso de cada órgano que es donado. Además de llegar a la difícil decisión, con profunda discusión ética, de transplantar pacientes pediátricos a partir de donantes vivos relacionados.

La complejidad de la atención conlleva además, la evaluación y seguimiento a largo plazo, su supervivencia, posible recurrencia de la enfermedad de base, su calidad de vida tanto personal, como familiar y social.

El presente trabajo surge de la necesidad de lograr consenso en la atención particular de estos pacientes, y contar con elementos que permitan evaluarlos en las diferentes etapas.

El propósito del mismo es alcanzar calidad mediante consenso y continuidad en los cuidados de enfermería a partir de la mejor evidencia científica posible.

De esta manera, se tiende a optimizar los cuidados a las características propias de cada paciente y su demanda, asegurando eficiencia en el desarrollo de los procesos de cuidados en los niños que requieren de un transplante hepático.



I. 3. Contexto

En el presente apartado se expone el contexto histórico, geográfico y social del lugar del caso de estudio y luego, particularmente en referencia al trasplante hepático pediátrico se describe su contexto histórico y social.

I. 3. 1. Hospital Universitario Austral.

I. 3. 1. a. *Histórico*

“El Hospital Universitario Austral nace como proyecto hace unos treinta años atrás cuando un grupo de médicos pensaba en la idea de contar con un hospital universitario dedicado a la enseñanza, la investigación y la asistencia, aportando a la sociedad profesionales con excelente educación técnica y formación humana, e infraestructura con un alto grado de complejidad.

Surge de esta manera, en el año 1966, la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral, que tendría en el año 2001 la primera promoción de médicos y licenciados en enfermería.

En paralelo y con el aporte de donaciones se inician las obras de construcción de la infraestructura hospitalaria, que sería inaugurada en abril de 2000”.¹

Diseñado sobre 36 mil metros cuadrados la estructura conjuga funcionalidad, tecnología y seguridad incorporando aspectos de infraestructura pensada especialmente para instituciones de salud con tecnologías de avanzada que se aplican a cada una de sus especialidades.

El elevado desarrollo tecnológico sumado al desarrollo informático, iniciativa innovadora en Latinoamérica, hacen del hospital un centro apto para

¹ Fuente: <http://www.cas.austral.edu.ar>. [FC: 05/05/08].



el tratamiento de patologías complejas y la realización de procedimientos quirúrgicos de alta complejidad, entre los que se incluyen los trasplantes.

A partir de su inauguración y hasta la actualidad universidad y hospital continúan unificando esfuerzos, conocimientos y formación para continuar avanzando hacia la excelencia tecnológica y humana.

La unidad de cuidados intensivos pediátricos en sus inicios estuvo ubicada en el segundo piso, junto a la unidad de adultos. Posteriormente, debido al enorme crecimiento en la demanda de atención, junto a la incorporación de cirugías de alta complejidad en la que se incluye el trasplante hepático pediátrico, surge la necesidad de contar con espacios más amplios. Es así que se inicia la construcción de lo que es, a partir de octubre del año 2006, el quinto piso pediátrico, donde se encuentra ubicada la Unidad de Cuidados Intensivos, Intermedios, Internación General, y Hospital de día pediátricos, junto a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Dichas unidades han tenido un crecimiento exponencial en cuanto a demanda y atención de pacientes de alta complejidad desde entonces, lo que acompañó el crecimiento en cuanto a la formación, capacitación y desarrollo de estándares de cuidados en la enfermería.

I. 3. 1. b. Geográfico

El Hospital Universitario Austral se encuentra ubicado a 50 kilómetros al noroeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en Juan D. Perón 1500, Derqui, partido de Pilar, provincia de Buenos Aires.

El partido de Pilar se encuentra al noreste de la provincia de Buenos Aires, asentado sobre la cuenca del río Luján, dispone de una superficie de 352 kilómetros cuadrados, con forma irregular. El partido cuenta con un alto nivel de accesibilidad, conectado por varias rutas nacionales y provinciales, rutas 6, 8, 25, 26, 234 y ramal Pilar de Panamericana.

Se expone a continuación el mapa de su ubicación geográfica:



Mapa N° 1: Ubicación geográfica del Hospital Universitario Austral. Pilar. Provincia de Buenos Aires.

Fuente: Sitio Cit. <http://www.cas.austral.edu.ar>. [FC: 05/05/08].

Se encuentra en una de las zonas de mayor crecimiento demográfico de los últimos años.

El hospital, por mes, registra más de 100 nacimientos, más de 600 cirugías y 28000 consultas ambulatorias.

Ofrece un entorno natural que favorece la recuperación del paciente y brinda comodidad a los familiares.

Es una institución dedicada al cuidado de la salud, que promueve la cultura de la vida.

Es un hospital general de agudos orientado a la alta complejidad con tecnología de última generación. Incluye un sistema de registros informatizado que permite acceder a la información on line al personal autorizado.



Foto N°1: Hospital Universitario Austral.

Fuente: Sitio Cit. <http://www.cas.austral.edu.ar>. [FC: 05/05/08]

I 3. 1. c. Social

“La historia de Pilar comienza en el año 1850, cuando Juan de Garay efectuó el reparto de tierras denominadas “Suertes de estancias” entre sus compañeros de viaje. Las tierras luego pasaron por diversas transferencias y fraccionamientos hasta que, a partir del año 1774, con el nombramiento de don Ventura López Camelo como alcalde comienza a denominarse Partido de Pilar.

El municipio de Pilar fue formalmente creado el 24 de Octubre de 1864 por la Ley N° 442, y cuenta actualmente con 11 localidades.

La población del partido asciende a 298.191 habitantes (según Censo Nacional del año 2010), con una densidad aproximada de 655 habitantes por kilómetro cuadrado.

Con el avance en las últimas décadas de las transacciones comerciales y las oportunidades que brinda el mundo globalizado se impulsa desde el municipio el desarrollo productivo que permita un crecimiento económico sostenido.

Debido a su posición geográfica, extensión y características de sus tierras, así como su posición estratégica sobre Ruta Panamericana, ha atraído en los últimos años a muchas personas en búsqueda de un lugar amplio y tranquilo. Y también a numerosas empresas e industrias que se han ubicado



fundamentalmente en el parque industrial”.²



Foto N° 2: Panorámica de la Plaza de Pilar.

Fuente: <http://www.pilar.gov.ar>. [F.C: 10/04/09].

I 3. 2. **Transplante hepático pediátrico**

I 3. 2. a. Histórico

“En el siglo XV aparece representada una de las primeras ideas de transplante con donante cadavérico con fines terapéuticos, San Cosme y San Adrián (hermanos médicos) realizan un transplante de una pierna a un soldado”.³

Los casos científicamente aprobados surgen en el siglo XIX acompañados de otros avances en la medicina.

² Fuente: <http://www.pilar.gov.ar>. [F.C: 10/04/09].

³ Andreu L. Force E. (2004) La enfermería y el transplante de órganos. Editorial Panamericana. España.



Es en el inicio del siglo XX cuando el procedimiento para irrigar órganos injertados permite la realización de los trasplantes y los mismos se convierten en una práctica habitual.

El Dr. T. E. Starzl inicio una nueva era en el tratamiento de las hepatopatías avanzadas en pediatría realizando en Marzo de 1963 en Denver, Estados Unidos, el primer trasplante hepático a un niño con atresia de vías biliares (AVB). Los resultados de éste y de los posteriores realizados en las décadas de 1960 y 1970 no fueron positivos. Es a partir del uso de la ciclosporina, fármaco inmunosupresor, a finales de la década de 1970 cuando los resultados mejoraron en forma evidente.

En nuestro país, los inicios de la actividad transplantológica datan a partir de 1928, y el primer trasplante hepático se realiza en 1988, en el Hospital Italiano de Buenos Aires. En el año 1992 se realiza el primer trasplante hepático pediátrico con donante vivo relacionado (DVR).

“Si bien es en 1977, que se promulga la Ley 21541, por la cual se crea el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (CUCAI), es en la década de los ´90 cuando se consolidan los aspectos legislativos y se logra que todas las provincias tengan en mayor o menor grado de desarrollo, organismos oficiales de procuración de órganos y tejidos para trasplante.

La consolidación más importante se experimentó en la década del 90 con la promoción desde el Estado de políticas sanitarias que impulsaron nuevas actividades de coordinación. Se crearon organismos provinciales de procuración en la mayoría de las provincias argentinas, de esta manera se optimizó la cobertura territorial.

En 1990, con la sanción de la Ley N° 23885, el CUCAI se convirtió en el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), pasando a ser un organismo descentralizado con autarquía y dependiendo del Ministerio de Salud de la Nación”.⁴

En 2010 Argentina alcanzó los 583 donantes reales, que corresponde a

⁴ INCUCAI. Biblioteca. www.incuciai.gov.ar. [FC: 20/01/09].



una tasa de donación de 14,54 por millón de habitantes, que permitieron que 1293 pacientes recibieran un trasplante de órganos. La generación de donantes se incrementó en un 17%, y se obtuvo una media de 2.81 órganos por donante. Estas cifras representan una tasa de trasplante de 32,25 por millón de habitantes, una marca histórica que posiciona a nuestro país entre los principales referentes de la materia.

Se ha establecido por Resolución INCUCAI N°356/10 un Fondo Solidario de Trasplante, el cual brinda asistencia financiera para llevar a cabo acciones del proceso de donación y trasplante, destinadas a facilitar el acceso a lista de espera y trasplante a pacientes sin cobertura formal de salud, como así también al desarrollo y/o fortalecimiento de bancos de tejidos y células, evaluación de trasplantes y la procuración de órganos y tejidos.

En los últimos años, la Argentina duplicó el número de trasplantes realizados, como resultado de la aplicación de políticas sanitarias de procuración, capacitación y entrenamiento destinadas a la comunidad hospitalaria y el desarrollo de programas de control de calidad. (Gráficos n° 1 y 2).

Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Donantes	253	257	253	241	299	403	406	455	486	519	500	583

Gráfico N°1. Donantes de órganos evolución 1999-2010. Fuente: INCUCAI

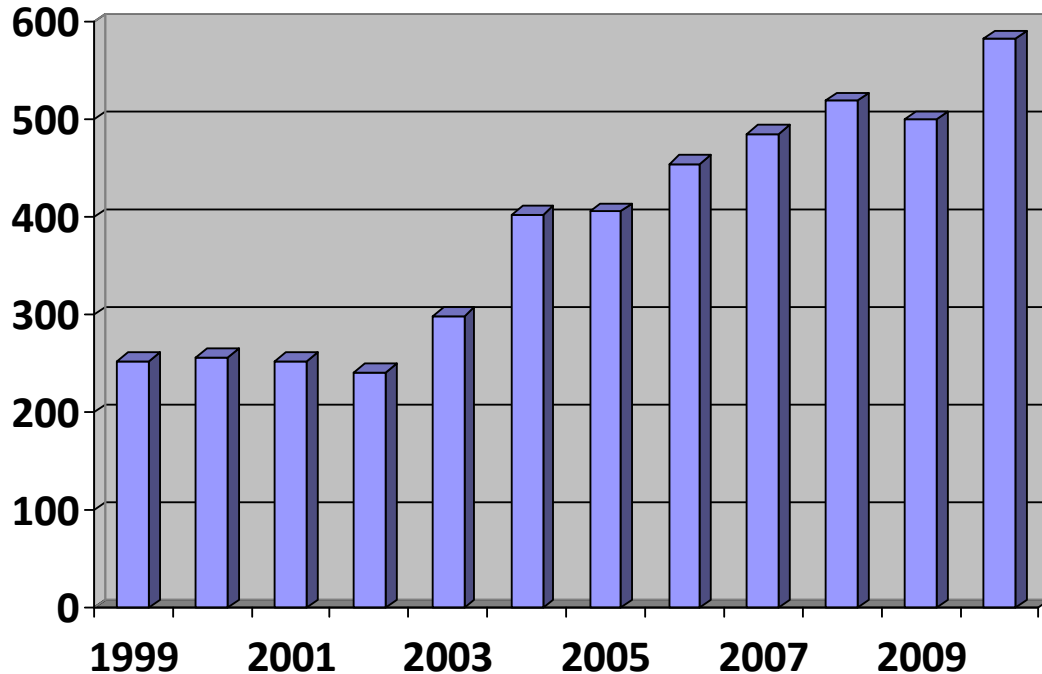


Grafico N°2. Donantes de órganos evolución 1999-2010. Fuente: INCUCAI.

Dentro de las políticas sanitarias que promueven la procuración e implante de órganos se encuentran:

- Programa Federal de Procuración, instrumentado en julio de 2003, se implementó a fin de dar respuesta a un problema de salud que afecta a nuestro país y a numerosos ciudadanos, la escasez de órganos y tejidos para trasplante.

Este programa se plantea como meta institucional instalar la procuración de órganos y tejidos como una actividad sanitaria asistencial y detectar el 100% de las muertes encefálicas ocurridas en los establecimientos asistenciales.

Del mismo participan los sistemas de salud de todas las provincias a través de sus coordinadores hospitalarios de trasplante y cuenta con



un sistema de monitoreo permanente mediante el programa nacional de seguimiento de pacientes neurocríticos con Glasgow 7.

- Plan de Desarrollo de Transplante Renal, implementado debido a la incidencia y prevalencia en el país de insuficiencia renal con indicación de transplante lo que requiere un registro y seguimiento de los datos de pacientes en diálisis.
- Estrategia Hospital Donante. Esta supone la incorporación de la procuración de órganos y tejidos como una actividad médico asistencial dentro de los servicios ofrecidos por cada institución, con el objetivo de involucrar a todos los integrantes del sistema de salud en las diferentes fases del proceso de donación y transplante.
- Sistema Nacional de Información de Procuración y Transplante de la República Argentina (SINTRA), permite registrar, gestionar, fiscalizar y consultar la actividad de procuración y transplante de órganos y tejidos en el ámbito nacional registrando la información en tiempo real.
A través de la misma se instrumentan los procesos de inscripción, actualización de la lista de espera, y es el sistema por el cual se distribuyen y asignan los órganos y tejidos generados en cada proceso de donación.
Al sistema SINTRA se puede acceder como paciente con una clave para realizar consultas y además es una fuente de acceso libre para información general a la comunidad.
- Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH), puesto en marcha en Abril de 2003 y creado por Ley Nacional N° 25392 tiene como objetivo brindar respuesta a las personas con diagnóstico de enfermedades hematológicas terminales que requieran un transplante de células para recuperarse. Este registro está unido además a una red que agrupa registros en todo el mundo.
- Información, desafío sanitario y participación ciudadana, consta de planes de comunicación para dar a conocer a la sociedad las



actividades del INCUCAI involucrando y promoviendo la participación de la misma.

Durante el año 2010 se realizaron 276 trasplantes hepáticos y se alcanzó una tasa de trasplante hepático por millón de habitantes de 6.88, el 63% de los cuales se llevó a cabo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Accedieron al trasplante hepático 51 pacientes menores de 18 años y 65 mayores de 60 años. (Gráfico N°4). Ocho de cada diez hígados fueron procurados en la provincia en la que residía el receptor.

Edad	< de 10 años	10/19 años	20/29 años	30/39 años	40/49 años	50/59 años	60/69 años	70/79 años	>de 80 años	Total
Transplantes	29	22	15	23	44	78	60	5	0	276
%	10.51	7.97	5.44	8.33	15.94	28.26	21.74	1.81	0	100

Gráfico N°4. Trasplante hepático por grupo etéreo. Fuente: Incucaí, 2010.

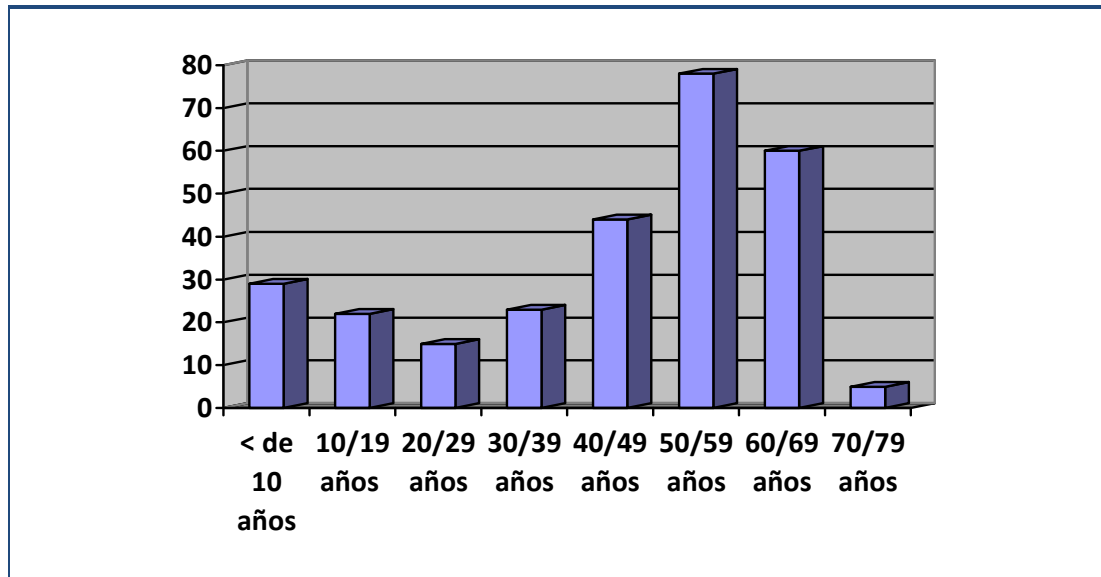


Gráfico N°4. Transplante hepático por grupo etáreo. Fuente: Incucai. 2010

Los pacientes, según datos del Incucai 2010, se transplantaron en situación de emergencia en un 14% y por puntaje Meld (Model for End Stage Liver Disease), para personas mayores de 12 años o Peld (Pediatric End Stage Liver Disease), para personas menores de 12 años, 86%. De estos pacientes permanecieron en lista de espera aproximadamente el 60% entre cero y tres meses. (Gráfico 5 y 6).⁵

Situación clínica	Transplantes	%
Puntaje Meld/Peld	236	86
Emergencia	40	14
TOTAL	276	100

Gráfico N°5. Transplante hepático clasificado por situación clínica del receptor.

Fuente: Incucai. 2010

⁵ INCUCAI. Memoria 2010. Procuración y transplante de órganos, tejidos y células en Argentina. Biblioteca. www.incucai.gov.ar. [FC: 2/02/11]

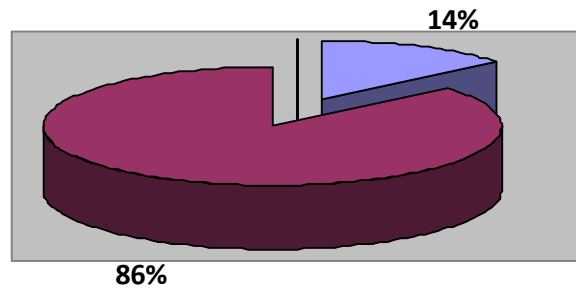


Gráfico N°6. transplantes hepáticos por situación clínica.
Fuente: Incucaí, 2010.

El tiempo de espera de los pacientes identificados dentro de la categoría en emergencia, estuvo dentro del primer mes para el 95% de los pacientes. Los pacientes identificados según puntaje Peld o Meld fueron transplantados aproximadamente un 55 %, dentro de los tres primeros meses de su ingreso a la lista. (Gráficos 7 y 8).⁶

Dentro de las situaciones consideradas de emergencia se encuentran aquellos pacientes con falla hepática fulminante con una expectativa de vida menor a siete días sin transplante hepático, o con falla primaria del hígado o trombosis de la arteria hepática del hígado dentro de los siete días post transplante con importante compromiso de su expectativa de vida sin un nuevo transplante. Estas situaciones a fin de garantizar la equidad distributiva son auditadas por el organismo de ablación e implante correspondiente.

La clasificación según Peld o Meld es una escala que mide la severidad de enfermedad hepática y establece la asignación del órgano al paciente con mayor puntaje, ya que cuanto más alto sea éste, mayor será el riesgo de vida.

⁶ Op cit. INCUCAI



Tiempo	Dentro del mes	Entre 2 y 3 meses	Entre 4 y 6 meses	Entre 7 y 9 meses	Entre 10 y 12 meses	Entre 13 y 15 meses	Entre 16 y 18 meses	Entre 19 y 21 meses	Más de 21 meses	Total
Transplante	125	44	35	15	10	11	8	7	21	276
%	45,29	15,94	12,68	5,43	3,62	3,99	2,90	2,54	7,61	100

Grafico N°7. Transplante hepático agrupado por tiempo de espera

Fuente: Incucaí. 2010.

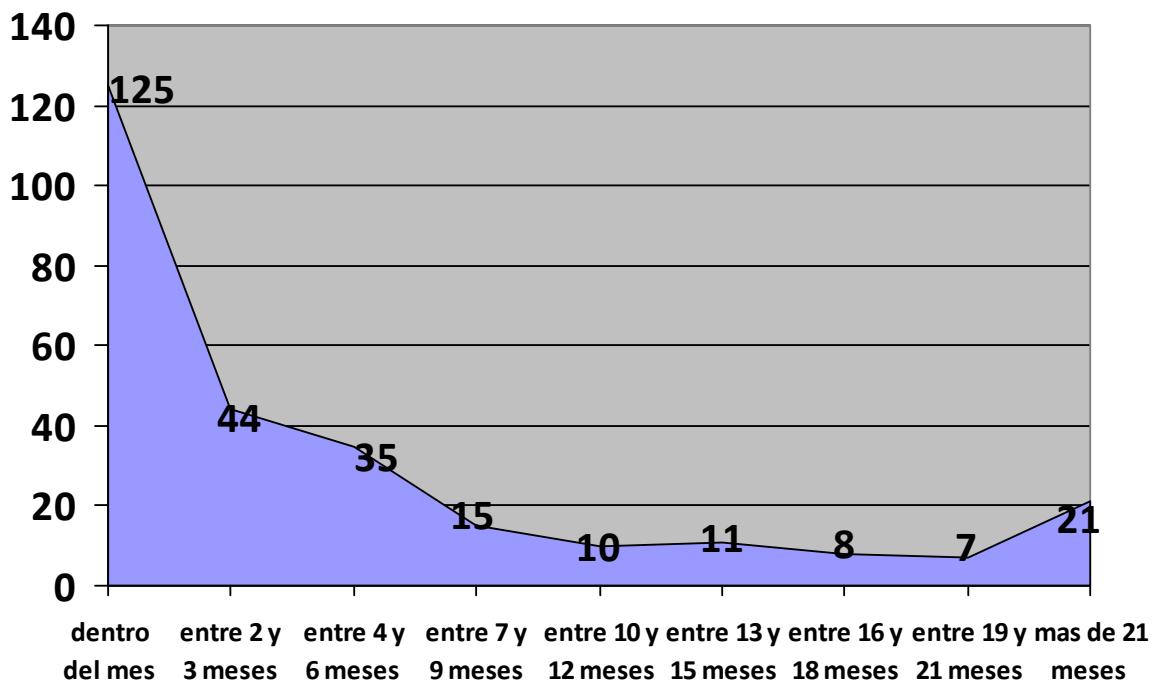


Grafico N°8. Tiempo de espera hepática. Fuente: In cucai, 2010.



El Hospital Universitario Austral realiza su primera cirugía de transplante de hígado pediátrico en octubre del 2001, con donante vivo relacionado, a un paciente de seis meses de vida.

En el año 2005 el Hospital alcanzó, a cinco años de su apertura y a cuatro de iniciado el programa de transplante, sus primeros cien transplantes hepáticos; tomando alrededor del 10 % del total de transplantes hepáticos efectuados por año en todo el país, recibiendo personas de toda Argentina con un alto predominio de niños con hepatitis fulminantes. Para esto se han evaluado más de 200 candidatos, lo que demuestra el volumen de trabajo realizado. Del 100% de los transplantes un 35% aproximadamente son efectuados con la técnica de donante vivo relacionado, lo que demuestra las destrezas de los distintos equipos de trabajo y a su vez pone de manifiesto la necesidad de mejorar la procuración.⁷

Desde el primer transplante hepático el proceso de cuidados ha ido evolucionando paso a paso en forma continua, lo cual se evidencia en el desarrollo de planes y protocolos de cuidados. Los mismos se han simplificado, debido a la experiencia y haciéndolos cada vez más funcionales, dando lugar a menor posibilidad de errores. Aun así surgen nuevas dificultades y problemas a los que dar solución.

I. 3. 2. b. *Social*

Los procesos de transplante se encuentran muy marcados por aspectos psicológicos que comienzan con la sensibilización de la sociedad respecto al tema, y que se ve influenciada por mitos, desinformación, explicaciones incorrectas o sensacionalistas. El sentir de las personas que reciben un transplante y sus familias, es absolutamente significativo, toda vez que su vida

⁷ Diario la Auténtica Defensa. Entrevista al jefe del servicio hepático del Hospital Universitario Austral. Campana. Buenos aires. 18 de diciembre de 2005.



dependerá de que otra persona muera.

El trasplante hepático es hoy, una terapia irremplazable para el tratamiento de las enfermedades hepáticas agudas y crónicas. Los avances en las técnicas quirúrgicas, en las medicaciones inmunosupresoras, en la elección de donantes y el manejo de las complicaciones hacen posible resultados óptimos a corto y largo plazo. En el marco de una marcada discordancia entre, el número de donantes y el número de receptores, se presenta como estrategia válida el trasplante con donante vivo relacionado. Contribuyendo a disminuir la mortalidad en lista de espera, optimizando los tiempos de trasplante y la sobrevida del paciente y del implante.

Es de importancia recordar que el ingreso del niño a evaluación o lista de espera genera en el mismo y su familia ansiedad y crisis, por lo que es necesario el seguimiento y la contención adecuada.

El trasplante al ser una terapéutica de alta complejidad requiere de una completa y exhaustiva evaluación del paciente. En la evaluación de la persona a transplantar se distinguen habitualmente tres pasos que se pueden solapar en forma temporal. En primera instancia se confirma la indicación de trasplante, es decir se evalúa la enfermedad hepática del paciente.

Para establecer la indicación de trasplante a un paciente se tienen en cuenta dos cuestiones; la primera es, ¿debe considerarse a este paciente un candidato a trasplante?, aquí se tiene en cuenta los criterios mínimos de inclusión y las contraindicaciones. La segunda es, ¿cuándo debe indicarse el trasplante en la evolución de la enfermedad?, toma en consideración la historia natural de la enfermedad hepática y, las probabilidades de transplantarse una vez incluido en lista de espera.

Se realizan una serie de análisis de sangre y de estudios para objetivar el estado del sistema cardiovascular y respiratorio, con radiografías y estudios habitualmente invasivos. Se necesita un detallado estudio del hígado y de su sistema vascular mediante ecografía doppler y resonancia magnética nuclear.

En la evaluación se incluyen además, las de los demás especialistas que conforman el equipo de trasplante: psicólogo, psiquiatra, asistente social,



cardiólogo, neurólogo, anesthesiólogo, infectólogo.

Uno de los aspectos de la evaluación con gran influencia en la etapa pos-transplante es la evaluación social y los riesgos que puedan surgir de la misma. En esta evaluación se debe incluir: la dinámica del grupo familiar, la conciencia de la enfermedad por parte de los miembros de la familia y del niño, si tiene capacidad de comprensión, manifestaciones físicas de la enfermedad, actitud de la red familiar ampliada, ingresos económicos, nivel de educación, cobertura social y características de la vivienda.

En el segundo paso se descarta la existencia de contraindicaciones, y finalmente, se valora la existencia de posibles enfermedades o riesgos para el paciente.

El orden en que cada persona recibe un órgano varía de acuerdo a cada país, aunque se deben observar dos principios básicos: el de justicia, el paciente más enfermo, y el de beneficencia, la distribución debe asegurar el mayor beneficio global.

En nuestro país todo lo referente a la actividad transplantológica se encuentra dirigida por el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante, organismo que impulsa, normatiza, coordina y fiscaliza la actividad de donación y transplante de órganos tejidos y células. Actúa junto a 24 organismos jurisdiccionales de ablación e implante con el fin de brindar a la población un acceso transparente, equitativo y de calidad al transplante.

Estas instancias administrativas coordinan las actividades de procuración en cada territorio y forman parte de la estructura de los ministerios provinciales de salud. Además de los organismos jurisdiccionales el sistema de procuración está integrado por 141 establecimientos hospitalarios bajo el Programa Nacional de Pacientes Neurocríticos con Glasgow 7, y 134 Coordinadores Hospitalarios. Por otra parte, el sistema transplantológico, está conformado por 130 centros habilitados para transplante de órganos, 356 de tejidos, 53 de médula ósea y 49 bancos de tejidos. El INCUCAI asiste financieramente a los organismos jurisdiccionales, por lo que transfiere insumos, instrumentos y financia recursos humanos para el desarrollo de la gestión provincial. (Gráfico



Nº). ⁸

Provincia	Hospitales Bajo programa	Coordinadores hospitalarios	Centros de transplante de órganos	Centros de transplante de tejidos	Centros de transplante de médula ósea	Banco de tejidos
Buenos Aires	36	43	15	66	12	6
Caba	22	14	63	121	32	18
Córdoba	17	8	19	3	3	8
Santa Fe	8	10	9	62	5	3
Tucumán	5	4	3	7	0	3
Entre Ríos	7	7	1	6	0	0
Chubut	5	4	0	0	0	0
Mendoza	3	5	8	11	0	2
Santiago del Estero	3	3	0	3	0	1
Salta	4	3	3	11	0	1
San Juan	1	2	0	7	0	1
Río Negro	6	4	0	4	0	0
Corrientes	2	4	1	4	0	1
Misiones	3	4	1	8	0	1
Formosa	2	2	4	2	0	0
Jujuy	2	2	0	1	0	1
Chaco	3	3	1	1	0	0
Neuquén	2	2	1	4	1	0
La Pampa	2	2	1	4	0	1
Santa Cruz	2	1	0	0	0	0
San Luis	2	2	0	0	0	0
La Rioja	1	2	0	1	0	1
Catamarca	1	1	0	1	0	1
Tierra del Fuego	2	2	0	1	0	0
TOTAL	141	134	130	328	53	49

Gráfico N°9. Establecimientos sanitarios, coordinadores hospitalarios, centros de transplante y banco de tejidos clasificados por provincia. Fuente: INCUCAI.2010.

⁸ INCUCAI. Memoria 2010. Procuración y transplante de órganos, tejidos y células en Argentina. Biblioteca. www.incucai.gov.ar. [FC: 2/02/11]



La distribución y asignación de órganos, en este caso del hígado en pediatría, está reglamentada por la Resolución 123/07 del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). Esta normativa asigna los órganos según un puntaje que se obtiene de incluir parámetros de creatinina, bilirrubina, razón internacional normalizada (RIN), y el uso de una fórmula.

En forma ideal, los pacientes deben ser identificados y referidos para trasplante cuando la sobrevida sea menor a uno o dos años, pero antes de que desarrollen complicaciones repetidas o progresivas que incrementen los riesgos y los costos del trasplante. En este sentido, "... se ha comprobado que los pacientes referidos antes de estar severamente descompensados, pueden ser transplantados antes de que se deterioren y se logra una mejor sobrevida post trasplante".⁹

La preparación para la posterior inserción del niño en su medio familiar, escolar y social debe comenzar en la etapa previa al trasplante para un correcto diagnóstico y planificación de los cuidados.

Posterior al trasplante, es necesario contar con centros de atención, siendo estos responsables del seguimiento a largo plazo. Es de suma importancia comprender y asumir que el éxito en trasplante depende en su mayor parte de un adecuado seguimiento y adecuada adherencia al tratamiento y que esta tarea es responsabilidad del equipo de salud y de la sociedad misma, como medio de inserción del niño.

Establecer redes de atención e incluir al niño en sistemas de cobertura social es fundamental para el cuidado y tratamiento de por vida que requieren, recordando que, en el complejo y dinámico tratamiento de trasplante somos todos responsables.

El aumento de la demanda de órganos está muy por encima de los órganos que se obtienen, lo que resulta de periodos prolongados en lista de

⁹ C. Lovesio (2007). Actualización Libro virtual Intramed. Medicina intensiva. Editorial El ateneo, Buenos Aires.



espera y un aumento de la incidencia de mortalidad en este periodo. La escasa donación de órganos representa un obstáculo mayor en el desarrollo del trasplante en Argentina, con una tasa de donación de 14.54 órganos por millón de habitantes (año 2010). Aunque la mayoría de los trasplantes se realizan con donantes cadavéricos, el desbalance entre la donación y la tasa de obtención y el aumento de personas en las listas de espera ha generado un aumento en la proporción de trasplantes con donante vivo, sobre todo en los niños. (Gráficos N° 10 y 11).

Edad	< de 10 años	10/19 años	20/29 años	30/39 años	40/49 años	50/59 años	60/69 años	70/79 años	>de 80 años	Total
Transplantes	29	22	15	23	44	78	60	5	0	276
%	10.51	7.97	5.44	8.33	15.94	28.26	21.74	1.81	0	100

Gráfico N°10. Transplante hepático clasificado por grupo etáreo del receptor.

Fuente: INCUCAI, 2010.

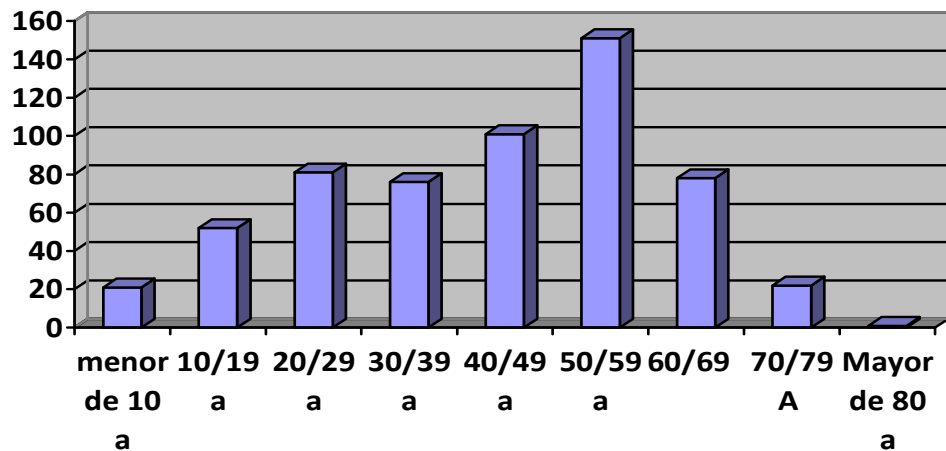


Gráfico N° 11. Donantes de órganos por grupo etáreo . Fuente: INCUCAI, 2010.

Es teniendo presente la responsabilidad social que la educación respecto al tema trasplante, debe apuntar a facilitar el acceso a la adecuada



información, a reflexionar, que a pesar de ser una práctica quirúrgica habitual, sólo es posible a través de la solidaridad por lo que se debe dar participación a la construcción de actividades solidarias responsables, que promuevan el valor de la vida.

II. Antecedentes

II. 1. Legales

- ✓ Ley Nacional N° 24004, 1991. Ejercicio de la profesión de enfermería.
- ✓ Resolución Ministerial N° 432/1992. Programa nacional de garantía de la calidad de la atención médica: Estandarización de los procesos asistenciales.
- ✓ Resolución Ministerial N° 194/1995. Normas de organización y funcionamiento de servicios de enfermería en establecimientos de atención médica.
- ✓ Resolución Ministerial N° 1331/2001. Normas de organización y funcionamiento de unidades de cuidados intensivos pediátricos.
- ✓ Ley Provincial N° 12245, 2001. Ejercicio de la enfermería en la Provincia de Buenos Aires.
- ✓ Resolución del Incucai N° 22/2004. Evolución de situación clínica de inscriptos en lista de espera para transplante de órganos en calidad de emergencia.
- ✓ Ley Nacional N° 26066, 2005. Modificatoria de la Ley N° 24193, de transplante de órganos y tejidos.
- ✓ Resolución del Incucai N° 123/2007 Actualización de resolución N° 112/2005. Normativa hepática.
- ✓ Resolución N° 199/2004. Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos.



- ✓ Resolución Ministerial N° 805/2008. Guía de adaptación de guías de práctica clínica.
- ✓ Joint Comisión International. Estándares de acreditación para hospitales. 3º edición en español. 2009.

II 2. Producciones textuales/Académicas.

Entre los antecedentes académicos se destacan declaraciones, guías y programas en diferentes ámbitos. Entre los que se mencionan:

II 2. 1. Internacionales

- ✓ Declaración de Granada. Consejo iberoamericano de donación y trasplante. (CIDT) VII Conferencia iberoamericana de ministros de Salud. Granada, España. Septiembre, 2005.
- ✓ Declaración de Mar del Plata. Consejo Iberoamericano de donación y trasplante. Mar del Plata. Argentina. 17 de Noviembre, 2005.
- ✓ Recomendaciones CIDT-2005 sobre Programas de calidad en la donación de órganos. Newsletter del Consejo Iberoamericano de donación y Trasplante. Vol I, N°1, Octubre 2007.

II 2. 2. Nacionales

- ✓ “Estrategias e impacto de la capacitación institucional”. Fernández C., Soratti C. III Congreso Argentino de procuración de Órganos y Tejidos para trasplante (AAPROTT).
- ✓ “Ética y trasplante”. Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación. Capítulo N°29. Buenos Aires, 2000.
- ✓ “Guía para la adaptación de Guías de Práctica Clínica”. Esandi M.E., De Luca M., Chapman E., Ortiz Z., Schapochnik N., Otheguy L. Instituto de



Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, 2008.

II. 2. 3. Institucionales

- ✓ Programa de medición y mejora continua de los cuidados en salud. Universidad Austral. Hospital Universitario Austral. 2009.
- ✓ Departamento de calidad y seguridad del paciente.
- ✓ Servicio de infectología, prevención y control de infecciones.

III. Objetivos

III. 1. Objetivo general

Determinar la gestión de los procesos de mejora continua de enfermería en pacientes con transplante hepático pediátrico.
Estudio de Caso: Hospital Universitario Austral. Pilar. Provincia de Buenos Aires. 2010.

III. 2. Objetivos específicos

Describir los conceptos y características de la calidad referidos a la gestión de los procesos de mejora continua de enfermería:

- El cuidado de la salud y la profesión de enfermería:
 - La gestión del cuidado en enfermería
 - La gestión por procesos
 - La mejora continua
- Identificar y describir las guías de práctica clínica (GPC) referidas a niños que requieren transplantes hepáticos existentes en la Unidad de



Cuidados Intensivos Pediátricos: (evaluación pre-transplante y la del niño transplantado hepático).

- Determinar el cumplimiento de las GPC existentes.
- Establecer las actualizaciones de las GPC existentes, si se requiriesen.
- Determinar las GPC faltantes y su diseño.
- Describir las normativas de la unidad.

IV. Hipótesis

La gestión de los procesos de mejora continua de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos determina resultados adecuados en tiempo, forma, y calidad en los transplantados hepáticos pediátricos del lugar del caso de estudio.¹⁰

¹⁰ Caso de estudio: Unidad de cuidados Intensivos. Hospital Universitario Austral.
Periodo: 2010



V. Marco teórico

En el presente apartado se describen conceptos y características del cuidado de la salud y la profesión de enfermería (que incluye la gestión del cuidado en enfermería, la gestión por procesos) y finalmente, como Anexos, se exponen las guías de práctica clínica del niño en evaluación pre-transplante y la del niño transplantado hepático.

V. 1. El cuidado de la salud y la profesión de enfermería

La enfermería es la ciencia del cuidado de la salud de las personas y ha venido practicándose como profesión hace más de un siglo, pero la definición más específica de sus funciones y desarrollo de los conocimientos que le son propios ha experimentado una rápida evolución dentro de las ciencias de la salud en los últimos años.

La Organización Mundial de la Salud en su Informe Técnico 860 de 1996, sostiene: “Enfermería es un arte y una ciencia. Requiere el entendimiento y la aplicación de determinados conocimientos teóricos y prácticos y se vale de conocimientos y técnicas derivados de las humanidades y de las ciencias físicas, sociales y biomédicas.”¹¹

Entendiendo que, “... ciencia es el conjunto de conocimientos sistemáticamente estructurados obtenidos mediante la observación de patrones regulares, de razonamientos y de experimentación en ámbitos específicos, de los cuales se generan preguntas, se construyen hipótesis, se deducen principios y se elaboran leyes generales y esquemas metódicamente organizados”.¹²

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) define: “...la enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996) Informe Técnico 860. Ginebra.

¹² Diccionario de la Real Academia Española. 22ª edición. 2001.



personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas”.¹³

Funciones esenciales de la enfermería incluyen: la defensa y el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y en los sistemas de salud, y la formación.

“El cuidado de la salud de las personas es el objetivo principal y el fin de la profesión de enfermería. El cuidar es, en esencia, lo que a lo largo de toda la historia, ha configurado el quehacer enfermero. Ello ha hecho de esta acción básica toda una profesión, precisamente por la consideración tan valiosa del significado que tiene en la vida humana, la salud, la integridad, la dignidad, la autonomía, todo ello desde una consideración holística e integral del ser humano”.¹⁴

Una profesión que nace de una necesidad social tan fundamental para la persona como es su derecho a la salud y que se ejerce bajo una amplia perspectiva como la de cuidar del individuo, familia y comunidad desde una consideración expresa de los valores y creencias, tanto de la persona que cuida como de la que es cuidada, en interacción con el medio y su entorno. Por ello, esta profesión se consolida y se legitima desde la ayuda a las necesidades más básicas del ser humano, individuo, familia o comunidad.

F. Torralba y F. Roselló, del Instituto Borja de bioética, dicen:” En el acto de cuidar la Enfermería se singulariza respecto de otras áreas y ciencias de la salud y de la asistencia. Agregan además que, curar y cuidar no deben comprenderse como procesos paralelos sino complementarios, pero que el aporte definitivo de la enfermería en el conjunto de las ciencias de la salud, no

¹³ Consejo Internacional de Enfermería.

¹⁴ Echazarreta S. Monografía: Gestión de la calidad del cuidado de enfermería. Maestría en administración de servicios de salud. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. 2008.



es precisamente a la curación sino al cuidado, y que la acción de cuidar, como toda acción, requiere de una teoría que la legitime”.¹⁵

En el cuidado se reconoce una capacidad creativa, el mismo es único, ya que, las personas son seres diferentes con sus subjetividades propias. Los cuidados respaldados por un cuerpo de conocimientos enfermeros prestan atención a la unicidad del ser humano, con su historia particular y dentro de un contexto determinado. El mismo, ya sea, político, económico, social, cultural influye sobre la persona que recibe cuidados y sobre los que cuidan.

En este sentido las corrientes que han influido en el desarrollo del conocimiento y de la práctica de enfermería según Collier, “... *han tenido diferentes características: corriente centrada en la técnica, corriente centrada en la relación cuidador- persona cuidada, y corriente centrada en el desarrollo de la salud.*

*Es esta última corriente, que se centra en la salud y su relación con los procesos socioeconómicos y políticos, la que se desarrolla en América Latina a partir de los años 60, la misma, buscaba redefinir la salud pública con un alto componente de responsabilidad social incursionando en procesos que permitiesen construir condiciones de vida saludables para la sociedad”.*¹⁶ Más que patologías, la orientación de las investigaciones en enfermería comenzaron a ver los problemas de salud que afectaban a grupos humanos, y comprender que el cuidado plantea exigencias diferentes a lo estrictamente médico; y empieza a identificar problemas a partir de respuestas sociales que son de su competencia, pudiendo mencionar aquí el soporte a cuidadores familiares de pacientes con problemas crónicos, discapacidades o nuevos estados de salud en caso de los pacientes transplantados que requieren cuidados en el hogar.

¹⁵ Torralba I., Roselló F. (1998) Antropología del cuidar. Instituto Borja de Bioética, Fundación Mapfre de Medicina. Madrid.

¹⁶ Collier M. F. (1993) Promover la vida. Madrid. Interamericana McGraw Hill.



El estudio de los núcleos disciplinarios básicos: persona, entorno, salud y cuidados; llamados por Florence Nightingale (1820-1910) “...leyes de la salud o del cuidado enfermero”¹⁷. “*Sumados a los elementos conceptuales, filosóficos, y los principios que han orientado a la profesión desde dicha épocas, son hoy esenciales para la comprensión de los cuidados enfermeros*”.¹⁸

El ejercicio profesional de la enfermería es dinámico y debe responder a las necesidades cambiantes de los pacientes, quienes demandan cuidado de acuerdo a sus hábitos, costumbres y estado de salud, este último determina el lugar de atención y la tecnología que ha de utilizarse para su tratamiento.

La búsqueda de la calidad del cuidado es una oportunidad de redescubrir la identidad profesional, pues el desarrollo técnico y científico de la profesión, orientado a satisfacer las necesidades del paciente, mejora la comprensión de las organizaciones de enfermería en las instituciones de salud y la reorienta hacia la formulación de estrategias de mejora continua, apoyadas en la investigación, la evaluación, la discusión y el consenso logrando calidad en la atención de enfermería.¹⁹

V. 1. 1. El cuidado de enfermería: rol de la enfermera en transplante.

El transplante es un proceso dinámico que precisa de la labor conjunta de muchos profesionales, el cual ha ido evolucionando en el tiempo. Enfermería como parte activa del mismo ha participado de esta evolución añadiendo una metodología enmarcada en un modelo de cuidados, en el caso que nos ocupa el modelo de cuidados de Virginia Henderson, que permite proporcionar cuidados integrales a cada paciente.

En este contexto el rol de la enfermería en transplante, se desenvuelve en

¹⁷ Citado por Kerouac S., Pepin J., Durcharme F., Duquette A., Major F. (1996) El pensamiento enfermero. Masson. Barcelona

¹⁸ Rosa A. Zárate Grajales. (Junio 2004) La gestión del cuidado de enfermería. Index de enfermería. V.13 N.44-45. [FC: 13/05/09].



base a una serie de competencias, conocimientos, habilidades y actitudes que debe desarrollar para conseguir cuidados de calidad.

La enfermera coordinadora de trasplante tiene entre sus funciones, la asistencia, docencia, investigación y gestión; es el nexo entre el paciente y su familia y el resto del equipo, y su actividad es sustentada por la colaboración con el resto de los profesionales del equipo en cada una de las etapas del proceso de trasplanteV. 1. 1. a. La enfermera de trasplante ante las diferentes etapas del proceso de trasplante hepático.²⁰

La planificación de los cuidados al paciente con insuficiencia hepática varía según la etapa del proceso en la que se encuentre, evaluación, lista de espera, trasplante o seguimiento. Es posible, y dependiendo de la gravedad de su estado que, en las dos primeras esté internado en una institución de salud, o asistir a la consulta en forma ambulatoria.

La comunicación se mantiene en forma constante por vía telefónica a lo largo de todo el proceso con los pacientes.

- Evaluación.

En la primera visita la enfermera coordinadora realizará una valoración inicial²¹ (Cuadro N°1), donde podrá conocer la situación de salud general del paciente, identificará las necesidades alteradas y detectará problemas estableciendo los diagnósticos de enfermería más importantes, a fin de programar los cuidados adecuados.

¹⁹ Ortiz Zapata A. C. (1999) Gestión del cuidado de enfermería.

²⁰ Lora López, P. Mayo, 2007. Funciones de la enfermera de trasplante hepático. Enfermería global N°10.

²¹ Valoración inicial de enfermería. Fuente: elaboración propia.2010.



VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES PRE- TRANSPLANTE

Datos personales.

Nombre y apellido:..... Fecha Nac: Edad:.....

Procedencia: Teléfono de contacto.....

Estado general y diagnóstico.....

Motivo de consulta.....

Antecedentes

Medicación habitual: Si.... No....

Observaciones:.....

Dispositivos que requiere el paciente: (tqt, sng, anteojos, aporte de oxígeno, etc).....

Padres: con destreza en cuidados de:

Nutrición..... Manejo de dispositivos..... Medicaciones..... Cuidados generales.....

Seguridad

Nivel de Conciencia: Glasgow / 14-15

Pupilas: Mióticas..... Midriáticas.... Reactivas.... Simétricas.....

Antecedentes de convulsiones:.....

Reflejos: conservados.....No conservados.....

Observaciones:.....

Dolor: Escala..... Localización.....Duración.....

Tipo: Punzante.....Cólicos.....Ardor.....otros

Cede con: Analgésicos Decúbitos Brazos.... Masajes Otros

Necesidades de respiración: oxigenación/circulación

Mecánica respiratoria: Con esfuerzo:..... Requiere O2:.....Simetría de Tórax.....Tiraje.... Alete nasal....Tos....

Auscultación

Beab Sibilancias Rales

Broncoespasmo Hipoventilación Quejido....

Secreciones:..... Características Sialorrea.....

Ritmo cardíaco: Sinusal Alterado Relleno capilar en segundos..... Pulsos distales.....

Necesidades de Nutrición/eliminación

Apetito: Adecuado.... Regular.... Insuficiente....

Vía de alimentación: oral.... Sondas.... Parenteral.....

Dieta: Líquida Semisólidos General.....

Observaciones: (celiaco, diabético, baja en sodio, etc).....

Abdomen: depresible.... Distendido.... Tenso... Excavado ... Ascítico Ruidos hidroaéreos.....

Erupciones/rush Escoriaciones Escaras

Cuadro N°1. Valoración inicial de enfermería al paciente en evaluación pre-transplante.

1°parte. Fuente: elaboración propia



Eliminación urinaria: Espontánea.... Incontinencia..... Pañal....Chata.....Sanitario...

Eliminación fecal: Espontánea.... Incontinencia Diarrea Constipación

Lesiones perianales..... Uso de laxantes

Necesidad de mantener la higiene de la piel y proteger tegumentos/mantener la temperatura corporal adecuada

Estado general: limpio..... Descuidado/desaliñado.....

Piel: Seca... Diaforética.... Grasa.... Rosada... Pálida.... Fría ... Caliente Descamación

Cianosis.... Ictericia

Presencia de: Edema ... Heridas Quemaduras ... Úlceras Hematomas.... Petequias

Higiene: En cama.... En ducha

Mucosa bucal: Integra.... Con lesiones.....

Necesidad de moverse y mantener una buena postura/ vestirse/ desvestirse

Nivel de Autonomía: Total..... Parcial.....

Tono muscular: normal..... disminuido.....

Necesidad comunicación/ realización/

Idioma Comunicación: adecuada Dificultosa....

Alteraciones: Habla.... Visuales Auditivas Tacto Memoria Comprensión

Utiliza otros medios de expresión: (escritura, pizarrón, figuras, letras)

Capacidad de aprendizaje: Limitada Adecuada..... Dificultosa Escolarizado:.....

Uso de: Anteojos ... Audífonos.....Dispositivos bucales.....

Trastornos de la imagen corporal: En la función En la apariencia

Presencia de temor Ansiedad

Realiza actividades de distracción: Si.... No ... _____

Inicio de actividad sexual: Si No.....

Necesidad de actuar según las creencias y valores

Restricciones religiosas: si..... No.....

Otros

ALTA: (padres) Requiere educación sobre:

Nutrición.... Cuidados específicos Tratamiento Dispositivos.... Medicaciones.....Curaciones....

Controles

Necesidades de cuidados específicos en el niño, los padres o familiar responsable: dinámica del grupo familiar, nivel de comprensión, dificultades para el aprendizaje, de afrontamiento de la enfermedad, de soporte socioeconómico, requerimientos de vivienda u otros, requieren información sobre soportes sociales, actitud de la red familiar ampliada, nivel educacional, actividad laboral

Observaciones (agregar aquellas consideraciones que se consideren importantes para el proceso de trasplante).....

Firma y aclaración del profesional Fecha:.....

Valoración inicial de enfermería al paciente en evaluación pre-trasplante. 2º parte.

Fuente: elaboración propia



Se debe procurar en este primer contacto ser muy accesible, escuchar todo lo que el paciente y su familia expresen, logrando un entorno de confianza.

Dentro de esta valoración se observará el estado físico del paciente, manera de afrontar la enfermedad por parte de la familia, su entorno, si hubo una adecuada comprensión de la información e indicaciones dadas por el equipo médico. Además en esta instancia gestionará los estudios solicitados, facilitará al paciente y su familia un teléfono para realizar las consultas que necesiten y programará la siguiente consulta.

En la situación que el paciente debido a su estado de salud esté internado en esta etapa, la enfermera coordinadora será la encargada de dar información sobre la evolución de la enfermedad, aclarando dudas y explicar los estudios diagnósticos que se le están realizando.

Es importante que se trabaje en conjunto con los profesionales de enfermería de internación a fin de planificar los cuidados y poder detectar problemas lo antes posible.

Asimismo comenzará a trabajar con la familia o con el cuidador principal (familiar o persona allegada responsable) para programar los cuidados que serán necesarios al alta en el domicilio. Es en esta fase donde se detectan con más facilidad las deficiencias que se pueden presentar en el entorno y es el momento de darles solución buscando redes de apoyo, asistencia psicológica, trabajadora social y si el programa lo tiene idealmente, una enfermera de enlace.

- Lista de espera.

Una vez que se ha seleccionado una persona para realizar un transplante, éste es incluido en una lista de espera, y esta decisión es comunicada al paciente y su familia. La información dada hasta ese momento por la enfermera coordinadora ha de ser muy cuidadosa a fin de no crear falsas expectativas.



En esta etapa se debe favorecer la calma, promover que la familia exprese sus dudas u opiniones, mantener una escucha activa debido a que muchas veces este periodo se hace muy largo para un paciente o una familia que afrontan una delicada situación de salud.

En esta etapa pretransplante una nutrición adecuada y el tratamiento precoz de las complicaciones de las hepatopatías crónicas en el niño pasible de un transplante mejoran notablemente los índices de sobrevida postransplante.

El seguimiento del niño en lista de espera es habitualmente realizado con consultas ambulatorias por lo que los cuidados de atención primaria constituyen un papel de suma importancia para la enfermera de transplante responsable. Se tendrá en cuenta:

- El control de parámetros nutricionales (peso, talla, conducta alimentaria, que alimentos ingiere, cultura de alimentos, consultas).
- Inmunizaciones según calendario, excepto vacunas a virus vivo atenuado si el transplante está muy próximo (4 semanas).
- Prevención y tratamiento de las infecciones.
- Control de los signos de colestasis y fiebre (dar pautas a los padres).
- Motivos por los que deben ser derivados para su tratamiento al hospital de referencia.

Éste es también, el periodo preoperatorio, por lo que la enfermera de transplante será la encargada, si el paciente es ambulatorio, de organizar las visitas a los sectores donde luego será ingresado, comenzando por el servicio de admisión, el sector de internación general donde le realizarán la preparación para la cirugía, ubicación del quirófano, la unidad de intensivos o la unidad de transplante.

Conocer de antemano los sitios donde estará colabora a disminuir la ansiedad ante lo desconocido y genera confianza.

En el caso de los niños los padres pueden informarse de las diferentes rutinas de los sectores y de los trámites que necesitarán si deben permanecer en el hospital.



Además, en caso que el transplante se programe con donante vivo relacionado, habitual en niños, la intervención de la enfermera será doble, con el paciente receptor y la persona responsable de su cuidado, y hacia el familiar que será intervenido como donante

Es de suma importancia recordar que en este periodo hay pacientes que fallecen por lo que el conocimiento del estado general del paciente y la situación de la familia, colaborará en la ayuda que la enfermera pueda realizar para acompañar el duelo ante la pérdida.

- El transplante.

En esta etapa del proceso la función de la enfermera de transplante será la de dar soporte emocional a la familia y favorecer la accesibilidad al entorno hospitalario.

Mientras el paciente se encuentre en la unidad de cuidados intensivos, el personal de dicha unidad es responsable directo de su cuidado.

Es importante recordar iniciar en este momento con la educación, de forma progresiva y proporcionando la información de manera comprensible para el paciente y su familia.

El objetivo se concentrará en desarrollar estrategias para que al alta el paciente si es posible o su familia sean autónomos a la hora del manejo de las medicaciones y conozcan los signos de alarma ante los cuales debe comunicarse con su médico de cabecera o el centro de transplante.

- Seguimiento.

Los controles posteriores al alta permiten controlar la evolución del estado de salud del paciente transplantado y su adaptación al entorno familiar, escolar y social. Éstos son frecuentes, una o dos veces por semana, al comienzo y en ellos se debe prestar especial atención al nivel de adherencia de la familia y del niño si es posible al tratamiento indicado. Posteriormente los controles se van



espaciando y es un medio de evaluar el seguimiento respecto del cumplimiento de las recomendaciones higiénico dietéticas, realizar ejercicios, mantener una adecuada higiene bucal y control odontológico y asistir al control de laboratorio que se le prescriba.

Es importante que la enfermera de transplante transmita y ayude a los padres a incorporar la noción que el niño debe concurrir a la escuela, al club y desarrollar tareas sociales tan pronto sea posible, así como también paulatinamente se le debe enseñar la importancia de las medicaciones, horarios y cuidados, y porque son necesarios.

V. 1. 2. La gestión del cuidado en enfermería

Toda enfermera reconoce en su actividad cotidiana la importancia que los cuidados tienen para el buen desarrollo de los procesos sanitarios y la necesidad de asegurar la calidad en la administración de los mismos para lograr el bienestar de las personas.

Linda H. Aiken refiriéndose a sus investigaciones sobre los hospitales con magnetismo, escribe "... la organización de enfermería en el contexto global de centro confiere a las enfermeras una mayor independencia para estructurar la práctica de la forma que consideren oportuna..."²²

Dicha autonomía establece el sentido de responsabilidad que tienen los profesionales de la salud con la sociedad, en términos de calidad, pertinencia y costos de los cuidados de salud proporcionados.

Esto obliga a cambios radicales en la gestión y en la misma estructura de los servicios de enfermería. Asimismo, se hace necesario medir la calidad, además de organizar y administrar las tareas de manera de asegurar la misma en la atención de enfermería.

Si bien se observan avances en el ámbito sanitario, ahora es necesario e

²² Aiken L.H y cols. Hospitales con Magnetismo: un mecanismo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. Enfermería Clínica 1995; volumen 5, número 6.



imprescindible optimizarlos a través de una mejora aún poco visible, como son las decisiones y acciones del cuidado de enfermería. En ellas radica actualmente un importante componente de la gestión de la calidad de los mismos.

Es prioritario resaltar la necesidad de transformar la administración tradicional de recursos por una actividad estratégica denominada gestión del cuidado.

Se entiende por gestión "...aquella herramienta administrativa que nos proporciona una metodología formal para identificar problemas, medirlos, analizarlos, y realizar diagnósticos, facilitando la toma de decisiones que permitan obtener soluciones e implementar acciones que sean susceptibles, tanto en su aplicación como en sus resultados, de ser evaluados. Para gestionar, hace falta una planificación previa, tener un camino claro; monitorear las acciones, los procesos; la regulación y la legislación. La planificación puede aplicarse al desarrollo de programas y a la producción de recursos, e influye de manera significativa en el funcionamiento del sistema sanitario".²³

Susan Kerouac (1996) define la gestión del cuidado enfermero como "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de las personas que en interacción con su entorno viven experiencias de salud".²⁴

"...Es, en las instituciones de salud, el ámbito donde el profesional de enfermería debe mejorar la eficiencia, la efectividad y la eficacia de los cuidados, mediante la aplicación de técnicas y métodos que le ayuden a garantizar una calidad óptima. Esto se puede lograr mediante la gerencia de servicio y la gestión del cuidado. Los elementos teóricos de la calidad, la

²³ Marriner Ann - Tomey. (1996) Administración y liderazgo en Enfermería. 5ª edición. Mosby. España.

²⁴ Op. Cit. Kerouac S., Pepin J., Durcharme F., Duquette A., Major F. (1996) El pensamiento enfermero. Masson. Barcelona



gerencia de servicios y la gestión, aportan estrategias útiles a los procesos que comprenden el cuidado de las personas”.²⁵

En este sentido cabe aclarar que es condición indispensable para el éxito de estos proyectos el trabajo en equipo y que éstos deben articular todos los procesos de la organización.

“ ... La gestión de los cuidados está entonces orientada hacia la persona, al paciente, su familia, el personal de enfermería y los equipos interdisciplinarios. La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona. La enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejoría continua del cuidado”.²⁶

V. 1. 2. La gestión por procesos

Los nuevos paradigmas de la gestión se basan en conceptos nuevos que han demostrado ser muy eficaces: orientación a resultados, orientación hacia los clientes (razón de ser de las empresas), liderazgo y constancia en los objetivos, gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de las

²⁵ Ortega C. Suárez M. (2006) Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería. 1ª edición. México. Panamericana.

²⁶ Gestión de cuidados de Enfermería. 2005. Documento elaborado por la Unidad Coordinadora de Gestión de Cuidados y el Comité de calidad de Enfermería del Complejo Hospitalario Norte (CHN).



personas, aprendizaje, innovación y mejora continuos, desarrollo de alianzas y responsabilidad social.

Desarrollar la destreza del aprender a aprender y la administración del conocimiento, a través de la formación y de las experiencias es una de las variables del éxito de las empresas. La administración del conocimiento se define como un conjunto de procesos por los que una empresa recoge, analiza y comparte su conocimiento entre todos sus miembros con el objetivo de movilizar los recursos intelectuales del colectivo en beneficio de la organización, del individuo y de la sociedad.

La palabra proceso proviene del latín processus, que significa avance, progreso. “...Un proceso es una serie de actividades de trabajo interrelacionadas que transforman insumos, elementos de entrada, en resultados con valor añadido. La gestión de procesos aporta una visión y herramientas con las que se pueden rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a los cuidados que cada persona requiera...”²⁷

La gestión por procesos se conforma como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de calidad total en un entorno de determinadas características, suponiendo el cambio en la organización a partir de la participación de las personas que prestan servicios para mejorar los resultados, un cambio que trata de construir una nueva realidad, no de destruir la anterior.

Es fundamentalmente, “...una metodología de consenso entre los profesionales que intervienen directamente en las actividades asistenciales propias de cada proceso. De ahí que todas las etapas estén sustentadas en el trabajo en equipo, al considerar que son los propios profesionales quienes mejor conocen los procesos y sus posibilidades de mejora”.²⁸

Una de las características significativas de los procesos es que son

²⁷ Servicio de atención de la calidad sanitaria. Servicio de Salud de Castilla- La Mancha. SESCOAM. (2002) Toledo. España.

²⁸ Sistema Sanitario Público de Andalucía. Guía de diseño y mejora de los procesos asistenciales (1991). Edita Consejería de Salud. Sevilla.



capaces de cruzar vertical u horizontalmente a toda la organización, describiendo entradas y salidas, responden a la pregunta qué, no al cómo; tiene que ser comprendido por todos los miembros de la organización y el nombre que se le asigne debe ser sugerente de las actividades que se incluyan en el mismo. Dentro de los procesos se pueden mencionar algunos conceptos a tener en cuenta:

Procesos clave: aquellos que inciden de manera significativa en los objetivos estratégicos y son críticos para el éxito.

Subprocesos: partes bien definidas de un proceso. Identificarlos puede resultar útil para aislar problemas que puedan presentarse y posibilitar diferentes tratamientos dentro de un mismo proceso.

Se denomina sistema a la estructura organizativa, procedimientos, procesos y recursos necesarios para implantar una gestión determinada.

Normalmente se basan en una norma de reconocimiento internacional que tiene como finalidad servir de herramienta de gestión en el aseguramiento de los procesos.

Se denomina procedimiento a la forma específica de llevar a cabo una actividad. Los procedimientos pueden expresarse en documentos que contienen el objeto y campo de aplicación de una actividad, qué y cómo debe hacerse, quién y dónde, con cuales materiales y como debe controlarse y registrarse.

Se denomina actividad a la suma de tareas, agrupadas en un procedimiento. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un proceso o un subproceso.

Se denomina indicador a un dato o conjunto de datos que ayudan a medir objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad.

Dentro de los requisitos que deben cumplir los procesos se pueden mencionar: contar con un responsable de su seguimiento, tienen que ser capaces de satisfacer los ciclos PDCA (planificar, hacer (done en inglés), controlar, actuar); tener indicadores que permitan ver en forma gráfica la evolución de los mismos; tienen que ser planificados en la fase P, asegurar su



cumplimiento en la fase D, hacer, y servir para realizar seguimiento en la fase C, o de chequeo y utilizarse en la fase A, actuar, para ajustarse y/o establecer objetivos. Es recomendable planificar y realizar en forma periódica reingeniería de los procesos de gestión para alcanzar mejoras en algunos parámetros como costos, calidad, servicios y rapidez de respuesta.

“...La gestión por procesos no es algo nuevo para la profesión de enfermería, ya que la misma parte de una metodología sistemática, como es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), cuyas etapas de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación han marcado pautas para la elaboración de los cuidados enfermeros...”²⁹

Sin duda, en nuestro país, la profesión de enfermería ha crecido, tanto cualitativa como cuantitativamente, y se ha vuelto más compleja en los últimos años. Su evolución ha propiciado el acceso a áreas de trabajo antes no desarrolladas, por lo tanto las metas se tornan más ambiciosas.

En pos de colaborar con los procesos de mejora continua de cuidados, es necesario que los profesionales de enfermería asuman su posición estratégica en las definiciones de cambios, detección de errores, las posibilidades de monitorizar el trabajo y realizar los ajustes pertinentes tendientes a la permanente actualización y posibilitar actividades de trabajo en equipo. Permitir que sea el mismo personal el que diseñe los procesos logra en general mayor adhesión y cumplimiento.

“...El enfoque de gestión por procesos pretende incorporar los elementos de la gestión estratégica a los procesos que atiende la organización de enfermería para que la misma siendo innovadora influya sobre su evolución...”³⁰

V. 1. 3 La mejora continua

²⁹ Mora Martínez J R. et al. Gestión clínica por procesos: mapa de procesos de enfermería en centros de salud. Revista de Administración Sanitaria. Vol. VI N° 21. Enero/Marzo, 2002.

³⁰ Op.Cit. Mora Martínez J R.



Es en esta idea de innovación de la organización de enfermería que se puede incorporar la mejora continua de los procesos. Teniendo en cuenta que en el mundo actual existe una necesidad de realizar cambios y mejorar continuamente por las exigencias más crecientes de los mercados y junto a ello evolucionan las teorías y técnicas para lograr los objetivos propuestos.

La mejora continua como estrategia constituye una serie de programas y recursos para lograr objetivos en todos los procesos en que se utilice. Los modelos de mejora se asocian mayormente al mejoramiento de la calidad de productos y/o servicios, pero en general sus pasos pueden aplicarse a cualquier función o proceso empresarial.

Los programas presentan puntos comunes como es su carácter cíclico, el demandar la participación activa y compromiso del personal, refuerzan la necesidad de contar con un diagnóstico, contribuyen a la cultura organizacional, el desempeño se vincula a objetivos, dirección con enfoque estratégico, utilizan indicadores para control y evaluación de los resultados.

La mejora continua se basa en la evaluación continua, a través de la aplicación del ciclo de Shewart, de todos los aspectos que conforman el mismo: planificar, diseñar; ejecución; las medidas de control y su ajuste.

Un plan es necesario para introducir cambios en procesos que ya se encuentran diseñados. El mismo debe contemplar aspectos que permitan conducir el proceso hacia la excelencia, por lo que se debe tener en cuenta:

- .- quiénes serán los responsables de llevar a cabo la mejora,
- .- cómo se realizará,
- .- cuándo,
- .- qué elementos serán necesarios.

Ejecutar, consiste en hacer mejor las actividades, valorando la eficiencia del proceso y su efectividad, tanto de la calidad científico técnica, como de la calidad percibida por los usuarios. Para ello será necesario contar con un sistema de evaluación y seguimiento que permita realizar mediciones contemplando las diferentes dimensiones de la calidad, utilice diferentes métodos de obtención de la información y cuente con indicadores de



evaluación precisos.

Con la evaluación se buscan las causas de los errores en los resultados a fin de mejorar, poniendo énfasis en el para quién se realizan y cómo se deben hacer. Hay varias herramientas de evaluación entre las cuales se mencionan: la repetición del ciclo de mejora, la realización de auditorías de calidad, y la aplicación de técnicas de benchmarking.

En la fase de actuar se realizan las intervenciones que permitan dar solución a los problemas de calidad encontrados, analizando las posibles intervenciones y consensuándolas con el personal interviniente. En esta fase es importante conocer previamente las fuerzas a favor, y gestionar de la manera más adecuada las posibles resistencias a las soluciones. Una forma de visualizar estas fuerzas es mediante la construcción de una matriz FODA, de donde se obtendrán conocimientos tanto de los factores externos del proceso (oportunidades y amenazas), como de los internos (debilidades y fortalezas), lo cual permitirá el diseño de estrategias de intervención-

La forma más operativa de actuar en la mejora de procesos, y punto clave en la gestión de la calidad de los mismos es la formación de grupos de mejora. Teniendo en cuenta que se reconoce en el personal operativo los partícipes fundamentales del proceso al ser expertos en su ejecución y contar con los elementos de juicio que permiten realizar modificaciones y mejorar.

Los grupos se conforman de manera temporal debido a la dinámica de los proyectos de mejora. La metodología de análisis y toma de decisiones de la mejora continua favorece la obtención de resultados favorables a corto plazo, sin utilizar recursos adicionales.

V. 2. Guías de práctica clínica

Las guías de práctica clínica (GPC) incluyen un “conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más



apropiada, y seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica”.³¹

En líneas generales las GPC deben pretender mejorar la calidad asistencial orientarse hacia la efectividad clínica de los cuidados o del modo de gestión, brindar orientación, basarse en la mejor evidencia científica posible y en el consenso profesional, y deben considerar el respeto por el paciente.

El desarrollo de una GPC, que surge a partir de una problemática existente, es un proceso que comprende las fases de elaboración, adaptación, actualización, evaluación e implementación. El objetivo es elaborar una GPC siguiendo un método.³²

En la fase de elaboración, la delimitación del alcance y objetivos es fundamental ya que de ello depende el enfoque de la guía y que la búsqueda de evidencia y las recomendaciones sean específicas. Es necesario definir porqué se hace una guía, justificación; para qué, objetivos; a que ámbito asistencial va dirigida, a que población, pacientes o patologías, quienes serán sus usuarios y los tipos de ayuda para la práctica que incluirá.

El desarrollo de guías de práctica requiere la conformación de equipos de trabajo que serán los responsables, además de alcanzar su propia formación respecto al tema, de efectuar la búsqueda, evaluación y síntesis de la mejor evidencia posible, efectuar recomendaciones y la edición de la guía.

Con la evaluación de las guías se busca valorar la calidad de las mismas. Existen varios instrumentos que permiten esta tarea, el más utilizado internacionalmente es el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation). Con la actualización de la guía se pretende mantener su vigencia y por lo tanto su calidad.

³¹ Sistema sanitario de salud español. Biblioteca de GPC del sistema sanitario de salud. www.guiasalud.es. [FC: 10/10/2009].

³² Adapte. Guideline adaptation: enhancing efficiency in guideline development and utilization. En www.adapte.org [FC: 10/10/2009].



Una alternativa a la elaboración de nuevas guías, es la adaptación de una ya existente en otro contexto, siguiendo un proceso sistematizado, lo que permite ahorrar tiempo y recursos.

En la fase de implementación se trasladan las recomendaciones a la práctica diaria. Requiere de estrategias de comunicación, adecuadas y efectivas, prestar atención al entorno, facilitador o no, al cambio y a la búsqueda de estrategias de intervención que permitan una implementación exitosa, que se medirá en la etapa de evaluación.

V. 2. 1 Guía de práctica clínica: el niño en evaluación pretransplante³³

Los pacientes con insuficiencia hepática que cumplen con criterios de transplante³⁴ requieren de una evaluación integral y multidisciplinar previa a la intervención. El estado general de salud de estos pacientes es muy disímil por lo que los tiempos para la realización de la misma varían desde horas en casos de emergencia; a semanas o meses en caso de estabilidad del paciente.

La consulta pediátrica pre transplante resulta de fundamental importancia dentro de un programa de transplante, ya que además de identificar claramente la o las indicaciones para el mismo y el estadio de la enfermedad, permite conocer las comorbilidades asociadas a la enfermedad terminal y resolverlas previamente ya que éstas influyen en la sobrevida del paciente pos tranplantado.

Debe estudiarse la adecuación anatómica para el transplante y realizar un estudio de la repercusión que pudo haber tenido la enfermedad en otros órganos (cerebral, pulmonar, cardiaco, renal).

Dentro de las valoraciones requeridas se encuentra la nutricional, la cual es necesaria, especialmente en pacientes candidatos a transplante de hígado, debido a que se observan trastornos en la composición corporal con pérdida de

³³ Anexo III

³⁴ Resolución 113/11. Normativa hepática: Anexo II. Incucaí



músculo esquelético y reemplazo del espacio por agua.

Según Lobo Tamer G. et al,³⁵ son pacientes en los que se observa un elevado porcentaje de desnutrición previo al transplante, un deterioro del estado nutricional posterior al transplante a expensas de las reservas calóricas, pérdida de masa magra y grasa, y una buena recuperación nutricional en evaluaciones posteriores.

Las prioridades de las personas y su familia son diferentes en cada país y para cada tipo de patología, pero aun así, centrando los cuidados en el paciente hay algunos principios que se repiten.

La información precisa, adecuada es esencial para que el paciente y la familia puedan tomar decisiones que le permitan cuidar su salud, continuar su tratamiento o convivir con la nueva situación de salud. La información se debe brindar en forma comprensible y de acuerdo a la enfermedad, idioma, edad, nivel de comprensión, capacidad y cultura de la persona.

El acceso a los servicios de salud debe proporcionarse de manera que se garantice la llegada a todas las personas que lo requieran y garantizar el respeto por las personas y sus familias independientemente de su condición.

La participación del paciente si es posible, y de su familia en la toma de decisiones referentes al cuidado de la salud y de aquellas que afecten su modo de vida, logra una relación de confianza y permiten una mejor adherencia al tratamiento.

Habitualmente cuando se plantea la realización de un transplante, el paciente o su familia ya conocen la función del órgano y las alteraciones que sufre, no obstante no está demás, recordar características de la enfermedad que lo altera y lo que se espera al implantar un órgano sano. Asimismo la información sobre los resultados, aunque optimista, debe ser veraz y honesta, sin olvidar las posibles complicaciones y la supervivencia media esperada.

³⁵ Lobo Tamer. G et al. 2004 Evaluaciones nutricionales de pacientes sometidos a transplante hepático. Nutricion Hospitalaria. V.19 suplemento1. Madrid. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>.



En caso de la opción con donante vivo debe evaluarse cuidadosamente, siendo responsabilidad del equipo asistencial plantearla sólo cuando las circunstancias sean favorables. La información a los posibles donantes debe ser individualizada, y aunque el riesgo para el donante se muy bajo, ha de garantizarse la confidencialidad y su libre decisión.³⁶

El niño y su familia que ingresan para una evaluación requieren de parte del profesional de enfermería cuidados en primera instancia referidos al requerimiento de información general, estudios, muestras biológicas, situación dentro del hospital.

Luego se hace necesario implementar medidas de contención emocional y educación referida sobre todo a la etapa pos- trasplante.

La información referida a la nueva situación de salud que adquirirá luego del trasplante se debe proporcionar en forma paulatina, dando importancia a aspectos de los cuidados como controles médicos y de laboratorio, medicaciones, higiene, nutrición y ejercicio.

La guía de evaluación pre- trasplante nos permite, como profesionales de enfermería, valorar el estado del niño y la necesidad de efectuar intervenciones inmediatas, su capacidad de aprendizaje o la de su familia, especialmente de los padres y de por lo menos un familiar cercano, capacidad familiar para afrontar el stress y la resolución de problemas, situación socioeconómica o conocimiento para establecer redes sociales de ayuda, capacidad de contención de la red familiar ampliada. El conocimiento de estos aspectos es imprescindible ya que pueden obstaculizar el proceso de trasplante si no se consiguen apoyos institucionales adecuados.

En esta etapa preoperatoria y a modo de ejemplo se expone un diagnóstico³⁷ y los cuidados de enfermería del mismo. (Cuadro N° 2)

³⁶ Op. Cit Andreu L., Force E.

³⁷ Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación. (2009-2011). International North American Nursing Diagnosis Association. (NANDA International)



Diagnóstico de enfermería.

Ansiedad /miedo del paciente y su familia relacionado con el estado de salud, información, necesidad de transplante, cirugía y los resultados de la misma.

Cuidados.

Brindar seguridad y confort, alentar a que expresen sus sentimientos, escuchar y transmitir sensación de empatía. Proporcionar al niño momentos de expresión con el juego.

Detectar preconceptos erróneos en el paciente o su familia.

Detectar situaciones de excesiva ansiedad en el paciente o su familia que requieran intervención médica.

Detectar e incorporar otros familiares además de los padres del niño como medio de soporte emocional.

Ofrecer asistencia espiritual y/o explicar que pueden continuar sus rutinas religiosas.

Dar información general, adecuada, precisa en relación a las rutinas pre y post quirúrgicas, y que personal lo cuidará.

Explicar importancia de la realización de los estudios previos, ayuno y preparación prequirúrgica.

Si el paciente tiene capacidad de comprensión se le puede explicar cómo se sentirá con el despertar post anestésico, que dispositivos tendrá y la importancia de cada uno a fin de lograr confianza y un mejor confort post quirúrgico.

Enseñar (si el niño tiene edad) movimientos que puede realizar en la etapa post quirúrgica, ejercicios respiratorios; debido a la importancia para la recuperación y disminuir las complicaciones.

Cuadro N°2. Diagnóstico y cuidados de enfermería .

Fuente: Elaboración propia. 2010



IV. 2. 2 Lista de control de preparación de la unidad del paciente pretransplante.³⁸

La existencia de listas de control constituye un medio de gran ayuda al momento de realizar actividades de enfermería en las que se requiere contar con elementos adecuados en tiempo y forma, a fin de optimizar no solo las actividades, sino también ajustar los tiempos de cada tarea.

En el caso en estudio el servicio cuenta con una lista de control de preparación de unidades común a todos los ingresos que es la que se utiliza para el control en caso de ingresos de pacientes en evaluación para transplante hepático. La misma es utilizada para ordenar y verificar que la unidad cuente con todos los elementos necesarios para el cuidado de cada paciente, adaptando los insumos a la edad y complejidad de ingreso de los mismos.

V. 2. 3 Normas del servicio: Manual de convivencia³⁹

Dentro de las normas del servicio se incluye en este estudio el Manual de Convivencia. El mismo fue escrito respondiendo a la necesidad unificar los criterios de trabajo diario, y de informar por escrito a los pacientes y familiares normativas generales de la unidad y conceptos referidos al cuidado que se proporciona a los niños.

El manual se entrega al ingreso de cada paciente junto con la declaración de deberes y derechos del mismo

En el mismo se hace alienta a los padres a ser partícipes de los cuidados y recuperación de los niños.

Se realiza una breve descripción de la unidad de cuidados intensivos,

³⁸ Anexo I

³⁹ Anexo II



horarios, visitas, rutinas generales como ingreso de juguetes, uso de teléfonos, alimentos, revistas, etc. Se les informa además de los horarios de informes médicos, servicios del hospital, responsables a quien acudir en caso de necesidad, y números de teléfonos útiles para obtener una rápida comunicación con la unidad.

La importancia de contar con este manual es comunicar de igual manera a todas las personas, profesionales y pacientes/familiares; lo que permite evitar diferencias y discusiones posteriores al ingreso, así como operativizar las actividades diarias de toda la unidad.

V. 3. Guía de rutina prequirúrgica⁴⁰

Esta guía confeccionada como lista de control permite una correcta verificación de la manera en que ingresa el paciente al quirófano y si cuenta con los estudios necesarios. Aporta un método de control rápido, completo y efectivo al profesional enfermero, y proporciona al paciente cuidados seguros.

V. 3. 1 Lista de control de preparación de unidad postransplante⁴¹

La importancia de una lista de control de unidad para la recepción del paciente posquirúrgico de alta complejidad, como es el caso de los pacientes receptores de transplantes hepáticos, radica además de, el uso óptimo de los tiempos, en contar con los insumos necesarios y adecuados a cada paciente ofreciendo un entorno de cuidado seguro.

Es de fundamental importancia sobre todo en caso de producirse complicaciones postransplante inmediato, contar con elementos que permitan recuperar el paciente ofreciendo la mejor calidad de sobrevivencia.

⁴⁰ Anexo IV

⁴¹ Anexo V



V. 4. Guía de práctica clínica: El niño postransplantado hepático⁴²

Ya se ha hecho mención a la valoración como parte del proceso de atención de enfermería. Esta guía incluye como parte fundamental la valoración del niño postransplantado hepático a su ingreso a la unidad de cuidados intensivos, describe los controles necesarios y aporta un recordatorio de las complicaciones posibles como medida para gestionar su prevención debido a que tienen un significativo impacto en la utilización de recursos, costos y mortalidad.

Para que el proceso de transplante se desarrolle de manera fluida y segura es de vital importancia una comunicación continua entre los integrantes de los equipos que participan en él. Al comunicar, el médico intensivista, al personal de enfermería la realización de un transplante, se inicia un proceso de preparación de los elementos necesarios para el cuidado del paciente a la unidad de cuidados intensivos (UCI), uno de los aspectos necesarios es el pase que se realiza desde quirófano a la enfermera que estará a cargo del paciente a su ingreso a la unidad. Este permitirá preparar con anticipación los insumos y equipos necesarios, además de tener conocimientos del estado actual del paciente y la necesidad de contar con equipos adicionales o fármacos de alto riesgo, (drogas vasoactivas, sedoanalgésicos) cuya preparación previa facilita la recepción del paciente y colabora en un cuidado más seguro.

A partir del ingreso a la unidad de cuidado intensivo, es el personal de enfermería quien pasará la mayor cantidad de horas pendiente de la recuperación del paciente, por lo que serán los primeros en detectar alteraciones en su estado, por esto es importante que se establezca un plan de cuidados que facilite la detección temprana de las mismas y su rápida resolución. Se expone a continuación un plan de cuidados de enfermería con

⁴² Anexo VI



diagnósticos⁴³ básicos. (Cuadro N°3)

Plan de cuidados de enfermería al paciente transplantado hepático.

Diagnósticos de enfermería

- **Alto riesgo de deterioro del sensorio en relación con disfunción hepática, medicación inmunosupresora.**
- **Riesgo de caídas en relación con medicaciones**
- **Dolor en relación con herida quirúrgica, drenajes, tubo de ventilación asistida, posición.**

Cuidados

- Implementar protocolo de prevención de caídas
- Control según escala del dolor horaria, administrar analgesia indicada.
- Registro de movimientos no habituales, agitación, hipertonía, episodios de convulsiones
- Laboratorios que presenten indicios de falla hepática que provoquen encefalopatía
- Control y seguimiento neurológico

Diagnóstico

- **Deterioro de la ventilación espontánea en relación con el procedimiento quirúrgico y la medicación sedo- analgésica**

Cuidados

- Control de signos vitales. Realizar radiografía de tórax.
- Control de parámetros del ventilador.

Cuadro N°3. Plan de cuidados de enfermería para el paciente transplantado hepático.

Fuente: elaboración propia. 2010.

⁴³ Op. Cit. NANDA International.



- Auscultación: control de aparición de ruidos adventicios, simetría de tórax, desadaptación a la ventilación asistida, posición del tuboendotraqueal, permeabilidad de vía aérea, necesidad de aspiración de secreciones de vía aérea, verificar humidificación adecuada..
- Monitoreo de saturación continuo
- Implementar protocolo de prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica.
- Rotar decúbito para colaborar con el drenado de las secreciones en vía aérea.
- Extracción de sangre

Diagnóstico de enfermería

- **Déficit de líquidos y electrolitos en relación a sangrado, alteraciones de la coagulación, pérdidas por drenajes y sondas.**

Cuidados

- Controlar la aparición de signos y síntomas de alteración en la coagulación y/o hemorragia: Hipotensión arterial, disminución del ritmo diurético taquicardia, aumento de la frecuencia respiratoria, disminución de pulsos periféricos, disminución de relleno capilar, palidez, sudoración, si aplica debe valorarse la tensión de las fontanelas y la humedad de las mucosas, agitación, disminución del estado de conciencia
- Aumento del débito por los drenajes, cambio en las características.
- Sangrado por sitios de punción, herida quirúrgica, secreciones bronquiales, aparición de hematomas y hematuria.
- Realizar balance hídrico horario cuantificando ingresos y egreso en forma estricta. Informar disminuciones del ritmo diurético menores a 1ml/kg/h.
- Reponer líquidos si es necesario.
- Administración de drogas vasoactivas si se requiriese.

Cuadro N°3. Plan de cuidados de enfermería para el paciente transplantado hepático. 2° parte.

Fuente: elaboración propia. 2010.



Cuidados

- Observar presencia o aumento de zona con edema.
- Medir perímetro abdominal.
- Control de ruidos hidraéreos.
- Controlar sonda nasogástrica, permeabilidad, localización adecuada,
- Verificar indicación precoz de nutrición enteral si es posible.

Diagnósticos de enfermería

- **Riesgo de alteración de la temperatura corporal en relación al procedimiento quirúrgico**

Cuidados

- Monitoreo de temperatura central.
- Control de signos vitales.
- Disminuir o agrupar procedimientos para no descubrir al paciente totalmente.

Diagnósticos de enfermería

- **Deterioro de la integridad tisular en relación con procedimientos invasivos**
- **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con la inmovilidad.**
- **Riesgo de infección en relación con dispositivos invasivos, herida, medicaciones inmunosupresoras.**

Cuidados

- Utilizar medidas de protocolo estándares para los procedimientos con el paciente, cumplimentando todas las normas de asepsia en todas las vías posibles de entrada de infecciones (herida, accesos vasculares, drenajes, vía aérea artificial, sondas)

Cuadro N°3. Plan de cuidados de enfermería para el paciente transplantado hepático. 3° parte.

Fuente: elaboración propia. 2010.



Cuidados

- .- Higiene general diaria. Cambio de ropas toda vez que sea necesario.
- .- Rotar decúbito cada 2 horas.
- .- Curación de accesos vasculares, herida, drenajes según protocolo.
- .- Cambio de tubuladuras de accesos vasculares, de soluciones de infusión y de drogas según protocolo.
- .- Lavado de manos
- .- Utilizar medidas de aislamiento para transplante de órganos sólidos. (camisolín y guantes no estériles)

Diagnóstico de enfermería

- **Alteración en la comunicación en relación con dispositivos ventilatorios, sedo- analgesia, ambiente de cuidados intensivo.**

Cuidados

- .- Informar a los padres sobre el estado del niño.
- .- Incorporar en lo posible a los cuidados.
- .- Ofrecer soporte espiritual.
- .- Disminuir factores ambientales de stress.

Cuadro N°3. Plan de cuidados de enfermería para el paciente transplantado hepático. 4° parte.

Fuente: elaboración propia. 2010.



V. 4.1. Medicaciones inmunosupresoras: definición e importancia

El sistema inmune es el mecanismo de defensa del organismo contra antígenos (cuerpo extraño o ajeno al organismo). Luego de un transplante las diferencias entre el tejido del donante y receptor hace que el organismo reaccione reconociéndolo como un cuerpo extraño, originando un rechazo del injerto (órgano implantado).

Se utiliza el término inmunosupresor para definir un grupo de sustancias que inhiben las reacciones inmunológicas específicas del organismo contra antígenos. Los objetivos de estas sustancias se centran en: disminuir la capacidad del organismo de reaccionar ante estímulos ajenos, evitar esta respuesta y alcanzar un estado que permita la tolerancia del injerto, y la prevención y tratamiento del rechazo.

La importancia de las medicaciones inmunosupresoras radica en su mecanismo de acción que es el que permite alcanzar al órgano implantado (injerto) mayores índices de sobrevida con adecuada función, y al paciente una mejor calidad de vida a mediano y largo plazo, en el caso del transplante hepático.

Debido a la importancia de los inmunosupresores para la sobrevida del injerto y del paciente es de fundamental interés que la educación del paciente y su familia se inicie lo antes posible.

El fármaco inmunosupresor utilizado en esa unidad de cuidado intensivo es tacrolimus.

La experiencia adquirida en el uso del mismo aporta datos importantes: el tacrolimus no causa hipertricosis ni hiperplasia gingival (relacionada en niños con alteraciones en la implantación de los dientes). En niños mayores y adolescentes, un fármaco sin consecuencias sobre el aspecto corporal es más fácil que determine una mejor adherencia al tratamiento.

“... El tacrolimus ha incidido favorablemente en la mejoría de la supervivencia del injerto y del paciente desde el inicio de su uso, y ha permitido el uso de dosis bajas de esteroides, aunque esto último es aún debatido.



Requiere una monitorización frecuente de sus niveles en el paciente y un seguimiento adecuado para evitar o disminuir dificultades con el cumplimiento por parte del paciente o sus familiares responsables”.⁴⁴

V. 4.2 Educación del paciente/familia para su alta médica.

El éxito de los trasplantes depende en su mayor parte de un adecuado seguimiento y una adecuada adherencia del paciente y su familia al tratamiento.

Esta preparación puede planificarse de manera que se haga gradual y pueda evaluarse a fin de realizar las modificaciones o aportar más apoyo al paciente y su familia. Se exponen a continuación una planilla de planificación (planilla N°1), y una de evaluación (planilla N°2) que pueden ser de utilidad.

La planilla de planificación para el alta, en este caso ocupa 15 días tomando este tiempo como habitual para un trasplante con buena evolución. Tiene como objetivo prever que temas se les explicarán al paciente y su familia, iniciando con el diagnóstico (Dg) de situación familiar que nos permitirá adecuar las explicaciones a las características y capacidades de cada familia. Explicaciones sobre el trasplante en general, cuidados generales que incluirán aspectos sobre mascotas, inserción social y escolar, ejercicio físico, medicaciones inmunosupresoras y todas aquellas que se le agreguen, cuidados de nutrición e higiene. Se incluye un ítem denominado controles, que abarca la casi totalidad de los días de internación, y aquí se anotan la verificación a diario de los avances o dificultades del paciente y su familia referidos por enfermería. Por último se deja constancia de los días de evaluación, donde en conjunto paciente (si aplica) y familia expresan lo comprendido hasta ese momento. Es importante si hubiera más familiares

⁴⁴ P. Jara, L. Hierro. (2010) Trasplante hepático infantil: resultados a largo plazo. Servicio de Hepatología y Transplante. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España.



además de los padres, incorporarlos a esta preparación para los cuidados en el hogar.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.																
Paciente..... Fecha de transplante.....																
Día	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Cuidados																
Dg. Familiar																
Explicaciones generales:transplante																
Explicaciones de cuidados generales																
Inmunosupresores: características y cuidados																
Nutrición																
Higiene																
Controles																
Evaluación																

Planilla N°1. Preparación para el alta. Fuente: elaboración propia. 2010.



Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Paciente:

Fecha de transplante.....

Comprende y explica		Día		Prealta	
		Si	No	Si	No
Inmunosupresión	Cuál?				
	Para qué?				
	Forma de administración				
	Cuidados				
	Efectos adversos				
Otras medicaciones	Cuál?				
	Para qué?				
	Forma de administración				
	Cuidados				
	Efectos adversos				
Higiene	Qué?				
	Comó?				
	Con qué?				
	Otras				
Alimentación	Cómo?				
	Cuánto?				
	Cuidados				
Total					
Observaciones					

Planilla N°2. Evaluación de preparación para el alt a. Fuente: elaboración propia.2010



En el caso de estudio, pacientes pediátricos, es de fundamental importancia la preparación de la familia, por lo que es necesario recordar la valoración de enfermería realizada al ingreso del paciente, a fin de realizar los diagnósticos de situación que permitan planificar los pasos a seguir para proporcionar la mayor información posible y verificar su adecuada comprensión.

La educación se debe realizar respecto de todos los aspectos que colaboren con la sobrevida del paciente.

1.- Consultas para controles: al inicio se realizarán una o dos veces por semana y en estos se verán los resultados de análisis de sangre, control de la evolución del órgano transplantado, se ajustan las dosis de las medicaciones, y es útil para detectar complicaciones. Es aconsejable recordar al paciente o a su familia responsable que concorra con el listado de las medicaciones que toma y sus dosis.

Luego las consultas para controles se van espaciando, pero es de fundamental importancia que el paciente y su familia comprendan que algunas complicaciones sólo se detectan en estos controles por lo que debe concurrir siempre a los mismos.

2.- Es necesario dar una serie de pautas o signos de alarma ante los que debe concurrir al control, como fiebre, cefalea, vómitos, diarrea, ictericia (coloración amarilla de la piel o de los ojos), tos, secreciones en vías respiratorias, edema de las piernas y pies (hinchazón), dolor abdominal, distensión abdominal, ardor o dolor al orinar, cambio del color de la orina, fatiga o decaimiento; y cualquier otro signo que llame la atención.

3.- Cuidados nutricionales: dentro de éstos se incluirán, los cuidados en la forma de preparar y mantener los alimentos.

La persona que va a preparar los alimentos debe lavarse las manos antes de comenzar, las superficies y los utensilios a usar deben estar limpios y secos. No se deben manipular en el mismo momento, con los mismos utensilios y sobre la misma superficie alimentos crudos y cocidos. Si se van a compartir los utensilios y las superficies se deben lavar/ limpiar luego de ser



usados con alimentos crudos.

Comprar todos los alimentos en centros que ofrezcan seguridad en cuanto a la conservación de los productos que requieren frío. No comer productos de fabricación casera (embutidos, conservas) e ingerir agua potable o hervida

Es importante evitar el consumo de alimentos listos para comer en lugares donde no conozca si son seguros (puestos ambulantes, comida rápida, etc.)

Evitar los alimentos con alto contenido de sodio, favorecer la ingesta de alimentos bajos en grasas y azúcares, así como las verduras cocidas, las frutas peladas. Se debe incentivar el hábito de ingerir abundante agua a fin de prevenir problemas renales.

Como modo de ayuda se le puede entregar al paciente o a sus padres o familiar responsable un listado de fácil comprensión con los alimentos permitidos y los que no. (Guía para una alimentación segura, en Manual de Transplante Anexo IX, página 115-115)

4.- Cuidados de higiene: recordar la necesidad de la ducha diaria, el correcto cepillado de los dientes después de cada comida, el lavado de las manos tanto de la persona transplantada como de las que estén en contacto. Es necesario que el niño post transplantado realice visitas periódicas a su odontólogo a fin de prevenir caries u otras afecciones.

Es recomendable el uso de barbijo toda vez que el paciente concurra a lugares con mucha gente: hospital, medios de transporte públicos, cines, escuela. No es necesario utilizarlo en la casa excepto cuando alguno de los convivientes padezca un cuadro de vías respiratorias.

5.- Es posible que el niño tenga mascotas recordando el lavado de manos, y los cuidados de higiene, el desparasitado, vacunación y controles veterinarios que correspondan.

6.- Pautas para inserción en el medio social y escolar.

Consulta con su equipo de transplante que actividades físicas puede realizar y como aumentarla en forma gradual. Tan pronto como se transplantan



comienzan a superar los efectos de la enfermedad crónica y la malnutrición los niños se vuelven más activos y enérgicos. Pueden precisar rehabilitación. Se deben evitar los deportes de alta competición durante al menos 6 meses. Los esteroides favorecen la osteoporosis y existe una predisposición general a presentar fracturas.

Escolarización: luego de 2-3 meses los niños pueden ir a la escuela, la incorporación debe hacerse en forma paulatina hasta turnos completos.

Existe una tendencia por parte de los padres a demorar la incorporación del niño al colegio. Resulta útil que los compañeros conozcan la situación de transplantado del niño, de esta manera comprenden que le está pasando y pueden colaborar en los cuidados.

Es importante que el profesor esté informado de las necesidades de medicación que requiere el paciente durante el horario escolar. Las medicaciones en lo posible deben planificarse para que se ajusten al horario extraescolar y el niño no tenga que interrumpir su actividad en el colegio. Si se produce contacto con niños con varicela u otro tipo de infecciones es necesario consultar.

Integración psico-social: si bien los estudios de la función cognitiva y emocional de los niños transplantados son limitados, es cierto que han tenido periodos de internación prolongados, ausentismo escolar y ausencia de interacción social, a estos factores se añade la hiperprotección familiar y las dificultades físicas que impactan negativamente en la integración social post-transplante. Un número elevado de estos niños presentan cierto grado de retraso en el desarrollo psicomotor pre-transplante y este es mayor a menor edad. Luego del transplante este desarrollo mejora hasta alcanzar los niveles correspondientes a su edad. En la adolescencia hay que tener en cuenta el aspecto corporal y la imagen del niño.

7.- Adaptación familiar: La necesidad de administrar una cantidad de medicamentos diferentes, con horarios distintos, y con efectos secundarios importantes, puede ser una causa de gran estrés familiar, más que nada en los primeros tiempos. Hacer comprender a la familia del niño la necesidad de



realizar adecuadamente el tratamiento, al mismo tiempo que se les informa que con el tiempo, se irán reduciendo el número de estos medicamentos. Mejorar la aceptación y disminuir la ansiedad familiar, realizar una posología en horario y excipientes fáciles de cumplir, y que altere lo menos posible la rutina doméstica familiar.

8.- Crecimiento: El objetivo del trasplante es adquirir una calidad de vida óptima con una restitución del crecimiento y desarrollo normales. El crecimiento lineal produce bienestar emocional y una reintegración más rápida a las actividades normales de la infancia. Uno de los beneficios que posee el tacrolimus con respecto a la ciclosporina es el destete precoz de los esteroides, generalmente a los tres meses del trasplante, lo cual favorece el crecimiento.

9.- Aspectos referidos a las medicaciones de base, haciendo hincapié en las medicaciones inmunosupresoras. Este es un tema de vital importancia toda vez que las mismas se utilizan para evitar el rechazo del órgano transplantado. Las medicaciones inmunosupresoras requieren ser medidas en sangre (dosaje) para mantener niveles adecuados y realizar los ajustes necesarios a fin de administrar la dosis adecuada. Respecto de las mismas es necesario lograr una adherencia del paciente o de su familia que permita asegurar su administración en tiempo y forma. Se debe explicar forma de administrar, horarios, necesidad de ayuno o no, cuidados en su administración, que alimentos deben evitar concomitantes con su administración, efectos adversos posibles, hacer hincapié en administrar sólo lo indicado por el médico y su equipo, no dejar de tomar los medicamentos ni ingerir otros sin la correspondiente consulta con el médico de cabecera.

Respecto de los efectos adversos es necesario explicar los más frecuentes: aumento del vello corporal o facial, acné, aumento de la tensión arterial, cefalea, temblores, aumento de peso, diabetes. Éstos generalmente son transitorios y disminuyen cuando se ajustan las dosis de las medicaciones.

En el servicio se utiliza para la preparación referida a



medicamentos un folleto⁴⁵ sobre administración de tacrolimus (medicación inmunosupresora de base) y una planilla en la que constan todos los medicamentos que debe tomar el paciente y sus horarios.⁴⁶

El adolescente merece un apartado especial ya que en esta etapa se produce un distanciamiento emocional con los progenitores y adoptan una actitud de rebeldía, se adquiere la identidad y se lucha por la independencia. En consecuencia muchos de estos adolescentes simulan o dejan de tomar las medicaciones inmunosupresoras, con lo cual sobreviene inevitablemente el rechazo agudo y de manera más solapada el rechazo crónico, importante causa de morbilidad. Parte del tratamiento debe ser dirigido al apoyo psicológico. El rápido destete de los esteroides que produce acné y por tanto una peor imagen estética, y el facilitar la dosificación puede servir de ayuda. También pueden tener deformada su imagen corporal debido a las cicatrices e hiperplasia gingival, fundamentalmente en aquellos pacientes con ciclosporina. Aumenta la influencia de los amigos y se incrementa la actividad social, que con frecuencia se asocia al inicio de prácticas no saludables como son la ingestión de alcohol y otro tipo de drogas. También se inicia la actividad sexual en muchas ocasiones sin protección. En este aspecto, existe un aumento del riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual. Por lo que se debe agregar junto con los padres una adecuada educación sexual y la información de los controles necesarios.

El embarazo es posible, y se considera de alto riesgo en estos pacientes, precisando de supervisión médica por alta incidencia de hipertensión, diabetes gestacional, pre-eclampsia, prematuridad y bajo peso al nacer.

⁴⁵ Anexo VIII

⁴⁶ Anexo VII



V. 5. Propuestas de actualización/realización

V. 5. 1. De las GPC existentes

Se propone una actualización de las guías de práctica actuales a fin de adecuarlas a las demandas actuales y con un nuevo formato.

V. 5. 2. Planilla de educación para el alta

La propuesta incluye un formato estándar para la planilla que incluya todos los medicamentos probables de uso pos-transplante con sus correspondientes horarios de administración. La misma se solicitará al paciente/familia que la traiga si requiere internaciones posteriores.

V. 5. 3. Manual de transplante hepático pediátrico.

La propuesta para el manual de transplante es actualizar y adaptar el mismo teniendo como objetivos la información y educación referida a transplante hepático pediátrico



VI. Análisis de los resultantes de la información revelada en la empírea

Durante el año 2010 se realizaron 11 cirugías de transplante pediátrico, los procesos de enfermería correspondientes a los mismos se analizan en la tabla N° 1.

Casos	N°1		N°2		N°3		N°4		N°5		N°6		N°7		N°8		N°9		N°10		N°11			
	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no		
I	x		x		x		x		x		x		x	x		x		x				x		
II	x			x		x		x		x		x		x		x		x	x				x	
III	x		x		x		x		x		x		x	x		x		x				x		
IV	x		x		x		x		x		x		x	x		x		x				x		
V	x		x		x		x		x		x		x		x		x					x		
VI	x		x		x		x		x		x		x		x		x					x		
VII	x		x		x		x		x	x		X		x		x		x				x		
VIII		x		x		x		x		x		x		x		x		x				x		
IX		x		x		x		x		x		x		x		x		x				x		
Total	7	2	6	3	6	3	6	3	5	4	6	3	3	6	6	3	6	3	7	2	5	4		
%	78	22	67	33	67	33	67	33	56	33	67	33	33	67	67	33	67	33	78	22	56	44		

Tabla N°1: Totales y porcentaje de cumplimiento de los ítems de anexos según cada caso. Fuente: elaboración propia. 2010.



Anexos Casos	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Nº1	x	x	x	x	x	x	x		
Nº2	x		x	x	x	x	x		
Nº3	x		x	x	x	x	x		
Nº4	x		x	x	x	x	x		
Nº5	x		x	x	x	x			
Nº6	x		x	x	x	x	x		
Nº7					x	x	x		
Nº8	x		x	x	x	x	x		
Nº9	x		x	x	x	x	x		
Nº10	x	X	x	x	x	x	X		
Nº11			x	x	x	x			
Total	9	2	10	10	11	11	9	0	0
%	82	18	91	91	100	100	82	0	0

Tabla N°2: Totales y porcentajes de cumplimiento de cada ítem de anexos⁴⁷

Fuente: elaboración propia. 2010.

Referencias.

Anexo I: Lista de control de preparación de la unidad del paciente pre-transplante.

Anexo II: Folleto de Normas del servicio: Manual de convivencia.

Anexo III: Guía de practica clínica: el niño en evaluación pre- transplante

Anexo IV: Guía de rutina pre- quirúrgica.

Anexo V: Lista de control de preparación de la unidad pos- transplante.

Anexo VI: Guía de practica clínica: el niño post transplantado hepático.

Anexo VII: Planilla de medicaciones para educación para el alta.

Anexo VIII: Folleto con referencia a medicación inmunosupresora.

Anexo IX: Manual de transplante.

⁴⁷ Índice de anexos



Se han analizado 11 casos de transplante hepático de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Austral correspondientes al total de casos pediátricos del año 2010.

El análisis se realizó respecto de los procesos de cuidados de enfermería que requieren y su cumplimiento.

Del análisis de las tablas 1 y 2 se desprende que:

- Dos de los procedimientos se cumplen en el total de los casos de transplante, 100%, que corresponden al uso de la lista de control de preparación de la unidad (Anexo V) y la valoración del paciente postransplantado (Anexo VI).

- Dos de los procedimientos se cumplen en un 91 %, y corresponden al uso de la guía de rutina prequirúrgica (Anexo IV) y la guía de valoración del niño pre transplante (Anexo III).

- Dos de los procedimientos no se observan en ninguno de los procedimientos de transplante y se corresponden con el uso del folleto referido a medicación inmunosupresora (Anexo VIII) y el manual de transplante para paciente/familia (Anexo IX).

- El uso de la lista de control de preparación de las unidades se observó un 81.8%.

- El uso de la planilla para educación referida a medicaciones de base se observó un 63.6 %

- La entrega del manual de convivencia se observó un 18.8%.

De los 11 casos presentados ninguno cumplimentó los diez ítems previstos en el análisis, lo que deja un área de oportunidad de mejora muy amplia, toda vez que los procesos que menos se observan incluyen la planilla de medicaciones y el uso del manual de convivencia y el de cuidados de transplante para el hogar para el paciente y familia.

Podría inferirse teniendo en cuenta el sector observado, Unidad de cuidados Intensivos, que el personal de enfermería concentra sus cuidados en aquellos aspectos que al momento del ingreso y en lo inmediato requieren de rápidas intervenciones, dejando para días posteriores las intervenciones de educación



y explicación de rutinas.

Es un punto de gran importancia para trabajar debido a la importancia que la preparación para el alta tiene para la familia y la enorme influencia que los cuidados en el hogar tienen para la sobrevivencia del paciente.

Es importante considerar en este análisis que postergar preparaciones, educación; habitualmente recargará después de información al paciente y su familia, y al personal que debe brindarla, debido a que los periodos de estancia en la unidad de intensivos se promueve que sean lo más breves posibles.



VII. Metodología

VI. 1. Tipo de estudio: observacional, descriptivo, con diagnóstico de situación retrospectivo.

VII. 2. Universo: los procesos de gestión de mejora continua en enfermería.

VII. 3. Unidad de análisis.

Los procesos de gestión de mejora continua de enfermería en la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, referidos a pacientes con trasplante hepático.

VII. 4. Variables e indicadores⁴⁸.

Variable	Dimensión	Subdimensión
1. Recepción en la unidad	.- Preparación de la unidad. . - Ingreso del niño y sus padres. . - Valoración del niño.	.-Lista de control de preparación de la unidad. . - Manual de convivencia. . - Guía de práctica clínica.
2. Preparación pre-quirúrgica	.- Preparación pre-quirúrgica del niño. . - Traslado a quirófano.	.- Protocolo de rutina pre-quirúrgica. . - Lista de control de traslado.

⁴⁸ Se exponen en las matrices de los anexos I a IX del presente trabajo de investigación.



3. Recepción post- trasplante.	.- Preparación de la unidad. . - Recepción del niño.	.- Lista de control de preparación de la unidad. . - Guía de práctica clínica.
4. Preparación para el alta	.- Educación del niño y sus padres.	.- Planilla de medicaciones. . - Folleto: medicación inmunosupresora . - Manual de trasplante

Cuadro N° 5: Variables, dimensiones, sub- dimensiones.

Fuente: Elaboración propia.2010.

VII. 5. Criterios de selección de caso

Para el estudio de caso se selecciona la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos del Hospital Universitario Austral, en el periodo 2010.

Dicha unidad cuenta con una trayectoria en continuo crecimiento dentro del área de cuidados a niños en estado crítico, recibiendo en la actualidad, no sólo pacientes de su zona de influencia sino también de todo el país y del exterior.

En lo que a trasplante hepático se refiere, registra la realización de un total de 99 procedimientos quirúrgicos de trasplante hepático pediátrico hasta Diciembre de 2010, habiendo comenzado con esta actividad en la unidad pediátrica en el año 2001. El crecimiento en número de casos fue incrementándose en los primeros años, para, posteriormente y hasta la actualidad mantener alrededor de 10 trasplantes hepáticos pediátricos por año.



VII. 6. Técnicas e instrumentos

Estrategia: cualitativa y cuantitativa.

Técnica: análisis de documentación.

Instrumentos: protocolo de análisis de documentación respecto de trasplante hepático existentes en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario Austral, 2010.

VII. 7. Fuentes de información

Primarias: de elaboración propia.

Secundarias: de bibliografía, sitios web consultados, etc.

VII. 8. La organización de la información.

Se ha analizado el relevamiento de datos y procesado a través de herramientas de análisis SPSS, Excel y Word.



VIII. Conclusiones

1. El desarrollo de los trasplantes en las últimas décadas es innegable, así como la necesidad de la gestión de procesos en enfermería que favorezcan cuidados de calidad.
2. Los procesos de mayor cumplimiento en la unidad fueron aquellos en los que los cuidados de enfermería deben administrarse en forma inmediata.
3. El escaso uso del manual de convivencia y del manual de trasplante deja abierta una importante oportunidad de mejora.
4. Se necesitan de otros estudios y análisis a fin de determinar los motivos que influyen en estos resultados
5. Se requiere acentuar la importancia de la preparación y educación para el alta del paciente y su familia en la unidad de cuidado intensivo.
6. El resultado aporta aspectos para la formación del personal de enfermería en general, y en particular colaborando al desarrollo y actualización de los procesos de mejora continua en la unidad respecto de los pacientes que presentan trasplantes hepáticos pediátricos.



IX Anexos

Anexo I. Lista de control de preparación de unidad pretransplante

Cama o cuna con sábanas	
Monitor multiparamétrico (conectado a corriente eléctrica)	
Cable paciente con electrodos pediátricos	
Cable saturación	
Sensor de saturación sin abrir	
Cable y manguito de TA según edad	
Termómetro	
Flumiter de oxígeno con pico x 2	
Flumiter simple de aire comprimido con pico x 1	
Bolsa RCP según edad	
Mascara RCP según edad	
Set aspiración funcionando (frasco descartable y T-63)	
Sonda de aspiración k32 y k30 (2 c/u)	
Manoplas	
Chasis con hoja de balance	
Chata	
Orinal	
Palangana	
Jarra	
Brocal	
Pañales, algodón y óleo (según edad)	

Planilla N°3. Lista de control de preparación de u nidad. Fuente: Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Austral.2010.



Anexo II. Normas del Servicio: Manual de Convivencia

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
PEDIÁTRICOS**



INSTRUCTIVO PARA PADRES

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MUCHAS GRACIAS

Imagen N°1. Manual de convivencia. Fuente: Unidad de Cuidados intensivos Pediátricos.
Hospital universitario Austral. 2010



Estimado Padres:

Cuando un niño o adolescente enferma, toda la familia se ve afectada. Sabemos que si esa enfermedad requiere internación en una unidad de cuidados intensivos, genera la situación más difícil que esta familia pueda experimentar en su vida. Cada miembro de la familia puede responder de distinta manera, pudiendo manifestar stress, sensación de separación o pérdida del control sobre uno mismo.

Para Nosotros, los miembros de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario Austral, es primordial poder disminuir estas sensaciones, manteniendo a su familia informada sobre lo que está pasando con sus hijos y asegurarnos que su estadía sea lo más comfortable posible, dentro del momento que están viviendo.

Uno de nuestros principales objetivos, es evitar que la Unidad de cuidados intensivos pediátricos se vivencie como un lugar angustiante, por este motivo, la unidad se ha diseñado luminosa y ambientada al niño.

Nuestro equipo de profesionales estará dispuesto a ayudarlos y a dar las explicaciones necesarias para que su estadía sea más grata.

De hecho, intentamos que los padres sean partícipes del cuidado y recuperación de sus hijos. Nuestro objetivo es que su hijo esté MUY bien cuidado, poniendo mucho énfasis en evitar el dolor y brindar el confort necesario. Es por este motivo que estimulamos a los padres a permanecer junto a sus hijos la mayor cantidad de tiempo posible.

Nos pone realmente felices el que los pacientes y sus familias vuelvan, pero sólo de visita.

Por último, sabemos que debe tener muchas preguntas. Sienta la libertad de preguntar y sacarse todas sus dudas. A continuación trataremos de responder algunas preguntas frecuentes para que usted pueda centrarse en aquellas que se relacionan con su hijo.



¿Qué es la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) dentro del Hospital Universitario Austral?

La UCIP funciona desde el inicio del Hospital en Junio de 2000. Sin embargo, ha ido creciendo paulatinamente y ocupa este espacio físico desde Noviembre de 2006.

Es una unidad que funciona como centro de derivación regional y nacional, otorgando cuidados especializados, tanto de monitoreo como de soporte vital, a niños seriamente enfermos o que necesitan cuidados especiales.

En esta unidad se realizan trasplantes hepáticos y de médula ósea, cirugía cardiovascular, neurocirugía y cuenta con la máxima complejidad para soporte respiratorio, renal, cardiovascular, entre otros.

¿Cuál es el horario de visita?

En nuestra unidad de cuidados intensivos, no tenemos horario de visitas. Promovemos la estadía de los padres junto a sus niños las 24 hrs del día. Le pedimos que planifique con la enfermera de su hijo la mejor manera de lograr esto. Si ustedes no pueden quedarse, podrán elegir algún miembro de la familia (mayor de 18 años) para que se quede con su hijo. Si su hijo está dentro de la unidad de cuidados intensivos, y usted planifica descansar por la noche en su casa, podrá dejar un teléfono de contacto.

Como valoramos la privacidad del paciente y la familia, les pedimos que sólo haga preguntas relacionadas a su hijo. Esto asegura confidencialidad. Es así como para el pase de guardia, tanto médico como de enfermería se les pedirá que esperen afuera de la unidad, debiendo hacerlo en la sala de padres, ya que los pasillos de la unidad deben estar siempre vacíos.



¿Pueden ingresar los hermanos?

Estimulamos a los hermanos/as del niño a que lo visiten. Si bien esto siempre estará sujeto a la sugerencia y decisión de los padres, les pedimos que de creerlo oportuno, nos lo hagan saber. La enfermera a cargo de su hijo le dará herramientas para preparar a los hermanos para la visita. El hospital no cuenta con un espacio físico para que los hermanos se queden durante la internación.

¿Pueden venir abuelos, tíos, o amigos?

En la unidad de cuidados intermedios, los amigos y familiares no directos pueden ingresar a visitar a los niños en el horario de 10:00 a 13:00 y de 15:00 a 20:00 hrs, siempre que no se le esté realizando algún procedimiento a su hijo. Queremos proporcionar un entorno tranquilo y seguro para los niños internados, por lo que no deberá haber más de dos personas en la habitación de los pacientes. Excepciones a esto, deberán ser consultadas con la enfermera a cargo de su hijo, quien evaluará cada situación.

Para aquellos niños dentro de la unidad de cuidados intensivos, los familiares podrán visitar a los niños, pero con previa autorización de la enfermera a cargo, quien evaluará su caso, cuidando, rigurosamente, un máximo de dos personas por paciente.

¿Dónde podemos quedarnos mientras nuestro hijo esté internado?

Se encuentra a disposición de los padres de niños internados en el área de Cuidados Intensivos, tanto pediátricos como neonatales, la sala de padres. En ella, ustedes podrán dormir y distraerse. También se les otorgará una llave para el armario donde podrán guardar sus pertenencias, y que deberán devolver al terminar el período de internación en el área crítica. En esta sala no contamos con baño con duchas.



Para aquellos padres de niños en cuidados intermedios, podrán utilizar las instalaciones de la habitación.

Les pedimos que colaboren con la higiene y cuidado del lugar. Es para el bienestar de ustedes mismos y de tantos otros padres que pasarán por esta institución.

¿Puedo Comer dentro de la UCIP o de la Habitación de Mi Hijo?

Dentro del área de cuidados intensivos, no está permitido ingresar comida. Sí se podrán tomar bebidas envasadas, aunque les recomendamos que lo hagan en la sala de padres.

En las habitaciones de cuidados intermedios, sí se permite ingresar comida, solamente para un acompañante, aunque se les recomienda aprovechar ese momento para salir de la unidad y despejarse. La comida no podrá apoyarse en las mesas destinadas a insumos para atender a su hijo. También está a vuestra disposición el servicio de cocina del hospital que, para mayor información, podrán acercarse a las recepcionistas de la unidad, quienes les podrán informar sobre los beneficios de su cobertura médica.

En todos los casos, les pedimos que nos ayuden a mantener el orden y la limpieza de las unidades del paciente.

¿Puedo usar teléfono en la UCIP?

Dentro de la UCIP no se recomienda el uso de celular. Se les pedirá que lo apaguen al ingresar, para así disminuir los estímulos a su hijo. Si usted desea hablar por teléfono, puede hacerlo en el área para padres y familiares.



¿Puedo ingresar artefactos electrónicos u otros elementos que a mi hijo le hagan bien?

Sí, usted puede ingresar cualquier artefacto electrónico que se relacione directamente con el bienestar de su hijo (notebook, DVD, playstation, etc). Previo al ingreso, deberá ser declarado al ingresar al hospital, en vigilancia. Deberán avisar a la enfermera a cargo y pedirán a ella u otro personal a cargo que lo limpie, antes de ingresarlo en al unidad. También podrán ingresar algún muñeco o juguete importante para su hijo, siempre que no sea de peluche. Pueden ser de tela, toalla o plástico. Estos también deberán ser lavados en casa antes de ser traídos **al hospital**.

¿Y diarios, revistas, libros o flores?

Los diarios y flores NO se podrán ingresar en la unidad, tanto intensiva como intermedia, por razones de higiene. Las revistas y libros se tratarán de evitar, salvo que sean nuevos o que sean realmente indispensables para el paciente.

¿Quiénes pueden usar la sala de juegos?

La sala de juegos es exclusiva para pacientes internados, no para familiares. Los niños internados en la unidad, podrán usar la sala de juegos, siempre que su condición clínica lo permita. Para ello, consultarán con la enfermera o médico a cargo de su hijo.

¿Qué pasa con las infecciones?

Un objetivo importante en el cuidado de su hijo, es evitar las infecciones, que pueden ser esparcidas, tanto por el personal, como por los padres o visitas. Por este motivo, les pedimos a los padres que eviten las



visitas a otros pacientes dentro de la unidad. También les sugerimos que si alguien en su casa estuvo cursando alguna enfermedad en la última semana, nos lo haga saber.

Para lograr este objetivo, les recordamos que el lavado de manos es primordial en este aspecto. Cada vez que usted ingrese y salga de la unidad, deberá lavarse las manos con agua y jabón. Para ello, disponemos de lavabos en el pasillo y dentro de las unidades. Una vez dentro de la unidad, podrá reforzar su higiene con gel alcohólico, cuyos dispensers se encuentran contiguos a los de jabón.

¿Quién estará a cargo de mi hijo durante su estadía en la UCIP?

Como su hijo necesita cuidados especializados, se encontrará con diferentes miembros del staff.

Equipo de Enfermería:

- Coordinador: es un Licenciado en Enfermería con experiencia en cuidados intensivos pediátricos que coordina los cuidados y al personal de enfermería en el área.

- Enfermeras asistenciales: son enfermeras o licenciadas en enfermería capacitados en cuidados críticos pediátricos, que estarán al cuidado de su hijo, tanto en el aspecto clínico como todo aquello que ayude a su hijo a la pronta recuperación.

- Enfermera en control de infecciones: Es una Licenciada en enfermería encargada de hacer el control sobre las situaciones que predisponen a las infecciones. Es ella quien hará el seguimiento de los dispositivos y manejo de la unidad.

- Auxiliares de Enfermería: son aquellas que asisten o ayudan a la enfermera a realizar sus tareas diarias, así como podrán ayudarlos en la higiene de su hijo, entre otras cosas.

- Asistentes de Enfermería: son aquellas que repondrán material y podrán asistirlo en cuestiones como orientación en el servicio, entre otras.



□ **Equipo Médico:**

- La unidad cuenta con tres médicos de planta y seis médicos part time.

- **Coordinador Médico:** es un médico especialista en cuidados intensivos pediátricos, que coordina a los médicos de planta y quien toma las decisiones finales sobre los pacientes.

- **Médico Intensivista:** son médicos capacitados en cuidados intensivos pediátricos, que estarán a cargo del aspecto asistencial tomando decisiones clínicas sobre el estado de su hijo.

Médico Especialista: todo aquel médico que tiene una especialidad distinta dentro del área pediátrica (cirugía, anestesia, cardiología, etc) que trabajan en equipo junto con los terapeutas, aportando lo específico de su especialidad.

Kinesiólogos: son aquellos que ayudarán a su hijo a mejorar su función pulmonar o motora, si lo requirieran.

Muchos otros profesionales, como nutricionistas, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y otros, podrán estar en contacto con usted y su hijo, para ayudarlos en su recuperación.

¿Cuándo me darán los informes médicos?

En los cuidados intensivos, los informes médicos se darán al finalizar la recorrida de sala, que se realiza, generalmente, entre las 8 y las 11 am, momento en que se le pedirá a los padres que esperen afuera.

En los cuidados intermedios, los informes se darán durante la evaluación diaria de su hijo.

Cabe resaltar que el informe médico se dará exclusivamente a los padres. Solo en aquellos casos en que los padres no pudieran estar, se le otorgará el mismo al adulto responsable autorizado por ellos.

Si hiciera falta más de un informe diario, se les otorgará el mismo.



¿Me quedan dudas?

Seguramente las dudas empiecen a surgir a partir de este momento. Sepa que estamos para ayudarlo. Le sugerimos que cualquier duda o consulta la anote en un papel para que, llegado el momento, no se la olvide. En todo aquello que lo podamos ayudar, estaremos dispuestos a hacerlo.

¿Hay algún teléfono para comunicarme?

Si bien usted puede comunicarse con nosotros vía telefónica, no podremos darles informes de la situación clínica de su hijo por esta vía. Si su pediatra de cabecera quisiera comunicarse con nosotros, no tiene más que hacerlo.

Algunos números Telefónicos útiles:

- Hospital Universitario Austral: 02322-48-0200.
- Enfermería de Unidad de Cuidados Intensivos: 02322-48-2561.
- Enfermería de Unidad de Cuidados Intermedios: 02322-48-2563
- Servicio de Atención al Paciente: 02322-48-2850

Esperamos que esta información le sea útil y lo invitamos a realizar cualquier sugerencia que le parezca pertinente.

**Personal de la Unidad de Cuidados Intensivos de
Pediatria del Hospital Universitario Austral⁴⁹**

⁴⁹ Manual de convivencia. Fuente: Unidad de Cuidados intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Austral. 2010



Anexo III. Guía de practica clínica pretransplante

Servicio de pediatría. Hospital Universitario Austral

Guía de práctica clínica

Seguimiento del niño con alteraciones en la función hepática.

El niño en evaluación pre-transplante.

El seguimiento del niño con hepatopatías es de fundamental importancia tanto si se resuelve, como si requiere de un transplante, en cuyo caso su estado previo incide de manera directa sobre la sobrevida del niño y del injerto.

Es de importancia recordar que el ingreso del niño a evaluación o lista de espera genera en el mismo y su familia ansiedad y crisis por lo que es necesario el seguimiento y la contención adecuada.

Objetivos.

- ✓ Detección y tratamiento precoz de las posibles complicaciones.
- ✓ Contención y educación al niño y su familia.

Recepción al ingreso.

El niño podrá, dependiendo de su estado general, ingresar a internación general o a una unidad de cuidados intensivos. Los procesos de atención son similares dependiendo la actuación de enfermería del estado del niño y de las necesidades que sean prioritarias de cuidar.

- ✓ Preparación de unidad de acuerdo al estado informado del niño.
- ✓ Recepción de los padres y el niño en la habitación, presentación de la enfermera. (Manual de convivencia), explicación general de rutinas.
- ✓ Evaluación:
 - 1.- Estado de la vía aérea y de los dispositivos de soporte.
 - 2.- Mecánica respiratoria.
 - 3.- Estado hemodinámico y de los accesos vasculares.
 - 4.- Infusiones de soluciones y medicamentos.
 - 5.- Función hepática y estado del hígado.



6.- Evaluación psico-social.

7.- Educación y contención familiar.

✓ Medidas antropométricas.

- Peso.
- Talla.
- Perímetro abdominal.
- Perímetro torácico superior o axilar.
- Perímetro torácico inferior o xifoideo.
- Largo esternal.

Recordar: Síntomas de enfermedades hepáticas:

- ✓ Ictericia.
- ✓ Colestasis.
- ✓ Aumento del volumen del hígado.
- ✓ Hipertensión portal.
- ✓ Ascitis.
- ✓ Encefalopatía hepática.
- ✓ Insuficiencia hepática.

Grados de encefalopatía:

I.- Cambios en la conducta, mínimos cambios a nivel de la conciencia, sueño alterado (hipersomnias, insomnio), alteración del ciclo del sueño.

II.- Desorientación temporo-espacial, conductas inapropiadas, letargo, temblores o sacudidas irregulares de manos.

III.- Confusión marcada, estupor, escasa respuesta a estímulos auditivos, postura de descerebración al dolor, no temblores.

IV.- Comatoso, sin respuesta al dolor, signos de decorticación.

(Adaptado de criterios de West Haven).



Anexo IV. Guía de rutina pre- quirúrgica: Controles pre-quirúrgicos.

Nombre y apellido _____	HC: _____		
Cirugía _____	Fecha _____		
Médico _____	Hab _____		
<p>Identificó al paciente con pulsera y se la colocó</p> <p>El paciente está en ayunas total/parcial antes de la cirugía</p> <p>Fue rasurado según indicación</p> <p>Se realizó enema evacuante según indicación</p> <p>Le quitó el esmalte de las uñas</p> <p>Le realizó baño antiséptico completo</p> <p>Tiene la vestimenta correcta: camisolín y gorro</p> <p>Le administró la medicación pre-anestésica según indicación</p> <p>Retiro prótesis dentales, anteojos, joyas</p> <p>Controló estudios pre-quirúrgicos:</p> <p style="padding-left: 40px;">ECG</p> <p style="padding-left: 40px;">Laboratorio</p> <p style="padding-left: 40px;">Radiografías</p> <p style="padding-left: 40px;">Otros</p> <p>Ofreció la visita del capellán</p> <p>Le ofreció orinar al paciente antes de la cirugía</p> <p>TA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____</p> <p>Peso: _____ Talla: _____</p> <p>Alergias: _____</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Enfermera a cargo de la preparación: _____</p> <p>Enfermera de piso: _____</p> <p>Observaciones yo problemas.</p> <p>01. _____</p> <p>02. _____</p> <p>03. _____</p> <p>04. _____</p> <p>Enfermera de quirófano: _____</p> <p>Recepción: _____</p>		Si	No

Planilla N°4. Guía de rutina pre-quirúrgica. Fuente: Hospital Universitario Austral. 2010



Anexo V. Lista de control de unidad posquirúrgica

Check lists para preparar unidad de pacientes en UCIP	
Cama o cuna con sábanas	
Ventilador con circuito completo y calibrado	
Bombas infusoras (por lo menos dos de jeringa)	
Monitor multiparamétrico	
Cable paciente con electrodos pediátricos	
Cable saturación	
Sensor de saturación sin abrir	
Cable de TA invasiva	
Termómetro	
Flumiter de oxígeno de 15 lts con pico	
Flumiter simple de aire comprimido con pico	
Bolsa RCP según edad conectada a flumiter	
Máscara RCP según edad	
Set aspiración funcionando (frasco y T-63)	
Sonda de aspiración k32 y k30 (2 c/u)	
Manoplas	
Chasis con hoja de balance	
Brocal	
Pañales, algodón y óleo (según edad)	
Bandeja: alcohol, gasas, jeringas y agujas Cinta, apósito de protección para la piel Tubos de rutina pos- quirúrgica de laboratorio	

Planilla N°5. Lista de control de unidad pos-quirúrgica. Fuente: Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Austral.



Anexo VI. Guía de practica clínica postransplante

Servicio de pediatría. Hospital Universitario Austral
Guía de práctica clínica
Seguimiento del niño con alteraciones en la función hepática.

El niño trasplantado hepático

Objetivos:

- ✓ Detección y tratamiento precoz de las posibles complicaciones.
- ✓ Contención y educación al niño y su familia. Recepción al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

- ✓ Preparación de unidad.
- ✓ Recepción del niño

Valoración:

- 1.- Valoración de efectos de sedo- analgesia, dolor.
- 2.- Estado de la vía aérea y de los dispositivos de soporte.
- 3.- Mecánica respiratoria.
- 4.- Estado hemodinámico y de los accesos vasculares.
- 5.- Infusiones de soluciones y medicamentos.
- 6.- Función hepática y estado del hígado.
- 7.- Controlar:
 - ✓ Drenajes: pueden contar con dos o tres Jackson Pratt, y un Kher. Verificar, color, volumen en las primeras horas, color y consistencia de la bilis.
 - ✓ De la herida quirúrgica: observar presencia de sangre en gases.
 - ✓ Horario de administración de la medicación inmunosupresora intra- transplante.
 - ✓ Realizar muestra de sangre de rutina inicial (tubo blanco, lila, celeste y jeringa para estado ácido base).



- ✓ Controlar realización de radiografía de tórax y ecografía.

8.- Educación y contención familiar.

Recordar posibles complicaciones

- ✓ Cardiovasculares y hemodinámicas: sangrados....
- ✓ Respiratorias: derrame derecho, atelectasias, hipoxemia, injuria pulmonar inducida por el respirador, injuria pulmonar aguda, síndrome de distress respiratorio, sangrado....
- ✓ Renales: insuficiencia renal...
- ✓ Hematológicas: coagulopatías, plaquetopenia, neutropenia.
- ✓ Gastrointestinales: hemorragias altas o bajas, úlcera gástrica, síndrome compartimental, estenosis o trombosis de de la anastomosis vasculares del injerto, disfunción primaria del injerto, rechazo agudo.
- ✓ Infeológicas: sepsis bacterianas o fúngicas.
- ✓ Neurológicas: edema cerebral, hipertensión intracraneal.
- ✓ Nutricionales: desnutrición previa, inicio de nutrición, mala conducta alimentaria.

Consideraciones para el paciente pos- transplantado:

- 1.- Comenzar la preparación del niño y de su familia en forma precoz, según estado del niño (ideal pre- transplante).
- 2.- Curación de herida quirúrgica en lo posible luego de las primeras 24 horas (técnica estéril y solución de povidona).
- 3.- Dejar herida quirúrgica al aire en lo posible cumplidas 72 horas del transplante.
- 4.- Favorecer la salida precoz de la cama, favorecer la movilización a silla, a la ducha o sanitario, favorecer el vestido con sus ropas usuales.



Anexo VII. Planilla de medicaciones

Nombre y apellido del paciente.....Fecha:.....							
Fecha de transplante:.....							
	07hs	08hs	12hs	16hs	19hs	20hs	24 hs
Tacrolimus	x				x		
Medicación		x				x	
Medicación			x				
Medicación		x		x			x
Medicación		x				x	

Planilla N°6. Medicaciones. Fuente: elaboración propia. 2010



Nombre.....	6	7	8	9	10	12	14	51	16	17	18	19	20	24
TACROLIMUS 0.75 MG														
MICOFENOLATO 90 MG														
MEPREDNISONA O Deltisona 1,5 mg 0,3 ml														
NISTATINA 1 ML														
TRIMETOPRIMA Sulfametoxazol 25 mg 3 ml														
Vitamina ADC 0.3 ML														
HIERRO (FERINSOL) 0,3 ML														
CALCIO 250 MG														
ACIDO FOLICO 1 MG 1 ML														
MAGNESIO 1 ML														
OMEPRAZOL 6 MG 1,2 ML														
FOSFATO MONO Y DIPOTASICO 1 ML														
ZINC 2,5 ML														
Otras observaciones (si es necesario).....														
Fecha:.....														

Planilla N°7. Medicaciones. Fuente: elaboración pro pia. 2010.



Anexo VIII. Folleto de medicación inmunosupresora

LOS MEDICAMENTOS Y EL TRANSPLANTE

Es indispensable

- que recuerde siempre que necesita tomar las medicaciones de lo contrario podría perder su transplante,
- que entienda lo que se le explica,
- que traiga los medicamentos a las consultas,
- que recuerde mencionar todo lo que está tomando,
- que no deje los medicamentos sin avisar,
- que comunique cualquier anomalía que surja,
- que consulte si le indican medicamentos que no toma habitualmente,
- que no se administre medicamentos sin receta,
- que no se quede sin sus medicaciones (si tiene problemas con la adquisición de los mismos comuníquese con el/la coordinador/ra de transplante de su hospital)

Tracolimus

Cuidados

- Mantener a temperatura ambiente, en lugar fresco.
- Recuerde no tomar el medicamento el día que tiene control (el control del inmunosupresor se realiza en sangre), tómelo luego de la extracción de sangre.
- No administrar con elementos de plástico (sondas, jeringas, cucharas o vasos) utilizar cuchara de metal con agua.
- No debe tomarlo con las comidas (para esto deberá definir los horarios de



sus comidas para que la medicación no quede con las mismas)Una vez decidido el plan de horarios no lo modifique día a día.

- Este medicamento se toma dos veces por día, al mismo horario todos los días.
- No suspenda ni cambie la dosis, debe tomar exactamente lo que le han indicado.
- No deje de tomar su medicamento inmunosupresor, solicítelo con la suficiente anticipación para evitar no contar con el mismo.
- Efectos adversos. Disminución de la frecuencia respiratoria. Temblores, inestabilidad, cefalea, dolor de estómago, aumento de su glucemia y del potasio en sangre, hipertensión.



IX. Manual de transplante.

**Guía de cuidados
para el hogar luego del
transplante**

Hospital Universitario Austral



Imagen N°2. Guía de cuidados para el hogar luego d el transplante.
Fuente: Hospital Universitario Austral. 2010.



INTRODUCCIÓN

Las drogas que se utilizan para evitar el rechazo del órgano trasplantado también hacen que el sistema inmunológico no se pueda defender en forma adecuada de las infecciones determinando un estado denominado inmunodepresión.

Durante los primeros meses posteriores al trasplante será necesario tener en cuenta ciertos cuidados ya que es cuando las defensas se encuentran más bajas. Estos cuidados son muy importantes durante el primer año posterior al trasplante y algunas indicaciones se deberán tener en cuenta “SIEMPRE”, de por vida.

En el caso de los niños, el rol de los padres es fundamental.

Es importante que todo el esfuerzo que iniciamos juntos durante la internación, pueda continuarse en su casa.

Pasamos a explicarle algunos puntos importantes que debe tener en cuenta cuando esté en su casa, son los mismos con los que estuvimos trabajando las últimas semanas de la internación.

Es fundamental que lea con atención y en caso de dudas se contacte con el 02322 - 48 2527, en éste teléfono le responderá una enfermera quien le ayudará a canalizar sus dudas .

Para una mejor comprensión los cuidados se acompañan de símbolos de diferentes colores que le indicarán durante cuánto tiempo se deben tener en cuenta cada recomendación.

 SIEMPRE  4 MESES  6 MESES  1 AÑO



RECUERDE LAVAR CON FRECUENCIA SUS MANOS



LOS CUIDADOS MÁS IMPORTANTES

1. NO OLVIDE TOMAR LA MEDICACIÓN.
2. LAVE SUS MANOS CON FRECUENCIA.
3. BÁÑESE DIARIAMENTE.
4. CEPILLE SUS DIENTES DESPUÉS DE LAS COMIDAS.
5. MANTENGA LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.
6. MANTENGA LA CASA LIMPIA, LAS PAREDES LIBRES DE HONGOS.
7. MANTENGA LAS VACUNAS ACTUALIZADAS.
8. MANTENGA UNA ALIMENTACIÓN SEGURA.
9. EVITE EL CONTACTO CON PERSONAS QUE TIENEN PROCESOS INFECCIOSOS.
10. SI TIENE MASCOTAS VACÚNELAS Y LLÉVELAS AL VETERINARIO PARA CONTROL.
11. ANTE CUALQUIER DUDA LLAME AL TELÉFONO 02322-482872



1. MEDICACIÓN

¿Cómo sería conveniente organizarla?

Como lo mencionamos anteriormente la vida de la persona trasplantada depende del seguimiento y los cuidados adecuados, por ello debe cumplir estrictamente los días, horarios y dosis de cada uno de los medicamentos que



le indicó el pediatra.

En cuanto a riesgos de rechazo del hígado trasplantado, no debe olvidar de administrarle/se ni cambiar el horario del FK (TACROLIMUS). El resto de la medicación también es muy importante pero no pone en riesgo la vida si se retrasa en el horario. Antes de medicarlo o medicarse mire tres veces la dosis y medicación que va a administrar (GUIA DE MEDICACIÓN).

Tenga siempre jeringas de tuberculina, son las de 1 mililitro, (ml) o de 3 ml para poder cargar los ml. exactos de la medicación, tome en cuenta que una décima (0,1 ml) de más o de menos puede significar varios miligramos más o menos que se están administrando. Tenga presente que si el niño no traga todo lo que le ponen en la boca la dosis está incompleta, de todas maneras no es conveniente repetir la dosis, pero si tiene dudas llame al servicio de enfermería al TEL 02322-482527, el enfermero está en línea para ayudarlo y si fuera necesario realizará la consulta pertinente al pediatra.

Cuando tenga que salir, siempre recuerde llevar los medicamentos que debe recibir dentro del horario que esté fuera de la casa, en caso de niños que concurren al colegio, los maestros deben estar informados que el niño puede requerir salir del salón de clase para ingerir los medicamentos. Trate de ubicar los horarios de tal manera que tenga que tomar la menor cantidad de medicamentos posible en la escuela; debe llevar la dosis exacta de los medicamentos cargada en diferentes jeringas, en lo posible colocarlas dentro de un recipiente cerrado rígido para evitar la descarga durante el traslado. Recuerde que es un niño y como tal puede ser que jugando descargue totalmente o pierda parte de la dosis.

En caso de adolescentes se los debe comprometer y responsabilizar de su auto cuidado, lo que no restará que usted deba controlarlo de cerca para verificar que realmente está administrándose las dosis y las frecuencias correctas de los medicamentos.

Cuando le entreguen la guía de los medicamentos que debe manejar en su casa, organice junto con la enfermera la mejor forma de administrarlos de acuerdo a sus horarios (de trabajo) y los del niño (del colegio)



En lo posible trate de contar con alguna persona más (de confianza) que esté entrenada, además de usted, por cualquier eventualidad que pueda surgir y que el niño no cuente con usted. Puede ser una abuela, madrina, etcétera, nosotros nos encargamos de entrenarla, de igual forma como lo hicimos con usted.

Inicie la gestión para recibir los medicamentos cuando vea que está llegando a la mitad del frasco de jarabe, comprimidos u otro tipo de presentación, antes que se termine el anterior y de ésta manera poder continuar el tratamiento sin suspender ni atrasar ninguna toma.



2. CUIDADO PERSONAL



Lavado de manos

¿Cuándo lo debe hacer el grupo familiar?

- Antes de comer o preparar alimentos.
- Después de cambiar pañales.
- Después de tocar plantas, flores, tierra, trabajar en el jardín, cortar el pasto.
- Después de tocar animales.
- Antes y después de ir al baño.
- Luego de tocar secreciones o excreciones (orina, materia fecal, vómito, sangre, secreciones respiratorias).
- Al regresar de la calle.
- Antes y después de tocar una herida.

¿Cuándo lo debe hacer la persona trasplantada?

- Antes de comer.
- Después de tocar animales.
- Antes y después de ir al baño.
- Al regresar de la calle.
- Antes y después de tocar una herida.



- ❑ Siempre que estén visiblemente sucias.

¿Cómo se debe hacer?

Se debe realizar con jabón común y agua corriente de la siguiente forma: sacarse reloj, anillos y pulseras, humedecer las manos, hacer abundante espuma y frotarlas entre si por 1 minuto incluyendo los pliegues entre los dedos, secar con toalla limpia de uso exclusivo para manos. Recambiar la toalla diariamente por una limpia.

El jabón se debe mantener seco. Colocarlo en una jabonera que permita que se escurra luego del uso.

En el caso de niños, es muy importante que un adulto controle la correcta realización del lavado de manos.



Baño



¿Cómo lo debe hacer?

- ❑ Debe realizarse en ducha, calzado con chinelas (de uso personal) que se adhieran al piso. Evite los baños de inmersión en bañera.
- ❑ En caso de bebés, en lo posible la bañera debe ser individual. Si la comparte con hermanos debe lavarla con agua caliente y jabón entre usos.
- ❑ No dejarlo solo para evitar que ingiera el agua de la bañera.
- ❑ Se debe realizar diariamente utilizando jabones suaves y neutros (glicerina) de uso individual.
- ❑ Mantener los jabones secos. Guardarlo en una jabonera que permita que se escurra y seque luego del uso.
- ❑ El secado corporal debe ser minucioso, haciendo especial énfasis en los pliegues cutáneos, no deben quedar húmedos para disminuir el riesgo de formación de lesiones en esas zonas.
- ❑ La toalla en lo posible debe ser personal.
- ❑ Colocarse ropa limpia y planchada.



Cuidado de la boca



- ❑ Cepillar los dientes luego de cada comida. Usar cepillos suaves y mantenerlos limpios y secos.
- ❑ Los cepillos deben ser de uso exclusivo. **NO COMPARTIR** su uso.
- ❑ En caso de lactantes o personas que no toleran el cepillado efectuar limpieza con hisopo y pasta dental o hisopo embebido en solución de bicarbonato de sodio luego de las comidas o como mínimo dos veces por día.
- ❑ Utilizar agua corriente o hervida por más de 1 minuto (enfriada) para el enjuague bucal.
- ❑ Mantener la pasta dental siempre tapada y con el envase sin roturas. Comprar envases pequeños.
- ❑ Concurrir a consulta odontológica periódica para controlar el estado de los dientes y efectuar los arreglos necesarios. Las caries son puerta de entrada de microorganismos.
- ❑ Si las encías sangran, consulte al médico.

¿Cómo cepillarse los dientes?



Rutina de lavado

Superior externo, superior interno, superficie de masticación de ambos maxilares de uno por vez.

Empiece cepillando los dientes delanteros del maxilar superior; avanzar hacia el lado derecho y el izquierdo (externo), continuar cepillando la zona interna del mismo maxilar, luego cepillar la superficie de apoyo de los molares superiores.

La limpieza del maxilar inferior se inicia cepillando los dientes delanteros en su cara externa, continúe con los laterales derecho e izquierdo, luego realice lo mismo con la cara interna de los dientes y termine cepillando la superficie de apoyo de los molares.



En caso de contar con piezas removibles, retirarlas antes de cepillarse los propios y realice el cepillado individual de la pieza. En caso de tener aparatos de ortodoncia fijos, haga énfasis en las zonas donde tiene poco acceso, enjuague con suficiente cantidad de agua hervida (enfriada) haciendo buches sin tragar el agua.



Cuidado de la piel



- ❑ Es importante mantener la integridad de la piel tratando de evitar lastimarse. En caso de ocurrir, lavar con abundante agua y jabón, secar con toalla limpia, coloque solución antiséptica (yodopovidona, alcohol) y cubra con gasa estéril.
- ❑ Utilice repelente sobre la ropa o productos insecticidas ambientales, para evitar la picadura de insectos siempre que sea necesario (espacios abiertos, jardines, dentro de la casa sobre todo en primavera y verano).
- ❑ No realizar tatuajes, perforaciones para aritos o cualquier otro procedimiento que comprometa la integridad de la piel sin consultar al médico.
- ❑ Utilizar cremas humectantes o con vitamina A si la piel está seca.
- ❑ En lactantes y niños que usan pañal se debe cuidar especialmente la zona perineal. Realizar higiene con agua y jabón un máximo de 2 veces en el día, de ser posible luego de deposiciones abundantes. El resto de las veces se podrán utilizar productos oleosos para la higiene (óleo calcáreo o similar)
- ❑ En niños y adolescentes se debe realizar higiene perineal con agua y jabón luego de cada deposición. Secarse con toalla de uso exclusivo para zona perineal.



Cuidado de manos y pies



- Mantener las uñas de manos y pies limpias y cortas(rectas)
- Tener especial cuidado al cortar las uñas de manos y pies. Se debe evitar lesionar la piel. Si es difícil cortar las uñas sin lesionar la piel (lactantes y niños pequeños) utilizar lima de uñas.



Productos de tocador



- No usar talcos debido a que pueden contener microorganismos.
- Evitar el uso de productos con alcohol, irritan la piel.
- Utilice cremas humectantes o con vitamina A.
- No compartir el uso de los productos cosméticos, cremas y desodorantes.

2. EL MEDIO AMBIENTE



El hogar

- Es muy importante mantener los ambientes limpios y con la menor cantidad posible de polvo. Al efectuar la limpieza de cualquier ambiente, asegurarse que la persona trasplantada se traslade a otra habitación mientras se realiza esta tarea.
- No utilizar plumero o elementos secos que remuevan el polvo (Ej. Trapos secos) Usar siempre trapos húmedos para remover el polvo.
- Para la limpieza no es necesario usar productos especiales, es suficiente con los limpiadores que se usan habitualmente en casa.
- Los trapos que se utilicen para la limpieza se deben guardar siempre limpios y secos.



- ❑ Mantenga la casa ventilada. Tenga en cuenta que la persona trasplantada debe evitar las corrientes de aire.
- ❑ Tratar de mantener las paredes y pisos de la casa integra (sin roturas) y libres de hongos y humedad. En lo posible utilizar pintura anti hongos.
- ❑ En caso de ser necesario efectuar cualquier tipo de reparación en la casa que pueda producir polvo, tener en cuenta que la persona trasplantada **no debe permanecer en la casa** mientras se realiza la obra.
- ❑ No se recomienda el uso de alfombras. En caso que ya estén colocadas, aspirarlas diariamente teniendo en cuenta que la persona trasplantada no debe estar en la habitación mientras se realiza la tarea.
- ❑ Limpiar la aspiradora luego de cada uso en un ambiente distinto al que se encuentre la persona trasplantada.
- ❑ Si utiliza ventiladores de cualquier tipo, se deben limpiar cuidadosamente antes de ponerlo a funcionar por primera vez en la temporada y dos veces por semana mientras esté en uso.
- ❑ Si cuenta con equipo de aire acondicionado tener la precaución de limpiar los filtros y el equipo antes de ponerlo en funcionamiento.
- ❑ Trate de evitar la presencia de insectos (moscas, mosquitos, cucarachas) dentro del hogar. Utilice regularmente productos para su control y si es posible coloque malla metálica en las aberturas.
- ❑ Limpiar o verificar que se ha limpiado y desinfectado con lavandina el tanque de agua, como mínimo una vez al año.
- ❑ Limpiar el baño diariamente. Ponga especial atención en la limpieza del inodoro si se trata de niños, ya que es frecuente que toquen el agua.
- ❑ En caso de niños que usan inodoro portátil, limpiarlo y secarlo luego de cada uso.
- ❑ No colocar flores y plantas dentro de la casa.
- ❑ No fumar.










La vajilla



- ❑ No es necesario que sea exclusiva, pero no se debe compartir durante su uso (no compartir tenedor, vaso, cuchara, etc)
- ❑ El lavado no requiere medidas especiales, es suficiente con el uso de detergente y agua caliente.
- ❑ Secar la vajilla luego de lavarla, no colocar en escurreplatos, en caso de usarlos
- ❑ Guardar seca luego del lavado.



Mascotas

-  Durante el primer año, de ser posible evitar el contacto con perros, gatos y reptiles.
-  Si tiene mascotas, deben estar vacunadas y controladas por un veterinario. En caso de diarrea consulte lo antes posible con el veterinario.
-  La alimentación de las mascotas debe ser en lo posible a base de alimentos balanceados para evitar la ingestión de comida contaminada. Debe ingerir alimentos cocidos, carne huevos, etc., y solamente lácteos pasteurizados.
-  Se debe controlar que las mascotas no tengan acceso a la basura, agua de inodoros o excretas de otros animales.
-  Si la persona trasplantada toca un animal se debe lavar siempre las manos luego del contacto.
-  Se debe evitar que la persona trasplantada realice la limpieza de excretas, jaulas, cucas o acuarios. En caso de tener que hacerlo, debe usar guantes descartables y lavarse las manos luego de finalizar la tarea.
-  Es muy importante que los niños sean supervisados por un adulto en caso de contacto o realización de actividades con las mascotas.

Si no se puede asegurar el cumplimiento de las pautas para el manejo
de mascotas, lo mejor es no tenerlas.



4. ALIMENTOS



Cuidados generales de los alimentos

- ❑ La persona que va a preparar los alimentos debe lavarse las manos antes de comenzar.
- ❑ Las superficies y los utensilios a usar deben estar limpios y secos.
- ❑ Solamente podrá comer los alimentos permitidos (ver cuadro)
- ❑ No comer alimentos que permanecieron más de 2 horas fuera de la heladera o 1 hora si la temperatura supera los 32°C .
- ❑ No comer restos de alimentos que han estado por más de 24 horas en la heladera. Si guarda sobrantes, dividirlos en pequeñas porciones en envases cerrados y guardarlos en la heladera lo antes posible.
- ❑ Si utiliza alimentos que estuvieron en freezer, se deben descongelar dentro de la heladera, **nunca a temperatura ambiente.**
- ❑ Una vez descongelados los alimentos **no se pueden volver a congelar.**
- ❑ No se deben manipular en el mismo momento, con los mismos utensilios y sobre la misma superficie alimentos crudos y cocidos. Se debe hacer por separado y siempre se debe lavar las manos luego de manipular cualquier alimento crudo. Si se van a compartir los utensilios y las superficies se deben lavar/ limpiar luego de ser usados con alimentos crudos.
- ❑ Comprar todos los alimentos en centros que ofrezcan seguridad en cuanto a la conservación de los productos que requieren frío.
- ❑ No comer productos de fabricación casera (embutidos, conservas).
- ❑ Evitar tomar mate durante los primeros 3 meses.
- ❑ No compartir el mate.
- ❑ Puede ingerir agua potable o hervida por más de 1 minuto, agua mineral o gasificada. Si no cuenta con agua potable agregue 2 gotas de lavandina por cada litro de agua y espere un mínimo de 30 minutos antes de consumirla. Trate de preparar solo lo necesario para el consumo durante 24 horas.
- ❑ Limpiar la heladera 1 vez por semana y siempre se encuentre visiblemente sucia.
- ❑ Se debe evitar que los alimentos cocidos se mezclen con los crudos. Mantener siempre los cocidos en recipientes con tapa.
- ❑ Es importante verificar la fecha de vencimiento de todos los alimentos antes de su consumo.
- ❑ No utilice latas que golpeadas u oxidadas.



- ❑ Evite el consumo de alimentos listos para comer en lugares donde no conozca si son seguros (puestos ambulantes, comida rápida, etc.)
- ❑ Usar el microonda solo para calentar , no como método de cocción ya que los alimentos no alcanzan la temperatura adecuada para eliminar los microorganismos que pueden llegar a ser de riesgo (ejemplo: huevos, carnes)
- ❑ En lo posible adquiera productos en envases de consumo individual como el yogur, quesos, postres, bebidas.
- ❑ No beber directamente de las botellas, utilizar un vaso limpio.
- ❑ Lavar con agua y detergente los envases de yogur, postres, latas de bebidas antes de su consumo.



CUADRO 1. Guía para una alimentación segura.

GRUPOS DE ALIMENTOS	ALIMENTOS PERMITIDOS	ALIMENTOS PROHIBIDOS
<p>Leche y derivados</p> <p>Infusiones</p>	<p>Leche pasteurizada.</p> <p>Quesos crema hechos con leche pasteurizada y sin hongos vivos.</p> <p>Yogur si ha sido pasteurizado luego de la fermentación y el agregado de ingredientes.</p> <p>Las que se hacen usando agua hirviendo.</p>	<p>Queso roquefort o con hongos.</p> <p>Leche cruda o alimentos realizados con ella.</p> <p>Yogur con agregado de frutas secas u otros ingredientes separados del envase</p>
<p>Carne, pollos, pescado, huevos, nueces, porotos.</p>	<p>Tanto la carne, pollo, pescado, huevos y porotos deben estar bien cocidos (no jugosos).</p> <p>Las nueces deben cocinarse.</p>	<p>Carnes, pollo y pescados poco cocidos.</p> <p>Huevos pasados por agua.</p> <p>Pescado crudo (sushi o ceviche, salmón ahumado).</p> <p>Nueces o cualquier tipo de</p>
<p>Pan, cereales, granos y</p>	<p>Todo debe consumirse bien cocido.</p>	<p>Cereales con frutas o nueces crudas.</p>



Vegetales	Todos bien cocidos. Los jugos comerciales en conserva	Vegetales crudos.
Frutas	Todas cocidas o bien los jugos comerciales pasteurizados. Pueden consumirse lavados previamente y luego pelados y	Frutas crudas. Jugos no pasteurizados.
Grasas, aceites y dulces	Todas las grasas y azúcares que se hayan cocido. Miel pasteurizada. Azúcar blanca.	Miel no pasteurizada. Azúcar no refinada
Hierbas y especias	Sal. Todas las hierbas y especias, deben agregarse a los alimentos y luego someterse a cocción con los mismos. El agregado de hierbas y especias no debe ser realizado por	Hierbas y especias que se agreguen luego de la cocción.

5. RECREACIÓN



Restaurantes, teatros, cines, shoppings, plazas.

- Se debe evitar concurrir a lugares cerrados con muchas personas.
- Está permitido concurrir a espectáculos al aire libre.
- En las plazas evitar que el niño entre en contacto con arena o tierra donde pueda encontrarse excremento de animales.



- ❑ En el caso de vivir en zona rural tener la misma precaución con todos los excrementos de los animales de la zona (vaca, caballo etc)
- ❑ No concurrir a peloteros y laberintos.






Piscinas, playas

- ❑ No podrá concurrir a piletas públicas. En caso de tener piscina propia consultar con los profesionales sobre su uso.
- ❑ No nadar ni caminar en agua de arroyos y ríos.
- ❑ Utilizar reposera o loneta para sentarse en la playa.
- ❑ Evitar exponerse al sol. Tratar de hacerlo solo en los horarios menos nocivos (entre 9 y 11.30 horas y después de las 16 horas) usando ropa que cubra la mayor superficie corporal posible y gorro. Colocarse protector solar factor 30 como mínimo.



Parques, Cementerios

- ❑  Evitar el contacto con palomas.
- ❑  Evitar concurrir al zoológico.
- ❑  Evitar ir al cementerio.



6. MISCELÁNEAS



Transporte, viajes



- ❑ Evitar el uso de transporte público en horarios de mayor demanda.
- ❑ Si se utiliza auto, tratar de que se encuentre libre de polvo en su interior.
- ❑ Si va a viajar fuera del país, realice una consulta con el Infectólogo previamente.



Visitas

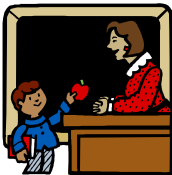
- Evitarlas durante los primeros meses. Solo los cuidadores y familia inmediata deben convivir.
- En lo posible programar las visitas en lugares amplios y ventilados.
- Se debe evitar la visita de toda persona que se encuentre con un proceso infeccioso (resfrío, gripe, tos, conjuntivitis, herpes, tuberculosis, etc) o niños con enfermedades eruptivas.
- Recibir a personas con infecciones respiratorias solo en caso de extrema necesidad. En este caso la visita debe colocarse barbijo durante todo el tiempo, NO LA PERSONA TRASPLANTADA.

Elementos específicos.

-  Barbijo: solo deberá usarlo si va a concurrir a una obra en construcción o sitios donde pudiera haber grandes cantidades de polvo durante el tiempo que permanezca en ella. Se recomienda usarlo cuando necesite concurrir a la guardia, laboratorio u otras instalaciones generales del hospital para evitar contacto con otros pacientes que estén esperando.
-  Juguetes, chupete: evitar el uso compartido con otros niños. Mantenerlos limpios y secos. En caso de juguetes de tela tener la precaución de que luego de lavados estén bien secos antes que los reciba el niño. Excluir los juguetes de peluche y las masas y plastilinas. Los juguetes deben ser de material plástico lavable y no tener aristas o ángulos que puedan causar heridas.



Regreso a la escuela, universidad o trabajo



Los profesionales le indicaran cuando puede reintegrarse. Durante el tiempo que el niño no pueda concurrir a clase se le debe proveer material de



estudio y maestra domiciliaria.

- ❑ Es fundamental establecer contacto con los maestros e informarlos en relación a los cuidados específicos que deben tener con el niño.
- ❑ No usar los sanitarios comunes. Solicitar el uso del baño de docentes previa limpieza.
- ❑ No tomar agua del establecimiento.
- ❑ No comer en el comedor escolar.
- ❑ No compartir alimentos, vasos, cubiertos, platos.
- ❑ Enseñar al niño a no compartir con sus amigos alfajores u otras golosinas, no beber de la misma botella.
- ❑ Llevar su propia vianda con alimentos no perecederos, jugos pasteurizados, agua mineral en botella individual.
- ❑ No realizar actividad física competitiva. Solo podrá realizar actividad moderada, que no tenga riesgo de producir lesiones.
- ❑ No realizar tareas en Taller (carpintería, mecánica, torno, etc)



7. VACUNAS

En el trasplantedo

- ❑ Mantenga siempre actualizado el carné de vacunación. Asegúrese que cada vez que le apliquen una vacuna quede registrado.
- ❑ Trate de concurrir a centros de vacunación confiables para asegurarse la calidad de las vacunas. Lo ideal es comprarla en el mismo lugar en que se la va aplicar para asegurar la continuidad de la cadena de frío y la eficacia de la vacuna.
- ❑ **NO PUEDE** recibir vacunas que contengan microorganismos vivos (bacterias o virus), ya que podría desarrollar la enfermedad contra la que está siendo vacunado por encontrarse inmunosuprimido. Las vacunas son:
 - Triple viral o antisarampionosa.
 - Sabin oral.
 - Varicela.
 - Cólera.
 - Fiebre amarilla.
 - Fiebre tifoidea oral.



En los convivientes

El grupo familiar que convive con una persona trasplantada debe recibir vacunas para prevenir enfermedades que pueden transmitirse y ser de riesgo.

Siempre, la indicación de estas vacunas la debe efectuar el médico.

- **Vacuna contra varicela:** se administra a las personas que no tuvieron varicela, confirmado por análisis de sangre. Son 2 dosis separadas por 1 mes.
- **Vacuna antigripal:** se administra una dosis anual antes del comienzo del otoño.
- **Vacuna triple viral (sarampión, parotiditis, rubéola)**
 - Los niños deben recibir 2 dosis (al año y 6 años), solo se debe verificar que el esquema se cumplió.
 - En los adultos que no han tenido sarampión, confirmado por análisis de sangre o no han recibido 2 dosis de vacuna antisarampionosa.



Esté alerta y consulte en caso de:

Fiebre

Dolor de cabeza

Manchas en la piel

Rechazo de los alimentos

Decaimiento

Respiración agitada

Diarrea

Aparición de hematomas

Lesiones en la boca

**Contacto con alguna persona que se
encuentre incubando o tuviera varicela,
sarampión, herpes, hepatitis, tuberculosis
o cualquier enfermedad infecciosa.**



X. Bibliografía

IX.1. Bibliografía general.

- Aiken L.H y cols. (1995) Hospitales con Magnetismo: un mecanismo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. Enfermería Clínica.
- Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Editorial Doyma 1986.
- Andreu L. Force E. (2004) La enfermera y el transplante de órganos. Panamericana. España.
- Arroyo M. P., Cortina A. (1997) Ética y legislación en enfermería. 1º edición. Mc Graw Interamericana. España.
- Aukamp V. (1984) Planes de cuidados de enfermería materno infantil. Editorial doyma.1984.
- Bachelard G. (2000) La formación del espíritu científico. Editorial Siglo Veintiuno. 23ra.edición en español.
- Bottinelli M. M. (2003) Metodología de Investigación. "Herramientas para un pensamiento científico complejo". Autor editorial Buenos Aires.
- Balderas Pedrero M de la C. (2006) Administración de los servicios de enfermería. 4ª edición. Mc Graw Hill. México.
- Carpenito J. L. (1995) Diagnósticos de enfermería. 5ª edición. España. Interamericana.
- Campbell C. (1984) Diagnósticos de enfermería. Editorial Doyma.
- Castiglia V. (1998) Principios de la Investigación Biomédica. 2ª edición. Gráfica Sur Editora. Argentina.
- Degowin R. L. (1998) Exploración diagnóstica. 6ª edición. Interamericana México.
- Donabedian A. (1991) Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. 6 (2).



- Echazarreta S. (2008) Monografía: Gestión de la calidad del cuidado de enfermería. Asignatura: Gestión de calidad en Salud. Maestría en administración de servicios de salud. Universidad de Ciencias Empresariales. No publicada.
- Eco U. (2005) Cómo se hace una tesis. 6ª edición. Gedisa. España.
- Ediciones científicas y técnicas. Serie de manuales de enfermería. (1994) Administración de servicios de enfermería. Masson-Salvat. España.
- Iglesias G. y Resala G. (compiladoras) Adamovsky G. , Amado Suarez A. Bernhardt F., Bongiovanni M., Etkin E., Gabrinetti M., Peña G., Rodriguez R., Vazquez N. O. (2009) Trabajo final, tesis y tesinas: modalidades, estructura metodológica y discursiva, evaluación. 1° edición. Buenos Aires. Ediciones Cooperativas.
- Normas de calidad: ISO 9001:2008. Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.
ISO 9001:2000. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.
ISO 9004:2000. Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño.
ISO 9004: 2009 Gestión para el éxito sostenido de una organización.
ISO 9000:2005 Sistemas de gestión de calidad. Fundamentos y vocabulario.
ISO 19011:2011 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión.
- Iyer P. W, B. Taptich, D. Losey. (1993) Proceso y diagnóstico de enfermería. 2ª edición. Interamericana. España.
- Iyer P.W. (1986) Proceso de atención de enfermería y diagnósticos de enfermería. Editorial interamericana.
- Jara P. (2006) Transplante hepático en niños. Ergon. España.
- Juran, J. M. (1993). Manual de Control de la Calidad. Ed. McGraw-Hill. España.



- Kerouac S, Pepin J, Durcharme F, Duquette A, Major F. (1996) El pensamiento enfermero. Masson. Barcelona.
- La Monica E. L. (1994) Dirección y administración en enfermería. Un enfoque práctico. Mosby Doyma libros.
- Lemus J. D, Aragües y Oroz V. y col. (2006) "Auditoría Médica y Profesional Integral. La calidad de la atención en los servicios de salud". 1ª edición. Ed. Corpus. Rosario.
(2007) "Investigación en sistemas y servicios de salud". 1ª edición. Ed. Corpus. Rosario.
(2009) "Salud pública, sistemas y servicios de salud". 1ª edición. Ed. Corpus. Buenos Aires.
- Lobo Tamer. G et al. (2004) Evaluaciones nutricionales de pacientes sometidos a transplante hepático. Nutrición Hospitalaria. V.19, suplemento1. Madrid.
- Lora López, P. (2007) Funciones de la enfermera de trasplante hepático. Enfermería global N°10.
- Lovesio C. (2007). Actualización Libro virtual Intramed. Medicina intensiva. Editorial El ateneo. Buenos Aires.
- Marriner A. T. (1996) Administración y liderazgo en enfermería. 5ª edición. Mosby. España.
- Ortega. Suárez. (2006) Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación. Panamericana. México.
- Phaneauf M. (1999) La planificación de los cuidados enfermeros. Interamericana. México.
- Polit D, Hungler B. (1994) Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª edición. Interamericana. México.
- Varó J. (1994) Gestión estratégica de la Calidad en los servicios sanitarios. Ed. Díaz de Santos.
- Zárate Grajales R. A. (2004) La gestión del cuidado de enfermería.



IX. 2. Sitios web consultados.

- ✓ American Society of Transplantation. www.a-s-t.org.
- ✓ Enfermería global. www.um.es
- ✓ Hospital Universitario Austral. <http://www.cas.austral.edu.ar>.
- ✓ INCUCAI. Biblioteca. www.incucai.gov.ar.
- ✓ Index de enfermería. Edición digital. www.index-f.com
- ✓ Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. www.buenosaires.gov.ar
- ✓ Ministerio de Salud de la Nación. www.msal.gov.ar
- ✓ Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. www.ms.gba.gov.ar
- ✓ Municipalidad de Pilar. <http://www.pilar.gov.ar>.
- ✓ NANDA - I www.nanda.org
- ✓ Sociedad Argentina de Pediatría. www.sap.org.ar.
- ✓ Sociedad Argentina de Trasplantes. www.sat.org.ar.
- ✓ The International Liver Transplantation Society. www.ilts.org
- ✓ The International Transplant Nurses Society. www.itns.gov.
- ✓ The International Transplant Society. www.transplantation-soc.org



Firma y aclaración del alumno:

Firma y aclaración del Director o Tutor:

Firma y aclaración del Director de la Carrera:

Firma y aclaración del Secretario Académico: