

LISTA DE VERIFICACIÓN TRASPLANTE

AL MOMENTO DE LA LLAMADA

- ☐ Ir a buscar hoja de asignación de donantes del
- ☐ Chequear si el paciente se encuentra **activo en la lista de espera**, colgada en cuarto médico
- ☐ Buscar la historia clínica de pre-trasplante (cajones de Sala 5)
- ☐ Llamar al **retén de trasplante**, que coordinará la llamada al paciente

LLAMAR AL PACIENTE

- ☐ Chequear **infecciones** en curso/ ATB previos/ contacto COVID
- ☐ Chequear estudio de **neoplasia**
- ☐ Chequear patología CV con **doble antiagregación**
- ☐ Chequear **transfusiones** en el último mes sin seroteca
- ☐ Chequear día de **última HD**
- ☐ Dejar al paciente **en ayuno** (cuidado diabéticos)
- ☐ Avisar a cirujano y coordinar horario de Block quirúrgico en conjunto con coordinador

LLEGADA PACIENTE AL HOSPITAL

- ☐ Importante decidir si se tiene que dializar: peso y K
- ☐ Extraer sangre c rutinas (Material complementario) y gasometría venosa para ver K
En caso de catéter: extraer retro cultivos
En caso de peritoneal: extraer recuento de líquido peritoneal y cultivo
- ☐ Hisopado para antígeno de SARS-CoV-2 y PCR rápido

☐	Avisar al residente de Laboratorio Clínico de PCR rápido (70 min), Si no se puede realizar en HC sale afuera del Hospital
☐	Realizar interrogatorio y examen físico para revisar complicaciones infecciosas, neoplásicas y cardiovasculares
☐	Realizar RxTx
☐	Realizar ECG
☐	Tacrolimus 0.15 mg /kg dividido en 2 dosis
☐	Firmar consentimientos informados: 1) FNR trasplante 2) HC 3) TR en situación COVID.
☐	Llamar a centro de diálisis para solicitar resumen
☐	Revisar resultados de exámenes de Laboratorio
☐	30 minutos previo a block: Metilprednisolona 500 mg en 100 cc de SF a pasar en 30 min
☐	Antes de subir profilaxis ATB Piperacilina / Tazobactam 4.5 g i.v o según cultivos previos

BLOCK QUIRURGICO

☐	Inducción: Timoglobulina o Basiliximab La timoglobulina va por VVC.
☐	Mantener adecuado aporte hídrico/ protección de FAV
☐	Tiempos de isquemia • Hora de extracción del riño de conservadora: es el fin de la isquemia fría e inicio de isquemia tibia • Hora de declampeo: fin de la isquemia tibia.

POSTOPERATORIO

☐	Chequear hemodinamia y vía aérea: MIRAR MONITOR • presión arterial • frecuencia • SaO₂ Mantener buena perfusión renal • Carga de suero salino / suero ringer lactato
☐	Chequear gasto de drenaje

	Chequear sonda vesical. - Jeringa urológica - SI globo, y sonda obstruida (Cambiar SV, llamar a urólogo) - Suero con lavados (SF a pasar por BIC cada 4 horas)
	Analgesia: Dorixina/ Dipirona/ Tramadol+Ondansentròn
	Solicitar por el sistema RxTx de control de catéter
	Solicitud de exámenes: al ingreso hemograma, ionograma y gasometría. Repetir hemograma y ionograma cada 8 horas en las primeras 24 horas, o según situación clínica. Se solicita crisis si presenta sangrado.
	Chequear protocolo quirúrgico y anestésico
	Reposición: - Evaluar cuanto fue la reposición de block que recibió - Si diuresis , reposición SF/SG 2 a 1 (En caso de HTA, se puede dejar I/I para disminuir aporte de suero) - En anuria: - o Guiada por hemodinamia - o Con buena hemodinamia, y bien repuesto. Se puede realizar Furosemide 100 mg i.v
	Ecodoppler de riñón trasplantado: - En caso de diuresis del injerto de puede diferir
	En caso de sangrado (gasto aumentado por el drenaje de la logia y/o distensión abdominal con dolor intenso. Se observa hipotensión, taquicardia e hipoperfusión periférica) Reposición para mantener volumen intravascular - hidroelectrolítica (SF / SRL hasta 3 L) - hematimétrica (según requerimiento): glóbulos rojos y eventual plasma 15 ml/kg - mantener hemodinamia si es necesario con noradrenalina Evaluar c / gasometría (es más rápida), hemograma Evaluar coagulopatía por consumo: crisis y en consulta con Hemoterapia (tromboelastometría, va en tubo de crisis) para pasar de una reposición empírica a una reposición guiada. Evaluar en conjutno con cirugía necesidad de reintervención quirúrgica.
	INDICACIONES - De acuerdo a evolución probar tolerancia a la vía oral a las 4 horas - Inmunosupresión: - o Tacrolimus - o 2º bolo de Metilprednisolona de 500 mg - Analgesia: - o Dipirona - o Dorixina - o Tramadol + Ondasentrón - Protección gástrica - Ondasentrón 8 mg si nauseas o vómitos - Gluconato de calcio 1 g i.v cada 8 horas - Bomba de insulina + SG al 10%

ANEXO 1 : ESQUEMAS DE INDUCCIÓN DE TRASPLANTE

ANEXO 2: ADMINISTRACIÓN DE DROGAS

Administración de timoglobulina

La dosis recomendada de Timoglobulina es: 1 a 1.5 mg/kg/día (dosis acumulada máxima total 6 mg/kg).

- Utilizar una vena de gran calibre (VVC o FAV).
- **Dilución** en 400 cc de suero salino al 0.9%.
- La **duración de la infusión debe ser de por lo menos cuatro horas por Bomba de infusión continua**, ya que las infusiones más rápidas se asocian a efectos adversos como rash, hipotensión y otras reacciones mediadas por liberación de histamina/serotonina. Las rápidas velocidades de infusión se han asociado a comunicaciones de reacciones adversas coherentes con síndrome de liberación de citocinas (SLC)
- **Premedicación** : 1 ampolla de Clonferinamina de 10 mg + 1 ampolla de Dipirona 1 g

Se pueden producir reacciones asociadas a la perfusión (RAPs) tras la administración de Timoglobulina y ocurrir tras la primera o segunda dosis del medicamento. Las manifestaciones clínicas de las (RAPs) han incluido algunos de los siguientes signos y síntomas: fiebre, escalofríos/temblores, disnea, náuseas/vómitos, diarrea, hipotensión o hipertensión, malestar, rash, urticaria y/o cefalea. Las RAPs de Timoglobulina suelen ser leves y transitorias, y se tratan disminuyendo la velocidad de infusión y/o administrando medicación como clonferinamina, hidrocortisona y en casos graves raros la adrenalina. **Esto se previene administrando corticoides, antihistamínicos y paracetamol.** https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/62650/Prospecto_62650.html

Administración de Basiliximab

- Se puede administrar por vía venosa periférica
- Se diluye en 100 cc de suero salino al 0.9% , idealmente 2 horas previo al declampeonato.

Bomba de insulina en caso de diabétes

Diabéticos bomba de insulina 100 UI en 100 cc de SF con control horario por HGT + SG al 10% 500 cc cada 12 horas

Glicemia capilar	Bomba de infusión continua a dosis estandard	Bomba de infusión continua a dosis aumentada
< 1g/l	Suspensión de la bomba	0
1-1,5	0.5 ml/h	1
1-5-2 g/l	1 ml/h	1,5-2
2-2,5 g/l	1.5 ml/h	2-2,5
2,5-3 g/l	2 ml/h	2,5-3
3-3,5 g/l	2,5 ml/h	3-3,5
> 4 g/l	3	3,5-4

1

FONDO NACIONAL DE RECURSOS
Medicina Altamente Especializada

Elección de IMAE

TRASPLANTE RENAL

TIPO: ☐ INGRESO A LISTA DE ESPERA ☐ TRASPLANTE

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ C.I.: _____

Edad: _____ Domicilio: _____

Departamento: _____ Localidad: _____ Tel.: _____

Nombre del médico: _____ C.I.: _____

COBERTURA FINANCIERA DEL ACTO MÉDICO DE "TRASPLANTE RENAL"

Tomo conocimiento que el "trasplante renal" se realiza con cobertura financiera del FONDO NACIONAL DE RECURSOS (FNR). El FNR tiene como cometido financiar ciertos actos médicos para todos los habitantes del país. El acto médico al que será sometido es realizado en los IMAE cuya lista se incluye a continuación y puede leerla o me ha sido leída:

☐ HOSPITAL DE CLÍNICAS ☐ SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL - INU

☐ HOSPITAL EVANGÉLICO

ELECCIÓN DEL IMAE: Se me hace saber que puedo optar por ser asistido en cualquier IMAE sin costo alguno de mi parte.

DERECHO A NO CONSENTIR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO: Se me informa que en cualquier momento y sin expresión de causa o explicación, puedo modificar la elección de IMAE.

Con la precedente información, dispongo y autorizo que el acto médico de "Trasplante Renal", al que será sometido, me sea realizado en el IMAE:

Firma del/de la paciente

Firma del médico/a tratante

CONDICIONES DEL PACIENTE QUE IMPIDEN RECABAR SU ELECCIÓN DE IMAE: En caso de que a juicio del médico existan condiciones que impidan recabar la elección de IMAE al paciente, el médico debe detallar los motivos a continuación y recabar la firma de un familiar, todo bajo su responsabilidad:

Nombre del familiar: _____ C.I.: _____ Edad: _____

Grado de parentesco: _____ Motivo por el que no firma: _____

Firma del familiar: _____

Versión enero 2022

Página 1 de 1

FONDO NACIONAL DE RECURSOS
Medicina Altamente Especializada

Consentimiento informado del paciente - Evaluación de resultados
Versión 1.6 de 12/1/2022

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE DATOS PERSONALES EN EVALUACIONES DE RESULTADOS SANITARIOS

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) es una persona pública no estatal creada en 1980 y regulado por la Ley 16.343 de 1992, cuya misión es financiar en forma eficiente procedimientos de medicina altamente especializada y medicamentos de alto precio, comprendidos en las normativas de cobertura vigentes, para los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, contribuyendo a la mejora de la calidad y la sostenibilidad económico-financiera del sistema.

El art. 465 de la Ley 19.355, faculta al FNR a realizar auditorías en las Historias clínicas de los pacientes de los institutos y entidades a quienes se les financian actos médicos o medicamentos con la finalidad de que las prestaciones asistenciales se desarrollen con los mejores estándares de calidad y de seguridad.

Para cumplir tal cometido, un equipo de técnicos del FNR realiza auditorías y evaluaciones de resultados de los procedimientos y medicamentos financiados.

Estas evaluaciones también pueden ser realizadas por entidades académicas o científicas debidamente avaladas por el FNR.

Para que esto último pueda llevarse a cabo, es necesario que usted otorgue el consentimiento a efectos de que la información que resulta de su tratamiento forme parte de las evaluaciones referidas.

La información que se utilice no identificará a su persona bajo ningún concepto, ya que los datos se manejan de forma innominada, es decir, anónima.

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento y sin expresión de causa alguna, sin que ello altere la cobertura financiera de esta institución.

Firma del/de la paciente

Por las razones expresadas, que he comprendido, puedo consentir:

Que la información que surge de los registros existentes en el Fondo Nacional de Recursos, en cuanto a la prestación que se me brinda actualmente, pueda ser utilizada por los técnicos del organismo o entidades académicas o científicas debidamente avaladas por el FNR, con el único objetivo de realizar evaluaciones de los resultados y manteniendo siempre la reserva de mis datos personales.

Firma del/de la paciente: _____ Aclaración: _____

Cédula de Identidad: _____ Fecha: _____

Prestación solicitada: _____

La sola firma habilita al uso de los datos. En caso de no consentir debe marcar en NO AUTORIZO ☐

En cualquiera de ambas situaciones se debe completar el formulario con todos los datos requeridos.

Firma del/de la paciente

Página 1 de 2

2