



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

### **Cómo citar este documento**

Muñoz Montaña MR, Durán Sánchez IM, Torres Muñoz RM. Manifestaciones óseas y dérmicas en Enfermedad Injerto Contra Huésped (EICH) Crónica. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(4). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0356.php>

## **MANIFESTACIONES ÓSEAS Y DÉRMICAS EN ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED (EICH) CRÓNICA**

Premio a la mejor ponencia. XII Congreso Nacional de la Asociación Nacional de Enfermería Hematológica (A.N.E.H). Celebrado del 4 al 6 de octubre de 2007. León (España)

**Resumen:****Objetivos:**

Dar a conocer la fisiopatología y el plan de cuidados de un paciente con Enfermedad injerto contra huésped (EICH) crónico de 8 años de evolución. Este paciente fue tratado en la Unidad Clínica de hematología de adultos del Hospital Universitario Virgen de Rocío (HUVR) de Sevilla, España.

**Material y métodos:**

Material: Plan de cuidados específicos para pacientes ingresados en la unidad clínica de hematología de adultos del HUVR; Diagnósticos enfermeros aprobados por North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) hasta la decimotercera conferencia; Clasificación de los resultados de enfermería según Nursing Outcomes Classification (NOC) y Clasificación de intervenciones de enfermería según Nursing Interventions Classification (NIC).

Métodos: Proceso de atención de enfermería en paciente con un EICH crónico, evolución según los resultados de la NOC y con las actuaciones de enfermería según la NIC.

**Resultados:**

Hemos obtenido un plan de cuidados destacando los diagnósticos enfermeros de los 8 años de evolución de su EICH crónico. Ha necesitado tratamiento médico y/o quirúrgico de distintas especialidades: hematología, dermatología, oftalmología, traumatología y rehabilitación.

**Conclusión:**

- Los enfermeros de clínica no tratamos a pacientes hematológicos crónicos, pero ellos sí que demandan el apoyo de profesionales familiarizados con su proceso.
- Este apoyo se podría cubrir si la enfermera de consultas pudiera hacer el seguimiento, dentro de sus competencias.

Palabras clave: Enfermedad injerto contra huésped crónico, Cuidados enfermeros

**Abstract** (Osseous and skin cues in chronic graft versus host disease C-GVHD)

**Aims:**

Conveying pathophysiology and the care plan for a patient with Chronic Graft Versus Host Disease (GVHD) evolving over eighth years. This patient was treated at the haematology unit for adults in the University Hospital "Virgen del Rocío" (HUVR) Seville, Spain.

**Material and methods:**

Material: Specific care plans for in-patients at the haematology unit for adults in the University Hospital "Virgen del Rocío" (HUVR). Nursing diagnoses approved by the North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) up to the thirteenth conference. Classification of nursing outcomes according to Nursing

Outcomes Classification (NOC) and classification of nursing interventions according to Nursing Interventions Classifications (NIC).

Methods: Process of nursing care for a patient with chronic GVHD, evolution according to NOC outcomes and nursing interventions according to NIC.

Results:

We have obtained a care plan highlighting the nursing diagnoses drawn from the eight years over which the patient's chronic GVHD evolved. He has needed medical and/or surgical treatment from various specialities: haematology, dermatology, ophthalmology, traumatology and rehabilitation.

Conclusion:

- Clinical nurses do not treat chronic haematology patients, but these patients do require the support of professionals who are familiar with their processes.
- This support could be provided if the consulting nurse could do follow-up within his/her area of competence.

Key Words: Chronic Graft versus host disease, Nursing care

## Ponencia EICH

Buenas tardes, soy Charo Muñoz, enfermera de hematología clínica de adultos del hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Antes que nada quiero agradecer al comité científico por invitarme a presentar este caso. Voy a tratar las:

“MANIFESTACIONES ÓSEAS Y DÉRMICAS, entre otras, EN ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED (EICH) CRÓNICO”, vamos a ver la evolución en el tiempo desde febrero de 1999 a septiembre del 2007 en cuatro partes:

- 1ª parte sobre el Diagnóstico y tratamiento de la leucemia
- 2ª parte, el Trasplante de médula
- 3ª aparición del EICH agudo
- 4ª el EICH crónico

### Diapositiva 1:



### 1ª Parte: Desde febrero a noviembre de 1999

Paciente varón, 14 años, con ligero sobrepeso que sufre un desvanecimiento en el colegio, lo llevan a urgencias y encuentran en la analítica más de 500.000 leucocitos/ml. Se le realiza una punción lumbar, sin hallazgos en LCR. Se queda ingresado para estudio y se le diagnostica LLA-L2 de origen T de alto riesgo.

Como Fundamentos teóricos sabemos: que dentro de las leucemias linfoblásticas se clasifican:

Según su morfología, en concreto el tamaño, pueden ser L1, igual que un linfocito normal, la L2, 2 o 3 veces más grandes que este y L3, mucho más grande.

Según su fenotipo, en relación con las características inmunes, se clasifican en 4 subgrupos:

- 1 y 2, de mejor pronóstico son las que proceden de células B inmaduras y se diferencian por un antígeno de superficie: con o sin CLLA;
- grupo 3 de células B maduras – se relacionan con los L3, son más raras y de muy mal pronóstico;
- y el 4º proceden de linfocitos T a maduros, se consideran de mala evolución aunque se han obtenido buenos resultados con quimioterapia agresiva. Son más frecuentes en varones jóvenes –como es nuestro

caso- con recuento de blastos bastante elevados en sangre periférica, masa mediastínica e infiltración en el SNC, que estos dos últimos no se dan en nuestro caso.

Recibió protocolo de PETHEMA para la leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo del 93, vigente en ese momento LAL-AR-93.

Diapositiva 2:

Plan de cuidados					
Fecha: 1996, Noviembre, 1996					
<b>00126: Conocimientos deficientes</b>	Fecha	Escala Likert (0):	Escala Likert (0):	Escala Likert (0):	
<input type="checkbox"/> Cambios del carácter <input checked="" type="checkbox"/> Proceso de enfermedad <input type="checkbox"/> Cuidados domiciliarios <input type="checkbox"/>		1: Ninguno 2: Escaso 3: Moderado 4: Sustancial 5: Extenso	1: Ninguno 2: Escaso 3: Moderado 4: Sustancial 5: Extenso	1: Ninguno 2: Escaso 3: Moderado 4: Sustancial 5: Extenso	
<b>Intervenciones de enfermería (NIC)</b>	<b>Código A/R</b>	<b>Criterios de resultados (NOC)</b>			
<b>5602 Enseñanza: proceso de su enfermedad</b>	A				<b>1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad (1)</b> Descripción del proceso de enfermedad
<b>5606 Enseñanza individual</b>	A				<b>1805 Conocimiento: conductas sanitarias (1)</b> Descripción de los signos y síntomas
<b>5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento</b>	A				<b>1805 Conocimiento: conductas sanitarias (1)</b> Descripción de cómo evitar la exposición a los riesgos medioambientales
<b>7400 Guías del sistema sanitario</b>					<b>1824 Conocimiento: asistencia médica (1)</b> Explicación de las medidas para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas
<b>Código: Intervención</b>					<b>1824 Conocimiento: asistencia médica (1)</b> Proceso de la enfermedad <b>Régimen terapéutico</b>

Y el plan de cuidados fue el habitual en pacientes de nuevo diagnóstico: entre otros destacamos los conocimientos deficientes en relación con el proceso de enfermedad, los resultados NOC, un 2 son escasos la descripción del proceso de enfermedad, de los signos y síntomas, de cómo evitar los riesgos ambientales y el régimen terapéutico. Nuestras intervenciones van encaminadas a la enseñanza proceso de enfermedad, enseñanza individual y enseñanza procedimiento tratamiento. La ansiedad en relación con el cambio en el entorno y en el estado de salud. Un 3, en ocasiones verbaliza la aceptación de la situación, modifica el estilo de vida cuando se requiere y refiere dormir de forma adecuada y un 4, con frecuencia busca información para reducir la ansiedad. Las intervenciones son: la escucha activa, aumentar el afrontamiento, humor, disminuir la ansiedad y el apoyo a la familia. Entre los problemas interdisciplinarios, son los habituales en un paciente de nuevo diagnóstico, náuseas y vómitos en relación con la quimioterapia, la hipertermia y la neutropenia que se mantuvo hasta el 7 de marzo. Se consiguió la remisión completa y fue dado de alta. Y se siguió en consultas externas.

En Octubre del 99: tiene una primera Recidiva de la enfermedad, y se consigue segunda Remisión Completa y de nuevo en noviembre aparecen signos de segunda Recidiva y consiguiéndose la tercera Remisión completa.

En cuanto a los factores de riesgo en nuestro caso:

- el tipo de Leucemia
- que haya tenido primera y segunda recidivas

Por lo que se plantea como tratamiento urgente un trasplante de Médula Ósea. Su situación es que tiene:

- un gran riesgo de recidiva
- no tiene hermano compatible y
- es idéntico fenotípicamente con su madre, por lo que se obtiene la Médula por movilización en sangre periférica.

## 2ª parte: Trasplante de Médula.

El paciente ingresa en la unidad el 3 de enero con sólo un con 0.04% de blastos en sangre periférica y un Karnofsky de 60 que mide una calidad de vida aceptable previa a trasplante.

El tratamiento de acondicionamiento más frecuente es la irradiación total corporal y la ciclofosfamida, aunque a veces se asocia tiotepa en pacientes de alto riesgo.

En el plan de cuidados activamos los conocimientos deficientes en relación con el procedimiento tratamiento y con los cuidados del catéter. Un valor de un 1 para la descripción del procedimiento tratamiento y para la descripción de los posibles efectos secundarios. Nuestras intervenciones van orientadas a la enseñanza procedimiento tratamiento, el baño más frecuente los días de tiotepa, como saben los de trasplante, se elimina por el sudor, enseñanza individual y enseñanza proceso de la enfermedad.

### Diapositiva 3:

PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES		Objetivo: Prevenir y/o detectar y/o tratar precozmente la aparición de signos-síntomas de:	
<b>C.P. NAÚSEAS Y/O VÓMITOS 2º</b> quimioterapia. Fecha Inicio: 8 Enero Fecha Termino: <i>Intervenciones de Enfermería (NIC):</i> = 2240 Manejo de la quimioterapia = 2300 Administración de medicación = 6650 Vigilancia	<b>C.P. HIPERTERMIA 2º</b> inmunosupresión postquimioterapia. Fecha Inicio: 8 Enero Fecha Termino: <i>Intervenciones de Enfermería (NIC):</i> = 2440 Manejo de dispositivos de acceso venoso = 4220 Cuidado del catéter central = 6540 Control de infección = 6550 Protección contra la infección = 6650 Vigilancia = 6680 Monitorización de signos vitales		
<b>C.P/PR: CISTITIS HEMORRAGICA 2º</b> Ciclofosfamida Fecha Inicio: 8 Enero Fecha Termino: <i>Intervenciones de Enfermería (NIC):</i> = 2240 Manejo de la quimioterapia = 4140 Reposición de líquidos = 4200 Terapia intravenosa = 6650 Vigilancia	<b>C.P/PR: EVOH (enfermedad de la venoclauva hepática) 2º</b> Ito, acondicionamiento Fecha Inicio: 8 Enero Fecha Termino: <i>Intervenciones de Enfermería (NIC):</i> = 7820 Manejo de muestras = 4200 Terapia intravenosa = 3590 Vigilancia de la piel = 6650 Vigilancia		

Los problemas interdisciplinarios habituales, destacar la cistitis hemorrágica por la ciclofosfamida y la intervención de la terapia intravenosa con el recate del mesna y la enfermedad venooclusiva hepática secundaria a tratamiento de acondicionamiento, y la perfusión de heparina profiláctica.

Los días siguientes con el tratamiento de acondicionamiento hasta el día 0, día de la infusión.

Los factores de riesgo de aparición del EICH son:

- Diferencias de sexo, donante múltipara o que ha recibido transfusiones, por el riesgo de sensibilización inmunitaria.
- La radioterapia
- La disparidad HLA
- Y el nº de LT.

En nuestro caso el parentesco es familiar, su madre con diferencia de sexo con el receptor, que ha tenido dos embarazos, pero no transfusiones previas. Además la médula materna no ha sido manipulada, es decir, no se han eliminado los Linfocitos T.

## Diapositiva 4:

7 Parte: Tópicos de Nefrología  
Enero 2000

**Caso Clínico**

18 Enero, día +7:

- Neutrófilos 0
- Exantema en tórax y abdomen
- Dec:

*Exantema citotóxico, puede derivar en EICH (Biopsiado)*

- Tto. EICH: inmunosupresor y cortdes.

El 18 de enero día +7, tiene 0 neutrófilos y le ha aparecido un exantema en tórax y abdomen. Se le diagnostica de exantema citotóxico, fue biopsiado y derivar a EICH. El tratamiento es aumentar inmunosupresores y corticoides.

El 22 de enero ya tiene 500 neutrófilos.

Y el 24 de enero día +13, por la recuperación hematológica y la aparición de nuevos síntomas, hipertensión arterial, creatinina >de 1 y diarreas. Pasa a la planta para el control del EICH hasta su alta el 11 de febrero día +32.

### 3º Parte: EICH aguda

El término de EICH se refiere a la reacción inflamatoria por las células del donante en contra distintos órganos, principalmente, piel, hígado o aparato gastrointestinal, aunque también en bronquios y glándulas exocrinas.

El EICH agudo se suele presentar entre el 7 y 21 días posteriores a la toma del injerto, que es cuando aparecen + de a 500 neutrófilos en s. p. En nuestro caso sería el +7 de la toma del injerto el día 29 de enero aunque en realidad aparecieron 11 días antes (18 enero).

## Diapositiva 5:

7 Parte: EICH Agudo  
Febrero 2000 / An

Fundamentos teóricos	Fundamentos teóricos
<p><b>EICH agudo:</b></p> <p>1. Reacción inflamatoria por las células donantes contra piel, hígado, aparato GI, bronquios, gl. exocrinas.</p> <p><b>EICH agudo:</b></p> <p>2. Síntomas precoces:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piel:</li> </ul> <p>Prurito, dolor presión, rash.</p> <p><i>Resolución: manchas hiperpig. residuales</i></p> <p><i>Progresión: en fondos, eritrodermia.</i></p>	<p><b>EICH agudo:</b></p> <p>2. Síntomas precoces:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hígado:</li> </ul> <p>Ictericia, hepatomegalia y Bilirrubinemia:</p> <p>Grado 1: &gt;2mg    Grado 2: &gt;3mg Grado 3: &gt; 6mg    Grado 4: &gt; 15 mg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinal:</li> </ul> <p>Náuseas, vómitos y Diarreas:</p> <p>Grado 1: &gt;500mtm    Grado 2: &gt;1000mtm Grado 3: &gt; 1500mtm    Grado 4: Dolor</p>

Los síntomas precoces en piel son prurito, dolor a la presión palmar o plantar y rash cutáneo.

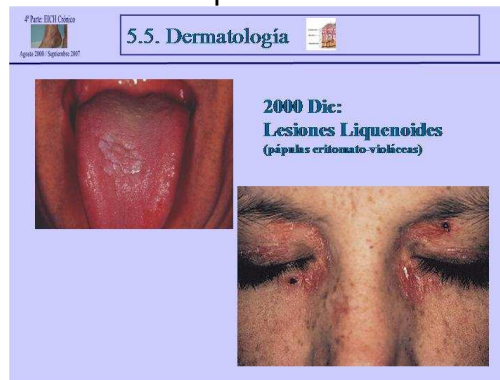
Si aparece en < de un 25% de superficie corporal será grado 1, y si es > del 25% será grado 2, se puede resolver y dejar manchas hiperpigmentadas residuales. Si la enfermedad progresa, aparecerá eritrodermia que si ocupa >50% será grado 3.





1. Hematología: En mayo 2001 y febrero 2002 presenta brote de EICH que se controló con tratamiento habitual y necesitó ingreso por dolor y meningitis en mayo 2002 y junio 2006, el resto de consultas para el control del EICH se evalúa la clínica, en la analítica si el % de linfocitos corresponde al donante, 100%, completo y derivación a los distintos especialistas según su sintomatología.
2. Traumatología: En febrero 2001 sufrió fractura de cadera en relación con los corticoides que fue intervenida en marzo, en octubre del 2002 infartos óseos, 2004 necrosis de rodilla y en 2006 destrucción severa de caderas, indican posponer lo posible la intervención quirúrgica.
3. Rehabilitación: desde los primeros meses necesitó sillas de rueda por miopatía secundaria a corticoides, después caminaba con bastones que no utilizaba correctamente y le produjo lesiones en rodilla y pie y al reeducar la marcha consiguió caminar sólo.
4. Oftalmología: Aparece exceso de lagrimeo y disminución de la visión en agosto 2003, se diagnostica doble cataratas intervenidas en marzo y mayo del 2004.
5. Dermatología: Las primeras lesiones aparecieron en diciembre del 2000 y se mantuvieron hasta diciembre del 2002. Son lesiones liquenoides que aparecen en mucosas, más frecuente dorso de la lengua con aspecto de liquen plano, zona periorbitaria y en 2001 descamación de prepucio que necesita ser intervenido de fimosis en noviembre.

#### Diapositiva 8:



Desde octubre del 2003 aparecen placas induradas, escleróticas y amarillentas, lesiones esclerodermiformes, con tratamiento tópico dermatológico y actualmente en prueba con la terapiafotodinámica también utilizada en cáncer de piel.

## Diapositiva 9:

5.5. Dermatología

2003 Oct:  
Lesiones Esclerodermiformes  
(placas induradas, escleróticas y amarillentas)



Marzo – Mayo 2007:  
Les. Esclerodermiformes  
TFD-MAL  
(Terapia fotodinámica + crema)

En el pronóstico de la EICH aguda es la primera causa de muerte en el 45% de los trasplantes alogénicos y en el EICH crónico si se ha presentado EICH agudo es de 11 veces pero, la persistencia de trombopenia signo de mal pronóstico y entre el 40-50% mueren en los 10 años postrasplante.

Si pudiéramos desarrollar un plan de cuidados habría muchas necesidades a cubrir pero he destacado tres diagnósticos: deterioro de la movilidad y los conocimientos deficientes, se habrían evitado lesiones con una educación sanitaria y la baja autoestima situacional, siempre que viene al hospital nos visita sin prisas, se sienta y le gusta que unos y otros le digamos lo bien que lo vemos.

Por lo que concluimos, que:

1. Los enfermeros de clínica no tratamos a pacientes hematológicos crónicos, pero ellos sí que demandan el apoyo de profesionales familiarizados con su proceso.
2. Este apoyo se podría cubrir si la enfermera de consultas pudiera hacer el seguimiento, dentro de sus competencias

Agradecimientos a la dermatóloga, hematólogo y administrativo de mi unidad por colaborar conmigo y a vosotros, muchas gracias.

## Diapositiva 10:

Manifestaciones Óseas y Dérmicas



en Enfermedad Injerto Contra Huésped Crónico  
EICH

Dr. J. J. García Roca  
Unidad de Trasplante  
Hematología, IISG, Sevilla