



PROTOCOLO DEL DONANTE VIVO DE HIGADO

Servicio de Anestesiología i Reanimació
Secció de ICMDM
Barcelona Novembre 2010

Visita preanestésica

Una vez el donante es considerado como donante en firme pasara la visita preanestésica. Lo principal de esta visita es el conocimiento del donante, ya que por definición el donante es una persona sana sin ninguna patología.

Dos puntos serán importantes: a) Conocer hábitos de comportamiento: alergias, fumador y/o costumbres “lúdicas”. b) La explicación secuencial en el tiempo de lo que se le realizara: premedicación, llegada al área quirúrgica y realización de la técnica epidural.

- Se le explicara lo que llevara cuando despierte: sonda vesical, sueros, PCA endovenosa. Se insistirá en que será muy importante que no tenga dolor por lo que no deberá tener miedo en aprovechar el sistema PCA y que, además, será visitado cada día para ir adaptando la analgesia a sus necesidades
- Es importante que se le explique la probabilidad de la presencia de dolor en el hombro derecho y la causa del mismo.

Se le deberá explicar la probabilidad de que pueda sentirse “raro”, generalmente entre el 2 y 3 día del postoperatorio y la probable causa.

Técnica anestésica.

La noche previa premedicación con valium y pantoprazol oral y en la mañana siguiente valium oral.

- Premedicación a su llegada al área quirúrgica con: polaramine, dexametasona, midazolam y valium. Se procederá a la administración epidural de morfina (entre 3.5 y 5 mg según la edad y sexo) y ketamina 50 mg. El espacio epidural aconsejable: T7-T10. Si por el motivo que fuera, el nivel de administración es mas bajo de T8 se administrara morfina exclusivamente.
- Inducción anestésica standard considerando la administración de ketamina 50 mg. Como relajante muscular de elección: cisatracurio. Tras la inducción anestésica se administrara la dosis de antibiótico y el ondansetron. Se colocaran las extremidades bien protegidas y los compresores neumáticos en las extremidades inferiores.
- Se canalizara la arteria radial izquierda y se colocara un catéter de 2 lúmenes en la vena basílica. Si no es posible la vena basílica se canalizara la yugular derecha con un catéter de 2 lúmenes.
- Monitorización hemodinámica. Imprescindible la presión arterial continua y la presión venosa central. De elección el Vigileo o con la técnica no invasiva NICO. Si no es muy imprescindible nunca se abordara la arteria femoral.
- La PVC se mantendrá siempre ≤ 5 mmHg. Según las características del donante se infundirá dopamina o dobutamina a dosis ≤ 4 ng/kg/min. Si es necesario para mantener la presión arterial media ≥ 70 mmHg y la PVC ≤ 5 mmHg, se administrara noradrenalina a dosis respuesta.
- Control de la temperatura esofágica manteniéndola ≥ 36.5 GC°. Uso de la manta térmica y sueros calientes.
- Hidratación. Cristaloides, plasmalyte y albúmina al 5% si se precisa.
- Se repetirá la dosis de antibiótico cada 3 horas.
- Se transfundirán 800 a 1000 ml de plasma fresco, siempre que sea autóloga. Si no tiene reserva autóloga no se transfundirá, siempre que la hemorragia no obligue a la transfusión sanguínea.
- La hemoglobina final deberá ser ≥ 8 mg/dl.

- Se procederá a despertar al donante en el quirófano y pasara a la URPA para control evolutivo. Mientras este en la URPA el donante deberá tener el compresor neumático de las extremidades funcionando y la infusión de dobutamina o dopamina. Las drogas vasoactivas se suspenderán en el momento del traslado del paciente a intermedios de la UCI hepática.

Tratamiento postoperatorio.

Hidratación: Ringer 500 ml/8 horas + glucosado 10% 500 ml/8 horas.

Protección gástrica: pantoprazol.

Vitamina K. Pauta de antibiótico.

Analgesia con PCA endovenosa. Paracetamol 1 g/12 horas.

A las 24 horas del postoperatorio: dosis profiláctica de heparina sódica.

Analgesia postoperatoria.

La analgesia con sistema PCA endovenosa se iniciara en el intraoperatorio, a las 2 horas de iniciada la intervención. Los fármacos aconsejables: tramadol 1 g + metadona 10 mg + ketamina 100 mg + ketorolaco 30 mg.

Podrán pasar dos familiares durante su estancia en la URPA. Posteriormente pasara a intermedios de la UCIH con el compresor neumático funcionando que no será retirado hasta que el donante pueda estar en sedestación. Cuando se movilice y se retire el compresor de las extremidades inferiores se seguirá con un compresor en la extremidad superior hasta que sea dado de alta hospitalaria.

Seguimiento del riesgo de trombosis.

Tras la inducción anestésica, se realizara un control basal de Extem del tromboelastograma. Cada día se realizara un Extem hasta el día de alta.

En caso de que la amplitud máxima (MCF) sea superior a 68 mm, se revisara la pauta de heparina profiláctica.