

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE TRASPLANTE CARDÍACO

ADULTOS - 15 años y más

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Nº de registro F.N.R. _____

Edad: _____ años _____ meses _____ días

Sexo: Femenino Masculino

IMAE _____

Fecha de autorización del F N R: ____/____/____

Fecha de realización : ____/____/____

EQUIPO

Nº de caja profesional _____ Dr. _____

Nº de caja profesional _____ Dr. _____

Nº de caja profesional _____ Dr. _____

ESTADO AL ALTA:

VIVO Fecha de alta del IMAE: ____/____/____

Pasa a: Institución de origen Domicilio Otro

FALLECIDO Fecha de fallecimiento: ____/____/____

Lugar: Block UCI Otro

Causa de fallecimiento: Cardíaca Pulmonar
 Neurológica Sangrado
 Vascular Otra _____
 Infecciosa
 DOM no infecciosa

PROCEDIMIENTO REALIZADO

DATOS DEL DONANTE:

Edad _____ años

Sexo: Femenino Masculino

Peso _____ kg. Talla: _____ IMC _____

Causa de muerte: TEC
 ACV
 PCR
 Otra _____

Serología y otros estudios del donante:

VIH: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

AgHBs: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

AcHBs: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

AcHBc: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

AcHVC: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

PCR viral: (Si AcHVC es positivo)
Resultado: Positivo Negativo

CMV: NO SI
IgG: Positivo Negativo
IgM: Positivo Negativo

VDRL: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

CHAGAS: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

TOXOPLASMA: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

EPSTEIN BARR: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

HERPES ZOSTER: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

PPD: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

IGRA: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

MARCADORES ONCOGÉNICOS: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

HERPES SIMPLE: NO SI
Resultado: Positivo Negativo

HTLV I O II NO SI
Resultado: Positivo Negativo

DATOS DEL RECEPTOR:

Asignación: Coordinación Urgencia Emergencia

Procedencia: Ambulatorio Internación en cuidados moderados Internación cuidados intensivos

DATOS DEL ÓRGANO TRASPLANTADO:

Tiempo de isquemia fría: ___ __ horas ___ __ minutos

Solución de preservación: HTK Otra _____

DATOS DE CEC Y SOPORTE

Uso de CEC: No Si Tiempo de clampeo: _____ min. Tiempo de perfusión: _____ min.

Necesidad de reingreso a CEC? No Si Causa: _____

Uso de BIAC: No Si

Inserción: Preop.
 Intraop.
 Postop.

Indicación: angor inestable salida de BCP
 Inestab.hemdinámica profiláctico
 soporte para PTCA

Oxigenador: No Si Burbuja Membrana

Dispositivo de asistencia ventricular: No Si Asistencia: VI VD Biventricular

Duración de la cirugía: ___ __ hs ___ __ min

ANESTESIA

FACTOR DE RIESGO ANESTÉSICO: Clasificación de el ASA: I II III IV

Cardioversión eléctrica: SI NO
 Salida de BQ con marcapaso: SI NO
 Hipertensión arterial: SI NO
 Hipotensión arterial: SI NO
 Inotrópicos o vasopresores: SI NO
 Bomba de insulina: SI NO
 Óxido nítrico: SI NO

Arritmia: Taquicardia > 120 cpm TV./flutter/fib.ventricular
 Bloqueo A-V otras

Gasometría arterial: normal acidosis hipercapn alcalosis hipoxemia

EVENTOS INTRAOPERATORIOS

Fallo primario
 Rechazo hiperagudo
 Reapertura
 Sangrado médico
 Sangrado quirúrgico
 Reposición con hemoderivados

Disfunción del DV
 Disfunción del VI
 Disfunción biventricular
 Lesión de grandes vasos
 Laceración pulmonar
 Otro _____

POSTOPERATORIO

Soporte inotrópico > 24 hs.: No Si Ventilación asistida: ____/____ (hs / dias)

Días de estadía en: UCI: ____ CI: ____ UC: ____

Bomba de insulina: SI NO

Valor más alto de glicemia en la internación: ____ mg/dl

Número de drenajes: ____

Biopsia endomiocárdica: SI NO

Otros procedimientos postoperatorios? No Si Especificar: _____

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: NO SI

Rechazo del trasplante agudo Rechazo del trasplante crónico

Re intervención: NO SI
 por sangrado médico
 por sangrado quirúrgico
 por dehiscencia esternal
 por otras causas cardíacas
 por causas no cardíacas.

Infecciosas: NO SI Esternón- superficial Esternón- profunda Viral
 Mediastinitis Urinaria Endocarditis
 Neumonía Fiebre sin causa aparente Otra _____
 Sepsis Bacteriemia
 Infección por catéter Endovascular

Neurológicas: ACV Disfunción neurológica posoperatoria
 Convulsiones Otra _____

Pulmonares: Derrame pleural T.E.P. Neumotórax
 Edema pulmonar Distress respiratorio Otras _____

Renales: Falla renal aguda → Requirió hemodiálisis Creatinina más alta: __ __, __ __ mg/dl

Vasculares: Disección aórtica Isquemia aguda de MMII
 Disección femoral o ilíaca Otra _____

Abdominales: hemorragia digestiva colecistitis
 isquemia mesentérica otra _____

Cardíacas: Bloqueo AV → MP transitorio MP definitivo Fallo
 Taponamiento PCR TV
 Fibrilación auricular Flutter auricular FV
 Insuf. Cardíaca congestiva IAM Derrame pericardico
 Otro _____

Otras complicaciones: Coagulopatía perioperatoria Toxicidad por fármacos
 Falla multiorgánica Otra _____

TRATAMIENTO Y PROFILAXIS

Tratamiento de inducción: No Si Cuál? Inmunoglobulinas polivalentes
 Inmunoglobulinas Anti Timocito
 Ac monoclonales Anti CD25
 Otro _____

Tratamiento de Mantenimiento: No Si Cuál? Azatioprina Ciclosporina
 Micofenolato mofetil Tacrolimus
 Micofenolato sódico Everolimus
 Otro corticoide Otro _____

Tratamiento de rechazo: No Si Cuál? Metilprednisolona Inmunoglob. polivalentes
 Inmunoglob. Anti Timocito Plasmaféresis
 Otro _____

Estaninas: No Si

Profilaxis antibiótica preoperatoria?: No Si Cuál ATB? _____
Profilaxis antibiótica intraoperatoria?: No Si Cuál ATB? _____
Profilaxis antibiótica postoperatoria : No Si Cuál ATB? _____

Requiere profilaxis para M. Tuberculosis? No Si Cuál? Isoniacida + vitamina B6/piridoxina
 Otro _____

Requiere estrategias para CMV? No Si Cuál? Profilaxis
 Terapia anticipada
 Tratamiento de enfermedad

Requiere tto o profilaxis para HVS y VVZ? No Si Cuál? Profilaxis
 Tratamiento
Cuál fármaco? Aciclovir
 Valaciclovir
 Otro _____

Requiere tto o profilaxis para Pneumocystis Jiroveci y toxoplasmosis? No Si Cuál? Profilaxis
 Tratamiento
Cuál fármaco? Cotrimoxazol + ácido fólico /leucovorin
 Otro _____

Requiere tto o profilaxis para Aspergillus spp? No Si Cuál? Profilaxis
 Tratamiento
Cuál fármaco? Caspofungina
 Voriconazol
 Anfotericina B desoxicolato
 Anfotericina B liposomal
 Itraconazol
 Otro _____

Requiere tto o profilaxis cándida spp? No Si Cuál? Profilaxis
 Tratamiento
Cuál fármaco? Fluconazol
 Caspofungina
 Voriconazol
 Anfotericina B desoxicolato
 Anfotericina B liposomal
 Itraconazol
 Nistatina oral
 Otro _____

Requiere tratamiento para Chagas? No Si Cuál? Benznidazol
 Nifurtimox
 Otro _____

Otros tratamientos? No Si Cuál? _____

Plan de vacunación acorde a pautas del MSP? No Si

OBSERVACIONES