

RESUMEN SESIÓN DE CUIDADOS SOBRE EL PACIENTE POTENCIAL DONANTE DE ÓRGANOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

CUIDADOS INTENSIVOS ORIENTADOS A LA DONACIÓN

El objetivo fundamental del mantenimiento del potencial donante es garantizar la viabilidad de los órganos.

- La familia y el potencial donante en sí mismo, son los verdaderos protagonistas de éste importante proceso lleno de generosidad y altruismo.
- Los cuidados y tratamientos del potencial donante se asemejan a los cuidados y tratamientos de cualquier paciente crítico

DONACIÓN EN ASISTOLIA.-

Tabla 5.4-1. Clasificación de donantes en asistolia

Categorías Maastricht

Tipo I Fallecido por parada cardiorrespiratoria fuera del hospital

Tipo II Tipo II.a. Parada cardíaca extrahospitalaria

Tipo II.b. Parada cardíaca intrahospitalaria

Tipo III A la espera de parada cardiorrespiratoria tras LTSV

Tipo IV Parada cardíaca imprevista en paciente ya diagnosticado de muerte encefálica

DONACIÓN EN MUERTE ENCEFÁLICA.-

Cese irreversible en todas las funciones de las estructuras neurológica intracraneales, tanto de los hemisferios como del tronco del encéfalo.

El diagnóstico de muerte encefálica se basa en .-

- Exploración clínica:
 - Coma profundo arreactivo.
 - Ausencia de reflejos de tronco encefálico.

- Exploración instrumental :

- Pruebas electrofisiológicas: BIS, EEG, Potenciales evocados
- Pruebas de circulación cerebral: Doppler transcraneal, Angio-TAC, Arteriografía cerebral.

Se realizan 2 exploraciones separadas de 6h entre una y otra o 1 exploración clínica acompañada de 1 exploración instrumental.

REFLEJOS DE TRONCO ENCEFÁLICO

La exploración se realiza bilateral y debe haber ausencia de todos y cada uno de ellos.

Reflejo vasomotor. Pupilas midriáticas arreactivas.

Reflejo corneal. Ausencia de respuesta palpebral y lagrimeo al estimular con una gasa estéril la cornea.

Reflejo oculocefálico. Los ojos acompañan al movimiento de la cabeza cuando se mueve de forma energética la cabeza.

Reflejo oculovestibular. No existe movimiento ocular cuando se irriga el oído con 50cc de suero frío.

Reflejo nauseoso. Ausencia de reflejo nauseoso. Se estimula con un depresor la lengua, úvula y orofaringe.

Reflejo Tusígeno. No existe amago de tos cuando se introduce una sonda por vía aérea para estimular la tráquea.

Test de atropina. La FC no supera el 10% la FC basal después de administrar atropina. Se administra un bolo de atropina de 0,4 mg/kg. NO ADMINISTRAR POR LA VÍA DE LAS AMINAS.

Test de apnea. Ausencia de respiración espontánea.

Se realiza una gasometría previa para ver los valores de PaCO₂ basal.

Puede realizarse de 2 formas:

- Se desconecta al paciente de la ventilación mecánica y se administra O₂ a través de una sonda. (7 Litros/min)
- Conectando al paciente en modo CPAP, vigilando que no salte la ventilación de seguridad. De esta forma evitamos la pérdida de presión en el pulmón y posibles atelectasias.

MANTENIMIENTO DEL POTENCIAL DONANTE DE ÓRGANOS

Es importante el correcto mantenimiento del donante porque de ello depende la viabilidad de los órganos.

La muerte encefálica supone una cascada fisiopatológica que incluye:

- Ausencia de respiración espontánea.

- Shock neurogénico por la pérdida de regulación vasomotora.
- Alteración hidroelectrolítica y hormonal.
- Pérdida de control de la temperatura corporal.

Para el correcto mantenimiento tenemos que hacer frente a las posibles complicaciones, adelantarnos a la cascada fisiopatológica:

Objetivos.

- PAS > 150 mmHg.
- Frecuencia cardíaca 100 lat/min.
- PVC > 10 – 12
- diuresis > 1 ml/kg/h.
- Temperatura > 35° C
- SatO2 > 95%.

Posibles complicaciones.

- Inestabilidad hemodinámica.
- Arritmias
- Trastorno hormonal. Diabetes insípida.
- Trastorno de la termorregulación. Hipotermia.
- Alteración de la diuresis. Oliguria.
- Alteración hematológica.
- Alteración respiratoria. Hipoxemia.

MANEJO HEMODINÁMICO.-