



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



"Anestesia y reanimación en el trasplante de páncreas"

Dra. Azucena Pajares
S. Anestesia-Reanimación
H. La Fe

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 10 de Mayo de 2011



La Fe
Hospital
Universitari
i Politècnic

I. TRASPLANTE PANCREAS

II. INDICACIONES

III. VALORACIÓN PREANESTESICA

- Patología derivada de la diabetes mellitus



VI. ANESTESIA DEL TRASPLANTE PANCREATICO

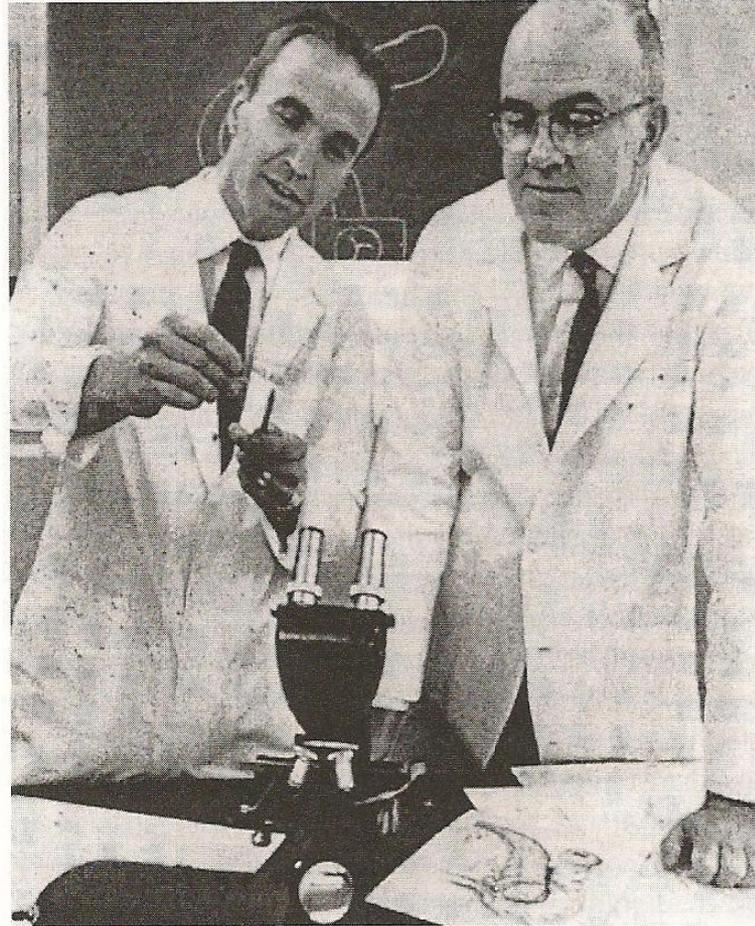


V. REANIMACION EN EL TRASPLANTE PANCREAS



1º Trasplante de páncreas

**Richard
Lillehei**



**William
Kelly**

Universidad de Minnesota – 1966

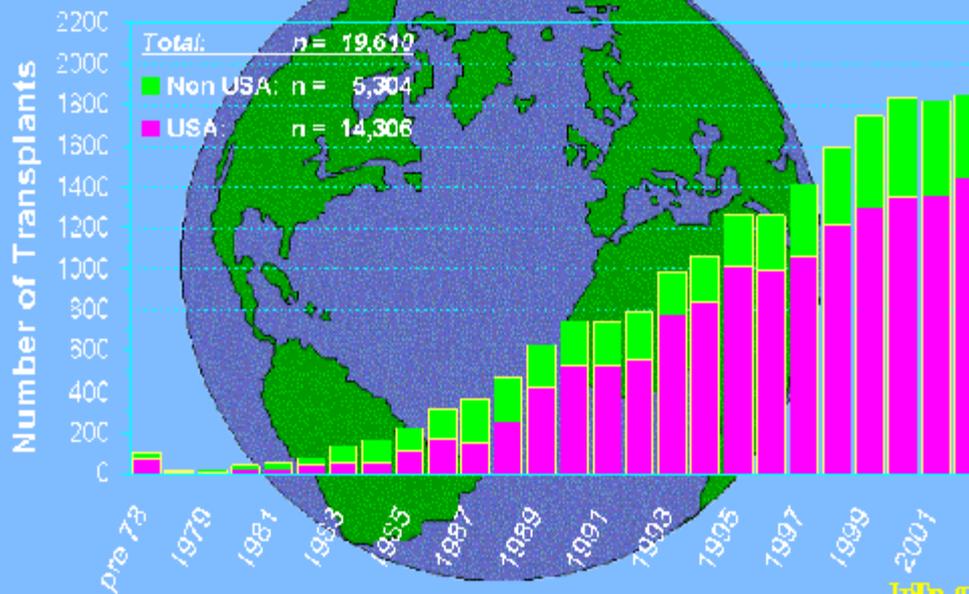
SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 3 de Mayo de 2011



International Pancreas Transplant Registry



Pancreas Transplants Worldwide

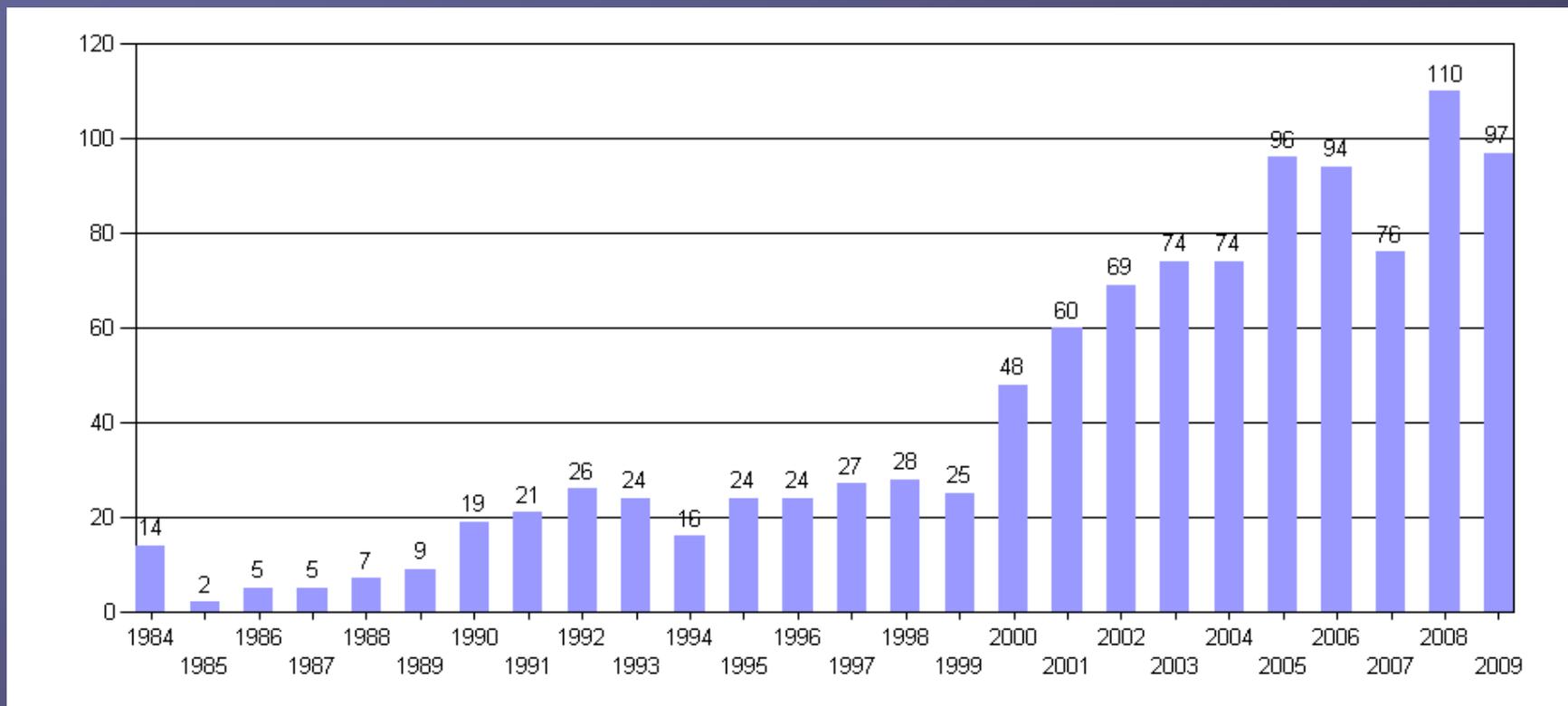


1491

1973/2008



TRASPLANTE PANCREATICO EN ESPAÑA



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 3 de Mayo de 2011

TRASPLANTE PANCREATICO EN ESPAÑA

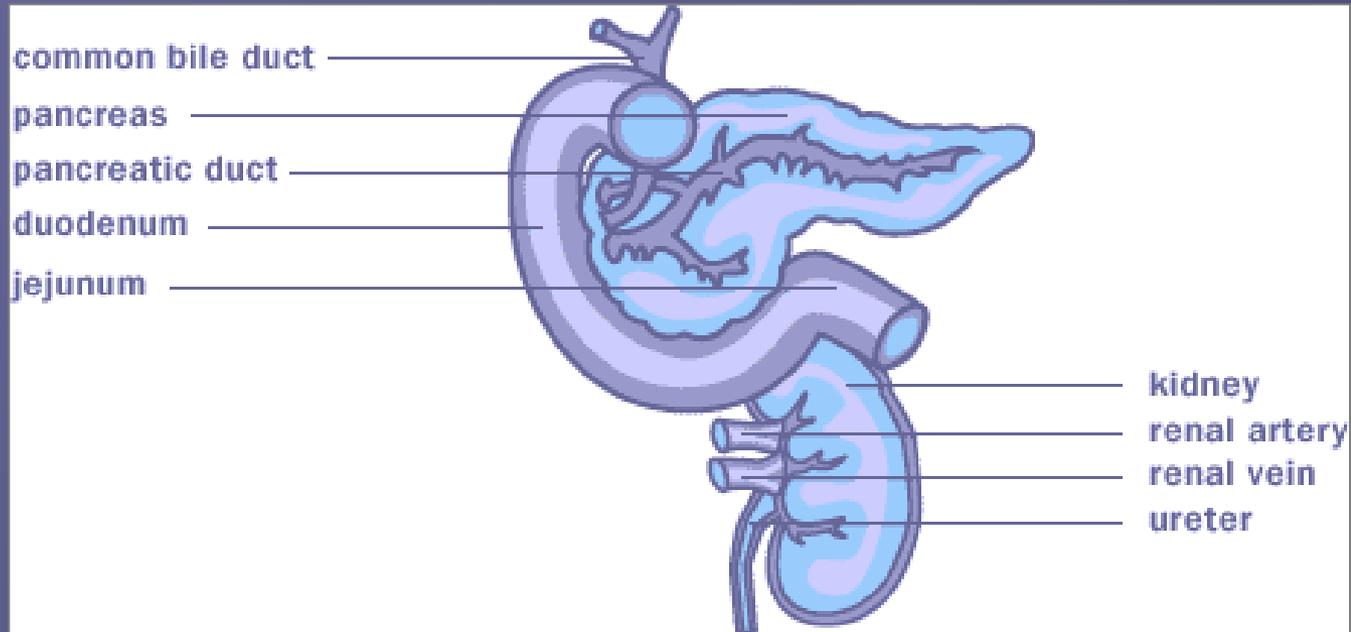
- **Fernandez Cruz (Clínic Barca)- 1984**



- **Mir (LA FE Valencia)- 2002**



TIPOS DE TRASPLANTE DE PANCREAS



Trasplante combinado y simultaneo con el de riñón (SPK)

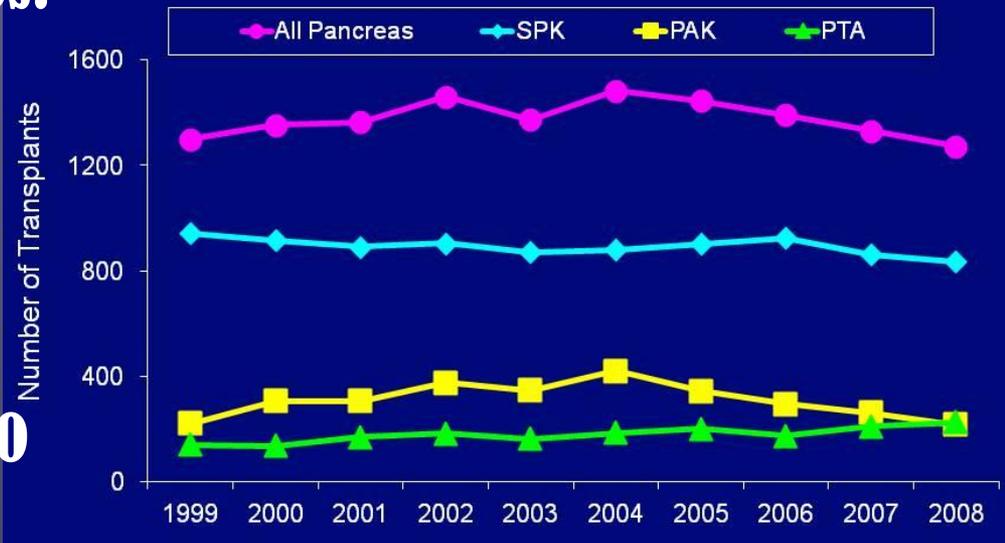
Trasplante pancreático en pacientes con Tx renal previo funcionando (PAK)

Trasplante aislado de páncreas (PTA)

En la actualidad el TxP se contempla en tres situaciones:

- Trasplante combinado y simultaneo con el de riñon (SPK)
- Trasplante pancreático en pacientes con Tx renal previo funcionando (PAK)
- Trasplante aislado de páncreas (PTA)

Figure III-10. Pancreas Transplants, by Transplant Type, 1999-2008



Source: 2009 OPTN/SRTR Annual Report, Tables 6.4, 7.4, 8.4.



I. TRASPLANTE PANCREAS

II. INDICACIONES

III. VALORACIÓN PREANESTESICA

- Patología derivada de la diabetes mellitus



VI. ANESTESIA DEL TRASPLANTE PANCREATICO



VII. REANIMACION EN EL TRASPLANTE PANCREAS



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 3 de Mayo de 2011



INDICACIONES

Las concentraciones de péptido C son un mejor indicador del funcionamiento de las células beta que la concentración periférica de insulina.

Diabetes Mellitus tipo I
(Peptido C <0,5 ng/ml)

Moby (Maturity Onset Diabetes of the Young)

Tabla 1

Clasificación de la Diabetes

Diabetes tipo 1 (DM1D) Déficit absoluto de secreción de insulina:

- * 1A Autoinmune (marcadores genéticos y de autoinmunidad)
- * 1B Idiopática (No autoinmune. Poco frecuente)

Diabetes tipo 2 (DM2D) Grupo heterogéneo caracterizado por grados variables de:

- * Resistencia a la insulina
- * Fallo de la célula beta (déficit no autoinmune de secreción insulínica)
- * Aumento de producción hepática de glucosa

Diabetes gestacional ~4-10% de embarazos. Riesgo de DM tipo 2 (30-60%) en el futuro

Diabetes tipo MODY (6 variantes) Mutaciones de genes de factores de transcripción o de glucokinasa Autosómica dominante. Déficit de insulina.

Defectos genéticos de la acción de la insulina

- Insulin-resistencia tipo A
- Diabetes lipoatrófica
- S. de Rabson-Mendenhall

Pancreopatías: Pancreatitis crónica. Pancreatectomía, Hemocromatosis, Neoplasias, Fibrosis quística

Endocrinopatías: Acromegalia, S. Cushing, S. Ovario, Poliquístico, Feocromocitoma

Inducida por Fármacos y Drogas: Corticoides, Ácido Nicotínico, Diazóxido, Inhibidores proteasa

Síndromes genéticos asociados a diabetes: Down, Klinefelter, Turner, Prader-Willi, etc.

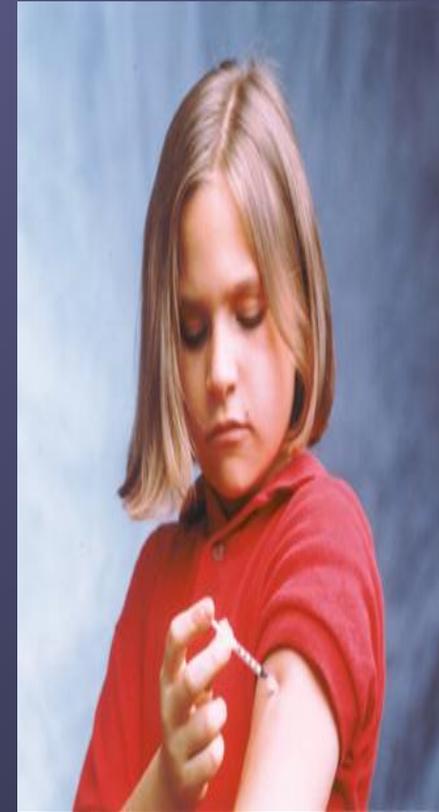
• Pac

- ✓ Juvenil (< 30 años)
- ✓ Inmunológica
- ✓ Varones
- ✓ Brusca
- ✓ IMC normal
- ✓ Nula reserva pancreática
- ✓ Dependencia de insulina
- ✓ Herencia familiar rara
- ✓ No enfermedades asociadas



INDICACIONES

- Ausencia de vasculopatía periférica grave o coronariopatía severa
- Sin neuropatía incapacitante motora o autonómica
- Edad del paciente : 45 \pm años.



Estabiliza las lesiones de retinopatía o incluso de mejorarlas si no son muy avanzadas, mejora la neuropatía y previene el desarrollo de nefropatía en el injerto renal

VENTAJAS DEL TRASPLANTE

- **Eliminación de necesidad de insulina exógena**
- **Desaparición de los controles de glucemias diarios**
- **No restricciones dietéticas**
- **Ausencia de complicaciones agudas de hipo o hiperglucemia**
- **Reversibilidad parcial de problemas neurológicos y/o vasculares**
- **Mejora la supervivencia**
- **Buena calidad de vida**

I. TRASPLANTE PANCREAS

II. INDICACIONES

III. VALORACIÓN PREANESTESICA

– Patología derivada de la diabetes mellitus

VI. ANESTESIA DEL TRASPLANTE PANCREATICO

VII. REANIMACION EN EL TRASPLANTE PANCREAS



CIRCUITO DEL PACIENTE CANDIDATO A T. PANCREÁTICO

Presentación del paciente
en sesión multidisciplinar:

Cirugía
Endocrino
Nefrología
Anestesia

Discusión de pruebas
Complementarias
Necesidad más pruebas?

Reevaluación
A los 3 meses si
No trasplante

Inclusión en lista
de trasplante.
Consulta preanestésica
Consentimiento informado

Trasplante páncreas

II. VALORACIÓN PREANESTÉSICA

- Anamnesis general y por sistemas
- Exploración física
- Patología derivada de la diabetes mellitus
- Pruebas analíticas
- Pruebas complementarias
- Valoración de nuevas pruebas

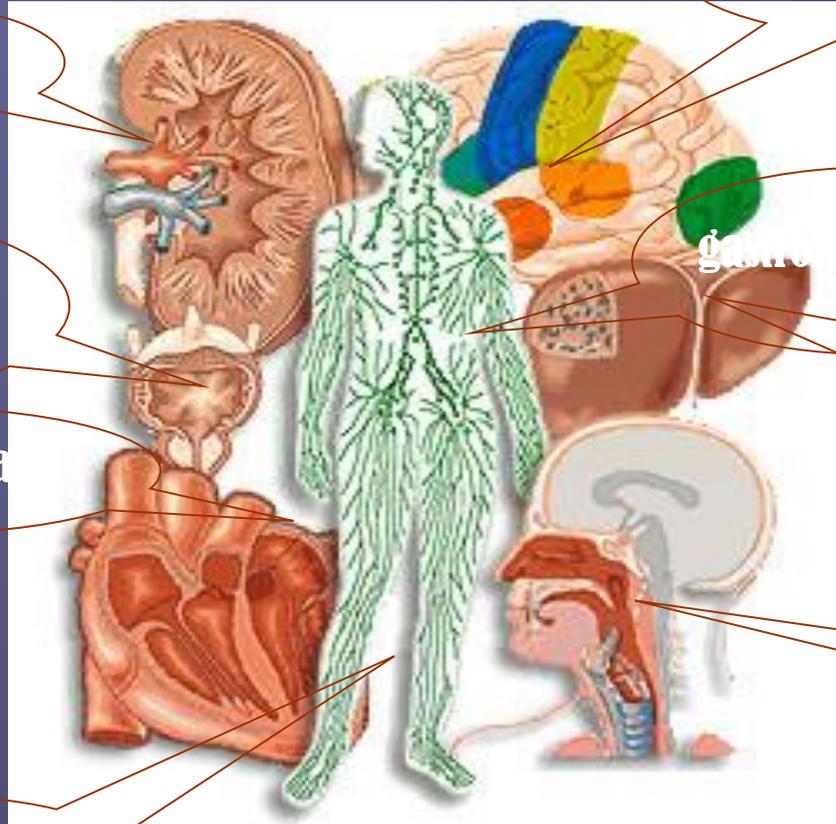


Anamnesis

- **Peso, talla, IMC.**
- **Alérgias**
- **Intervenciones previas**
- **Hábitos tóxicos**
- **Transfusiones previas**
- **Control de la diabétes, dosis insulina diária...**



Exploración física



hipertensión

neurológicos

Alteración vesicales
y eréctil

gastrointestinales

enf coronaria

trastornos hepáticos

músculo-esqueléticos,
articulares

Vía aérea

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 3 de Mayo de 2011

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS BASICAS

- **Analítica completa.**
- **Rx tórax.**
- **Ecg.**
- **Serología.**



Patología derivada de la diabetes mellitus VÍA AÉREA

- **Síndrome de la articulación rígida: Stiff Joint Syndrome:**
 - prueba de las impresiones de la palma de la mano
 - grado de rigidez de las articulaciones en la columna cervical y del cartílago laríngeo



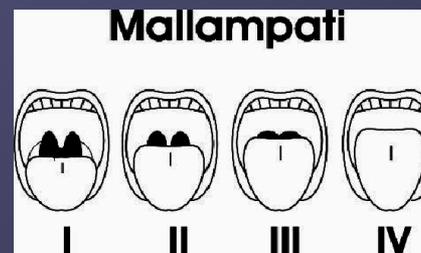
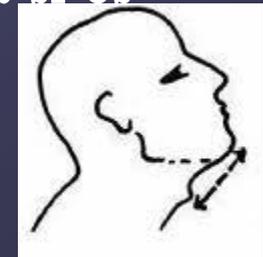
SIGNO DEL REZO O PLEGARIA

Patología derivada de la diabetes mellitus

- **VÍA AÉREA**

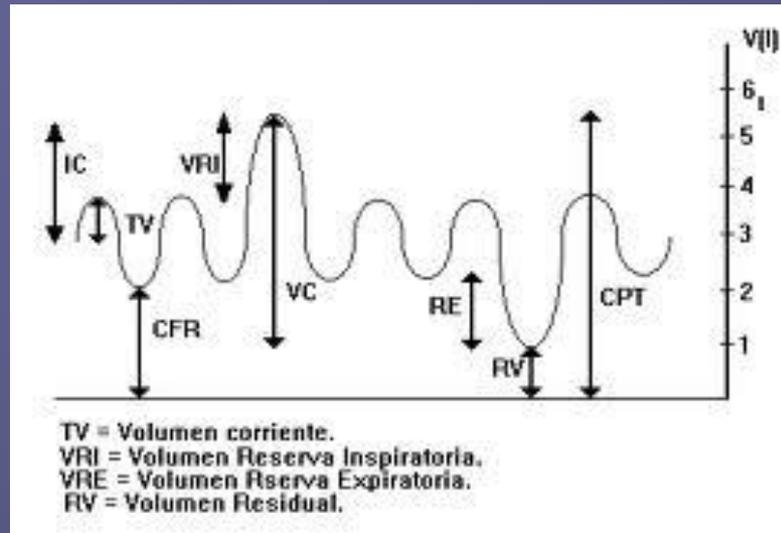
- **solicitar :**

- **Rx de columna cervical de frente y perfil en hiperextensión**
- **Exploración de la apertura bucal.**
- **Distancia tiro - mentoniana: sospechar dificultades si es menor a 6 cm.**
- **Prueba de Mallampati**



Patología derivada de la diabetes mellitus

- PFR



Disminución de los volúmenes pulmonares y baja capacidad de difusión (DLCO)

Patología derivada de la diabetes mellitus

- **Gastroparesia : retardo del vaciado gástrico incremento del riesgo de broncoaspiración durante la inducción anestésica.**
- **Realizamos:**
 - **inducción de secuencia rápida con la administración preoperatoria de metoclopramida y de anti H2 para reducir la acidez gástrica.**

Patología derivada de la diabetes mellitus

- **Microangiopatía:**

- **Retinopatía :** capacidad visual, fondo ojo, intervenciones previas.

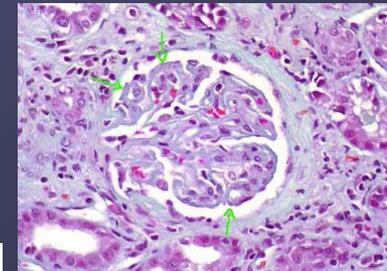


- **Nefropatía:** glomeruloesclerosis → estadiaje

Predialisis o candidatos a T. pancreato-renal.

- **Neuropatía :**

- **Periférica o somática :**
- **Polineuropatía distal y simétrica**
- **Mononeuropatía**
- **Mononeuropatía múltiple**
- **Autónoma**



NEUROPATIA PERIFÉRICA O SOMÁTICA

- **Distribución en guante- calcetín, obliga a una colocación cuidadosa del paciente y a la prevención de zonas de necrosis por presión .**



Valoración clínica de neuropatía somática que incluya score de la Universidad de Michigan (MNSI), determinación del umbral de percepción vibratoria mediante neurotesiómetro Horwell (VPT), y evaluación mediante monofilamentos de Semmes-Weinstein y diapasón calibrado de Rydel Seiffer. Se incluirá también determinación de velocidad de conducción nerviosa sensitiva y motora (EMG).

NEUROPATIA AUTONÓMICA DIABÉTICA

- 40 % de los diabéticos tipo I (pocos con stas).
- sensación precoz de saciedad.
- ausencia de sudación.
- impotencia
- ausencia de la modificación del pulso con la inspiración o maniobras ortostáticas.
- isquemia de miocárdio indolora.



NEUROPATIA AUTONÓMICA DIABÉTICA



la alteración de al menos dos pruebas para el diagnóstico de neuropatía autonómica cardiovascular.

PRUEBAS CLÍNICAS:

Se incluirá valoración de neuropatía vegetativa idealmente mediante Cardionomic.

Hipotensión postural con descenso de la presión arterial superior a 30 mmHg y taquicardia en reposo durante los cambios posturales.

La diferencia entre la frecuencia cardíaca máxima y mínima durante la inspiración profunda suele ser de 15 lat / min. pero en los pacientes con afectación autonómica es de 5 lat / min. o incluso menor

MACROANGIOPATIA

- **Coronariopatía,**
- **Vasculopatía: nefropatía.**
- **Alteraciones cerebro - vasculares**



CORONARIOPATIA

- Más frecuente en las mujeres diabéticas .
- Episodios de isquemia silentes.
- No es en sí una contraindicación para el trasplante salvo disfunción ventricular irreversible con gasto cardiaco bajo.



PRUEBAS:

1. ECG

2. Gammagrafía con Talio y dipiridamol.

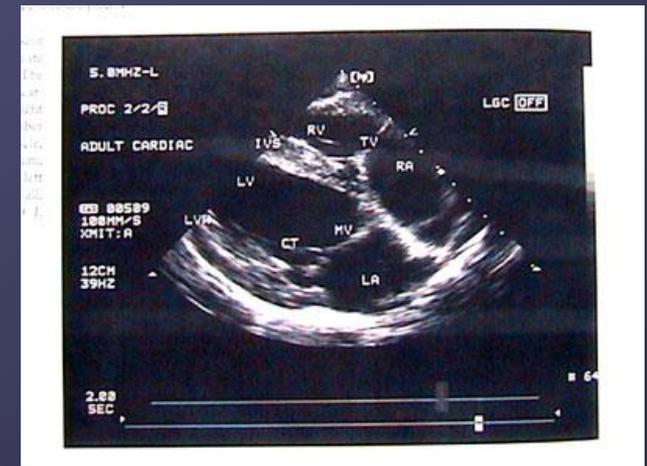
3. Ecocardiografía :

el agrandamiento del diámetro del ventrículo izquierdo al final de la diástole

la hipertrofia del ventrículo izquierdo

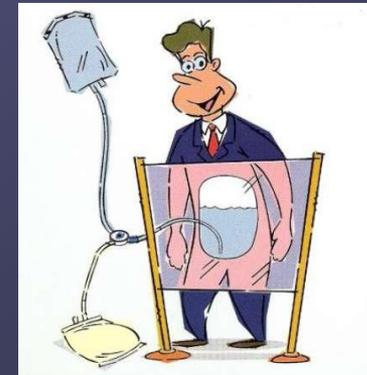
4. Ecocardiografía de stress con dobutamina

5. CORONARIOGRAFIA.



Nefropatía

- **Insuficiencia renal crónica:**
 - **Técnica de depuración renal:**
 - **Hemodiálisis: proteger fístula A-V, valorar problemas de accesos venosos, estado hidroelectrolítico (Urea, K+), peso seco.**



- **Diálisis peritoneal: valorar hiperhidratación pretrasplante**

I. TRASPLANTE PANCREAS

II. INDICACIONES

III. VALORACIÓN PREANESTESICA

- Patología derivada de la diabetes mellitus



VI. ANESTESIA DEL TRASPLANTE PANCREATICO



VII. REANIMACION EN EL TRASPLANTE PANCREAS



PREOPERATORIO INMEDIATO

¡¡CIRUGIA URGENTE!!

- **1. Ansiolisis preoperatoria**
- **2. Broncoaspiración. Metoclopramida 10 mg/ IV y anti H2 (Ranitidina) 30´ minutos antes de la inducción.**
- **3. Colocación cuidadosa del paciente para evitar la necrosis por presión debido a la neuropatía periférica.**
- **4. Protección del brazo portador de la fístula A - V si la hubiere, mediante almohadillado.**
- **5. Prever y valorar una intubación difícil. Preparar el material necesario.**
- **6. Prever labilidad hemodinámica bien por la neuropatía autónoma que pueden sufrir los pacientes diabéticos, bien por las alteraciones cardiovasculares concomitantes.**
- **7. Valorar los trastornos hidroelectrolíticos tras la diálisis.**
- **8. Valorar la anemia y la necesidad transfusional.**
- **9. Valorar las alteraciones de la coagulación y sus alternativas terapéuticas.**



PREOPERATORIO INMEDIATO

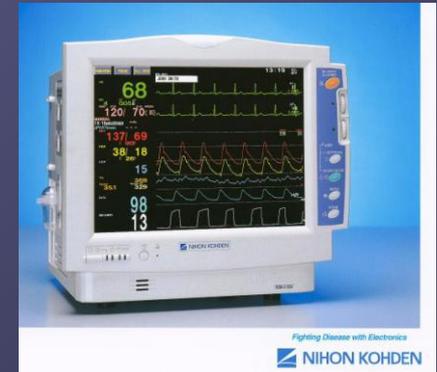
¡¡CIRUGIA URGENTE!!

**INMUNOSUPRESIÓN: metil-prednisolona 500mg. iv. antes de ir a quirófano,
micofenolato mofetil 1gr. , tacrolimus 0´1 mg/kg 4 horas antes de ir a quirófano
basiliximab 20 mg iv. 20- 30 minutos antes.
Profilaxis antibiótica: cefotaxima 1 gr/IV**



MONITORIZACION INTRAOPERATORIA

- ECG continuo con derivación DII y V5.
- Pulsiosimetría.
- BIS.
- Capnografía.
- Analizador de gases anestésicos.
- Monitor de la relajación muscular
- PAP y gasto cardiaco continuo / PVC



ACCESOS VASCULARES

- **Vía periférica 16 G.**



- **Catéter para vía venosa central de alto flujo.**



- **Catéter de Swan – Ganz**



(valorar individualmente la indicación de su colocación).

- **Vía arterial radial en el lado contralateral a la FAV.**

CONTROLES ANALITICOS INTRAOPERATORIOS

- Cada 1- 2 horas para control de hematocrito, hemoglobina, iones, glucemia, gases arteriales y equilibrio acido-base.

Valores de Gases en Sangre			
pH	7.456		
pCO ₂	34.1	mmHg	[32 - 48.0]
f pO ₂	217	mmHg	[83.0 - 108]
Valores Corregidos por Temperatura			
pH(T)	7.456		
pCO ₂ (T)	34.1	mmHg	
pO ₂ (T)	217	mmHg	
Valores de Oximetría			
gHb	13.4	g/dL	[12.0 - 17.5]
Hct	41.1	%	
f sO ₂	99.4	%	[95.0 - 99.0]
FO ₂ Hb	97.5	%	[94.0 - 99.0]
f FCO ₂ Hb	1.1	%	[0.0 - 0.8]
FHb	0.6	%	[-]
f FMetHb	0.8	%	[0.2 - 0.6]
Valores de Electrolitos			
Ca ²⁺	4.0	mmol/L	[3.4 - 4.5]
Na ⁺	139	mmol/L	[136 - 146]
Ca ²⁺	1.16	mmol/L	[1.15 - 1.29]
Ca ²⁺ (7.4 _{pH})	1.19	mmol/L	
f Ca ²⁺	108	mmol/L	[98 - 106]
Valores de Metabolitos			
f Glu	125	mg/dL	[70 - 105]
UAC	0.9	mmol/L	[0.6 - 1.7]
Estado de Oxigenación			
sO ₂ c	18.8	Vol%	
pO ₂ e	24.64	mmHg	
sO ₂ P ₁₂	55.5	Vol%	
Estado Acido-Base			

- Si se producen pérdidas sanguíneas importantes, también analizaremos el TP, TTPA, fibrinógeno y plaquetas.

Perfusiones intraoperatorias



- **Bombas de perfusión continua:**
 - **Perfusión de insulina (con 50 UI de insulina + 50 cc de suero fisiológico (concentración 1UI/ml)).**
 - **Perfusión de relajante (Nimbex : 20 mg en 250 ml glucosa %).**
 - **Perfusión de dopamina (400 mg en 250 ml glucosa 5 %).**
- **Sueros Glucosado 10 % y S. salino fisiológico**
- **Seroalbúminas 20 %**
- **Manitol 20% 250 ml**
- **Bicarbonato Sódico 1 M 250 ml**
- **Seguril 80 mg (4 ampollas)**
- **Glucosmon**



INDUCCION ANESTESICA

- **TRATAMIENTO DE INDUCCION DE SECUENCIA RAPIDA**
 - **HIPNÓTICO: habituales**
 - **Relajantes musculares: rocuronio o succinilcolina (si $K^+ < 5.5$ mEq/l), cisatracurio.**
 - **Analgesia: remifentanilo PC, o fentanilo en bolos.**

MANTENIMIENTO DE LA ANESTESIA

- AGENTES HALOGENADOS: SEVORANE O DESFLUORANO. EVITAR N₂O.
- PERFUSION DE RELAJANTE MUSCULAR
- PERFUSION DE REMIFENTANILO.



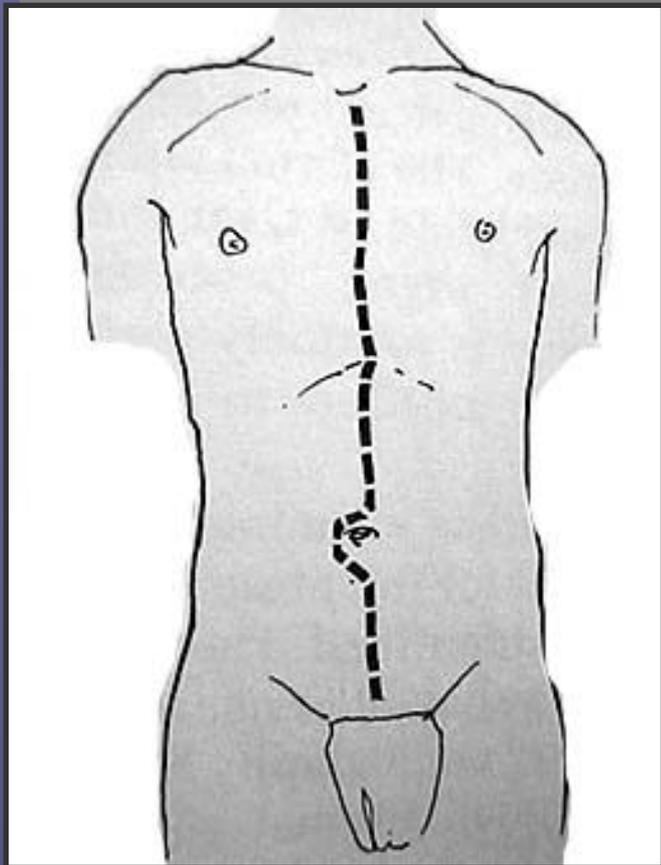
TÉCNICA QUIRÚRGICA



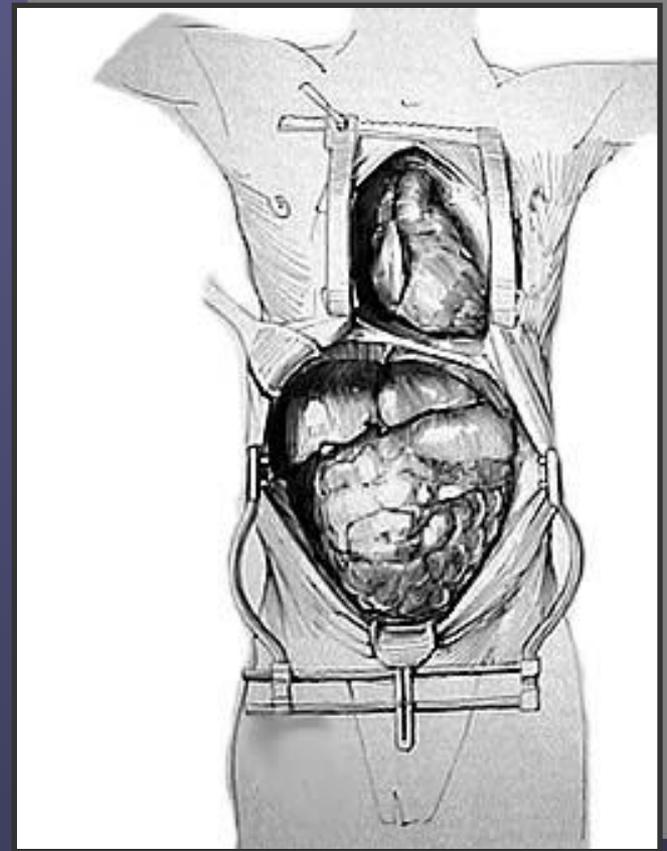
SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 3 de Mayo de 2011

TECNICA

Incisión: esterno-laparotomía media



Donante

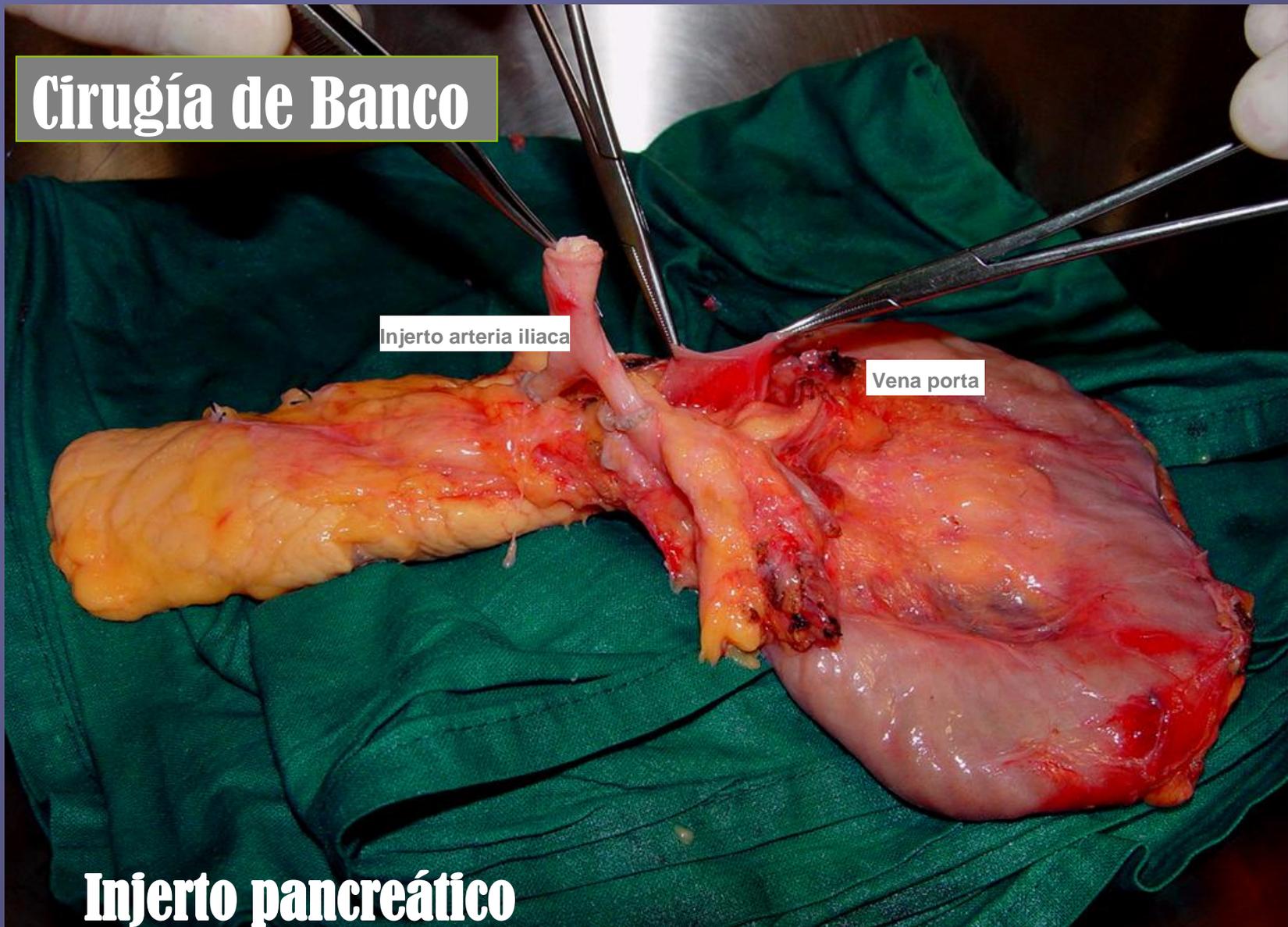


Cirugía de Banco



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 3 de Mayo de 2011

Cirugía de Banco

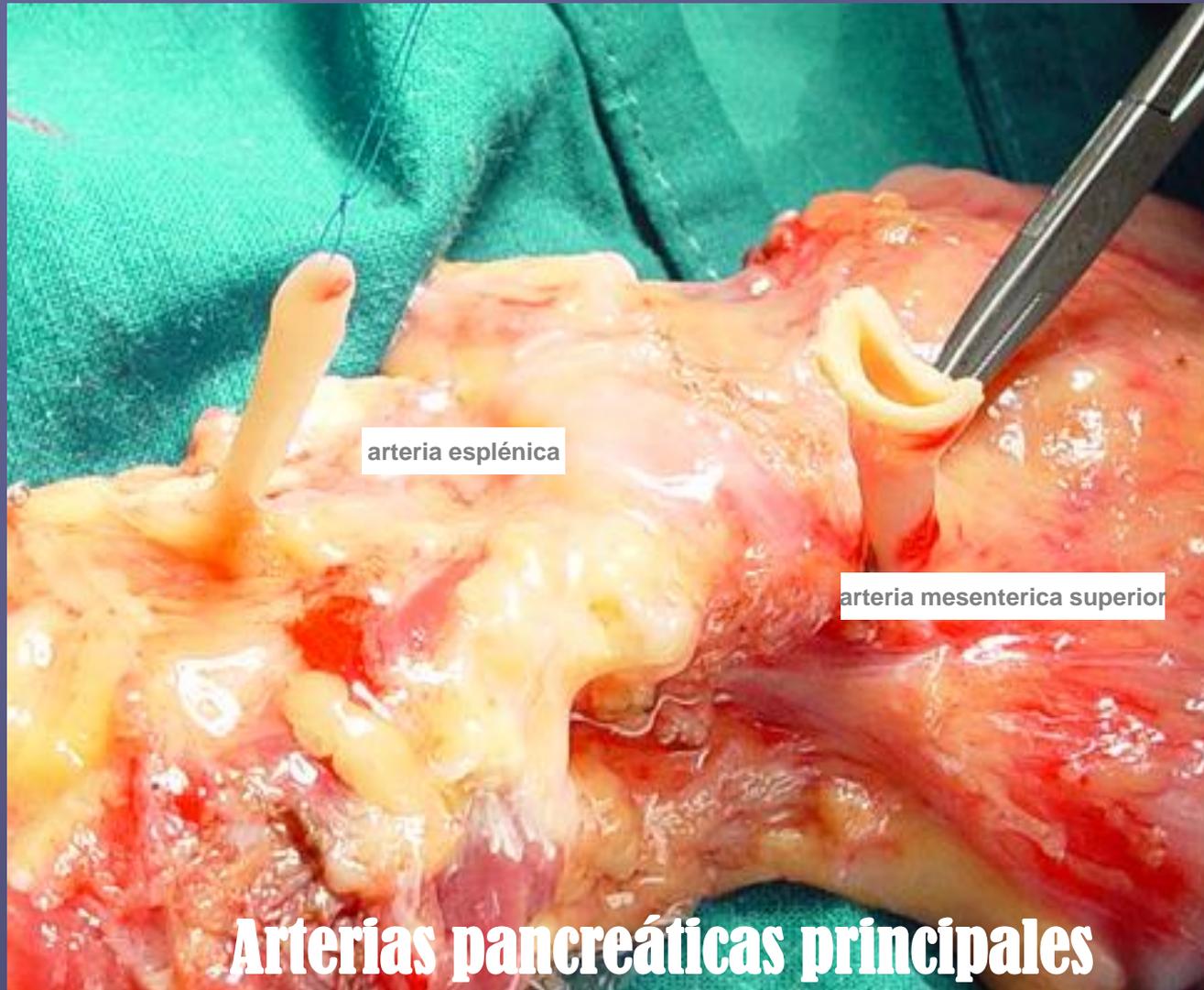


Injerto pancreático



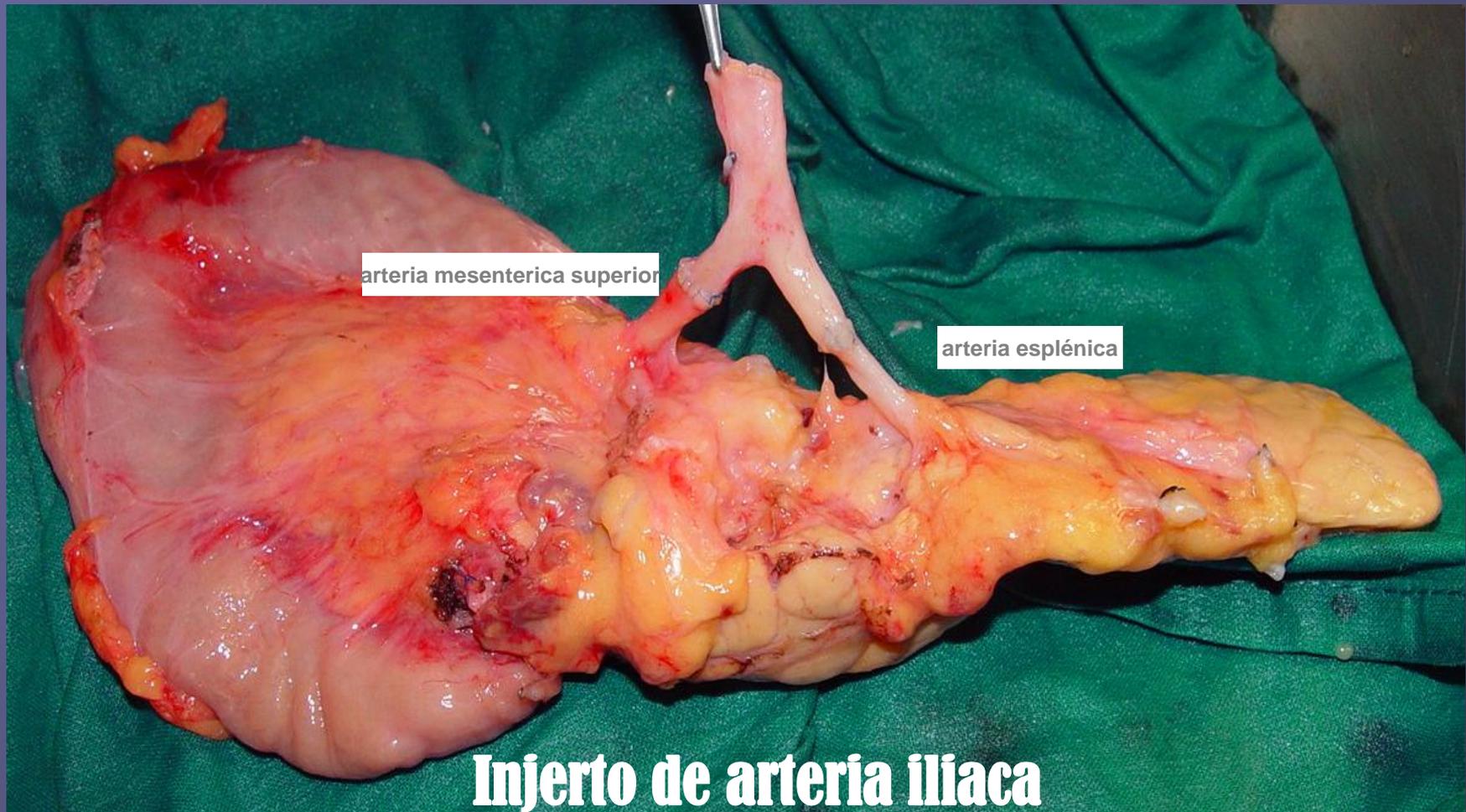
SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 3 de Mayo de 2011

Cirugía de Banco



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 3 de Mayo de 2011

Cirugía de Banco



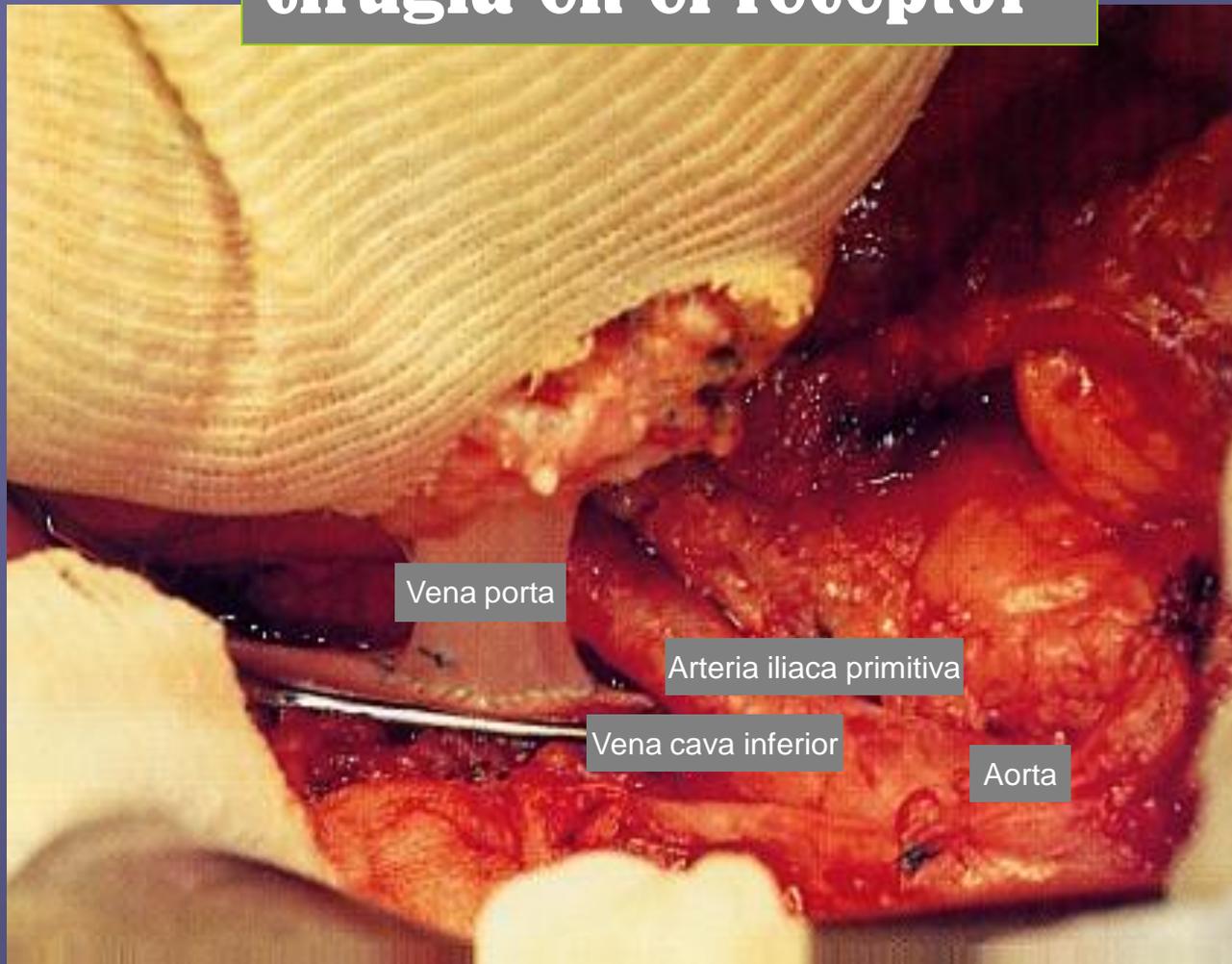
Cirugía de Banco



Extirpación del duodeno redundante

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 3 de Mayo de 2011

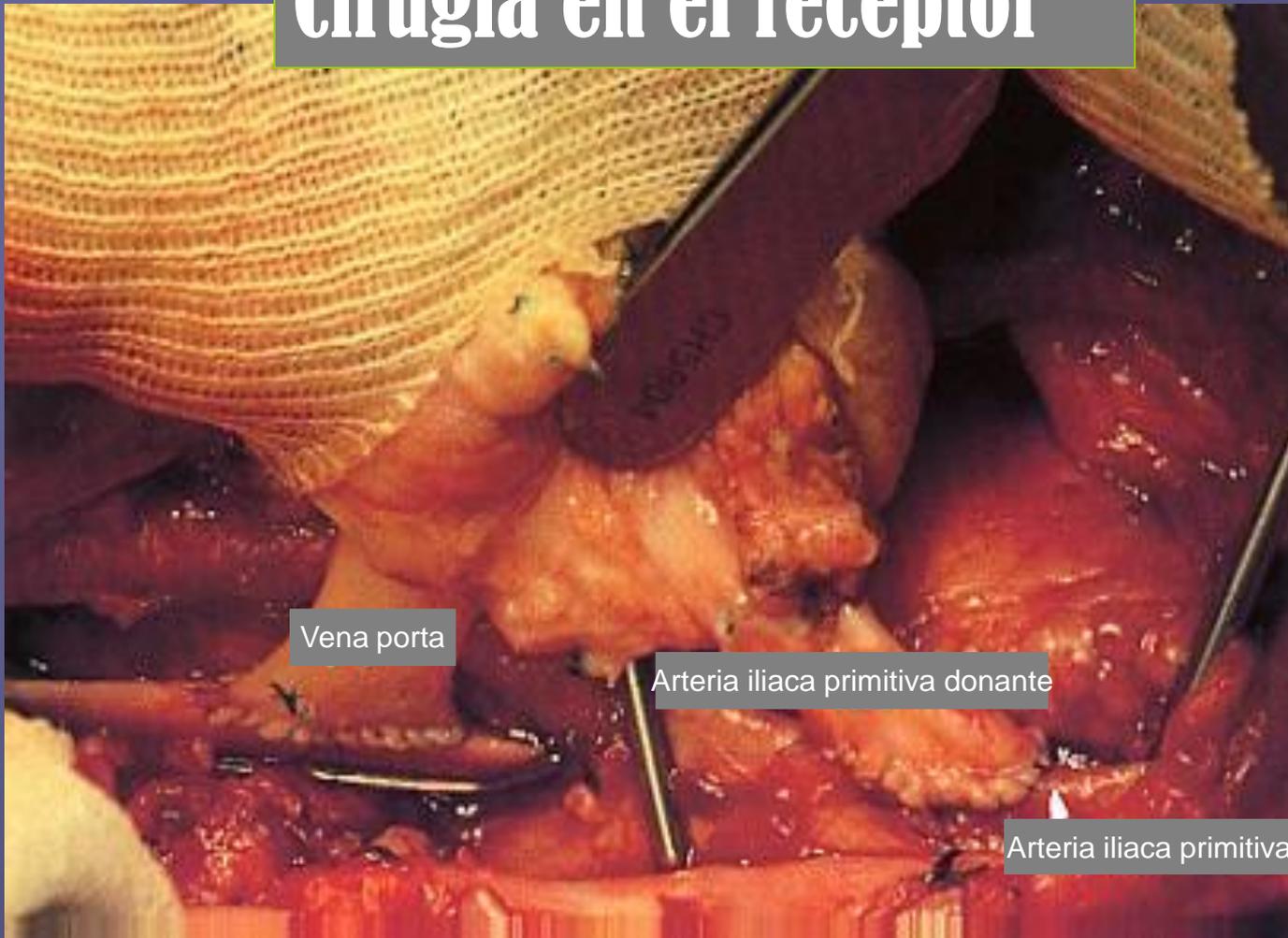
Cirugía en el receptor



Anastomosis venosa

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 3 de Mayo de 2011

Cirugía en el receptor



Anastomosis arterial y venosa

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 3 de Mayo de 2011

Cirugía en el receptor



Implante a intestino

Fig. 3.1 a



CUIDADOS INTRAOPERATORIOS

Control de la glucemia

Tabla 3. Pautas de infusión de insulina según glucemia capilar para una solución de insulina a una concentración de 1 U/ml de suero fisiológico.

Pauta Insulina 1		Pauta Insulina 2		Pauta Insulina 3		Pauta Insulina 4	
Glucemia	Unidad/hora	Glucemia	Unidad/hora	Glucemia	Unidad/hora	Glucemia	Unidad/hora
<60 = Hipoglucemia (Parar infusión y tratamiento específico)							
<70	Parar	<70	Parar	<70	Parar	<70	Parar
70-109	0.5	70-109	0.5	70-109	0.5	70-109	1.5
110-119	0.5	110-119	1	110-119	2	110-119	3
120-149	1	120-149	1.5	120-149	3	120-149	5
150-179	1.5	150-179	2	150-179	4	150-179	7
180-209	2	180-209	3	180-209	5	180-209	9
210-239	2	210-239	4	210-239	6	210-239	12
240-269	3	240-269	5	240-269	8	240-269	16
270-299	3	270-299	6	270-299	10	270-299	20
300-329	4	300-329	7	300-329	12	300-329	24
330-359	4	330-359	8	330-359	14	>330	28
>360	6	>360	12	>360	16	>360	32

aporte de glucosado al 10% a 62 ml/h
glucemia 150 mg/dl

Tabla 1. Pauta de infusión de insulina según glucemia capilar

CUIDADOS INTRAOPERATORIOS

- **Vigilar la reperfusión del injerto pancreático pues puede provocar hipoglucemia severa por liberación brusca de insulina.**
- **Corrección de la anemia, control de la hemostasia.**
- **Control de la HTA.**
- **Control de la hipotensión.**
- **Acidosis metabólica.**
- **Control de la hiperpotasemia.**
- **Control de la temperatura.**





Trasplante renal simultáneo

• Profilaxis de la NTA:

- Máxima hidratación para aumentar la probabilidad de función inmediata del injerto renal.
- Seroalbumina 20% a razón de 50 ml por cada 1/ 1,5 l. de cristaloides administrados.
- Manitol a dosis de 0´25- 0´5 gr/kg justo antes de la revascularización del riñón trasplantado.
- Diuréticos de asa a dosis de 1-1´5 mg/kg antes de la reperfusión.
- Dopamina a dosis bajas (¿?).

I. TRASPLANTE PANCREAS

II. INDICACIONES

III. VALORACIÓN PREANESTESICA

- Patología derivada de la diabetes mellitus



VI. ANESTESIA DEL TRASPLANTE PANCREATICO



VII. REANIMACION EN EL TRASPLANTE PANCREAS



REANIMACION EN EL TRASPLANTE PANCREAS

- Traslado de quirófano a la unidad de reanimación.
- Extubación en 1-2 horas tras analítica, Rx torax, recalentamiento, comprobación estabilización, adecuada analgésia...



Cuidados específicos del trasplante pancreático



- **Controles glucemia/1-2 horas**

Aporte de insulina en pc según pauta anterior con glucosa al 10%

mantener unos niveles de glucemia alrededor de 150 mgr/ dl



Cuidados específicos del trasplante pancreático

Control de la glucemia

Tabla 3. Pautas de infusión de insulina según glucemia capilar para una solución de insulina a una concentración de 1 U/ml. de suero fisiológico.

Pauta Insulina 1		Pauta Insulina 2		Pauta Insulina 3		Pauta Insulina 4	
Glucemia	Unidad/hora	Glucemia	Unidad/hora	Glucemia	Unidad/hora	Glucemia	Unidad/hora
<60 = Hipoglucemia (Parar infusión y tratamiento específico)							
<70	Parar	<70	Parar	<70	Parar	<70	Parar
70-109	0.5	70-109	1	70-109	1	70-109	1.5
110-119	0.5	110-119	1.5	110-119	2	110-119	3
120-149	1	120-149	1.5	120-149	3	120-149	5
150-179	1.5	150-179	2	150-179	4	150-179	7
180-209	2	180-209	3	180-209	5	180-209	9
210-239	2	210-239	4	210-239	6	210-239	12
240-269	3	240-269	5	240-269	8	240-269	16
270-299	3	270-299	6	270-299	10	270-299	20
300-329	4	300-329	7	300-329	12	300-329	24
330-359	4	330-359	8	330-359	14	>330	28
>360	6	>360	12	>360	16	>360	32

**aporte de glucosado al 10% a 62 ml/h
glucemia 150 mg/dl**

Tabla 1. Pauta de infusión de insulina según glucemia capilar

Tratamiento del trasplante pancreático

- **Día 0:**
- **S. Glucosado al 10% en perfusión continua a 62 ml/h.**
- **Seroalbúmina 20 % /6h/IV.**
- **Cefotaxima 1 gr / 8h/ IV. Si alergia a la Penicilina:
Ciprofloxacino 200 mg / 12 h iv (si NTA cada 24 h)**
- **Fluconazol 200 mg / 24 h/ IV durante 7 días. Se
continúa con vo 200 mg / día 2 meses.**
- **TMF / Sulfametoxazol (800/160) 1 comp/24h/VO
cuando inicie tolerancia y durante 6 meses**



Tratamiento del trasplante pancreático

- **Inmunosupresión:**

- Metil prednisolona 30 mg / 24 h/ IV

- Micofenolato mofetil: 1000 mg / 12h / IV

- Tracrólimus: 0,05 mg
0,005 mg / Kg / 12h).

plasmáticos →
hematológica.....

niveles plasmáticos en sangre:

Días 0 - 14; 15 - 20 ng / ml

Días 15 - 45: 15 ng / ml

Días 46 - 180: 10 - 15 ng / ml

Valores posteriores: 8 - 10 ng / ml

- Basiliximab: 20 mg /IV el cuarto día de evolución.

Tratamiento del trasplante pancreático

- **MEDIDAS DE DESCONTAMINACION**

Mupirocina 1 aplicac/nasal / 8 h durante 5 días.

Enjuagues con nistatina y clorhexidina/ 8 horas

- **PROFILAXIS ULCERA DE ESTRES:**

Pantoprazol 40 mgr/IV/ 4 h.

- **ANALGESIA**

Morfina 5 mgr /SC/ 6 h alternando con paracetamol 1 gr/IV/6h.



Tratamiento del trasplante pancreático

- **Día 1:**
- **Nutrición parenteral de 1500 Kcal/1500 ml con 8 gr de N2 y 150 gr de glucosa en caso de que se trate de una mujer y de 1800 Kcal/1800 ml con 8 gr de N2 y 150 gr de glucosa en el caso de que sea varón).**
- **Se retirará la perfusión de glucosado al 10% .**
- **Introducción precoz de la alimentación oral.**

Tratamiento del trasplante pancreático

- **PROFILAXIS DE LA TROMBOSIS DE LA A. PANCREÁTICA:.** Heparina de bajo peso molecular: Enoxaparina 0,4-0,6 cc / 24 H.



- **Al 10º día iniciar AAS 100 mg / día.**

Tratamiento del trasplante pancreático

- **PROFILAXIS PARA LA INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS:**
 - Ganciclovir: según la serología donante / receptor.
 - Dosis según creatinina
 - <1,4 mg/dl 5 mg/Kg/12 h
 - 1,5 - 2,4 mg/dl 2,5 mg/Kg/12 h
 - 2,5 - 4,4 mg/dl 2,5 mg/Kg/24 h
 - > 4,5 mg/dl..... 1,25 mg/Kg/24 h
 - Inicialmente IV durante 7 días. Después VO 1000 - 3000 mg / día (según función renal) durante 90 días.

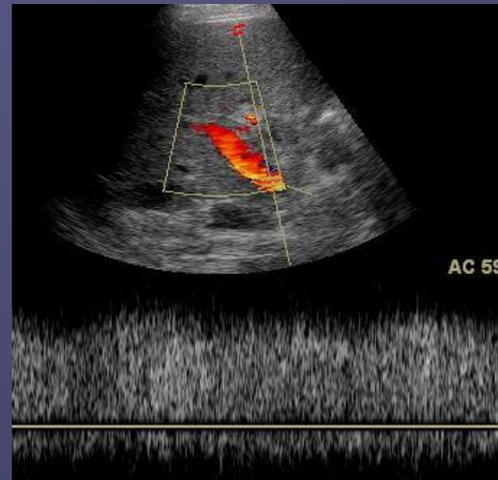


Tratamiento del trasplante pancreático

DONANTE	RECEPTOR	PROFILAXIS
positivo	Negativo	Si
positivo	Positivo	Si
negativo	Positivo	Si
negativo	Negativo	No

Cuidados específicos del trasplante pancreático

Valoración de función pancreática con Eco - Doppler en las primeras 24 horas

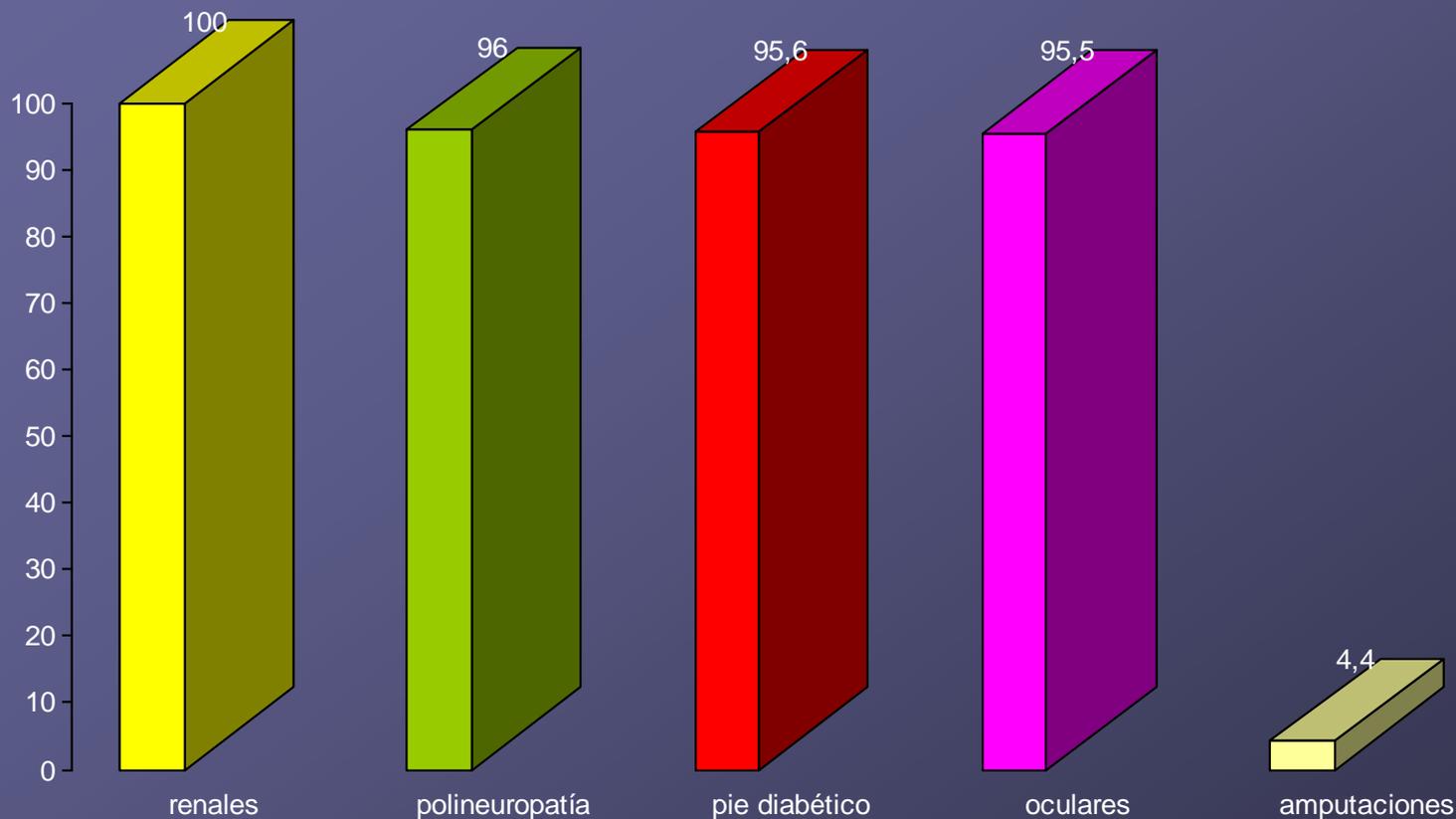


Resultados

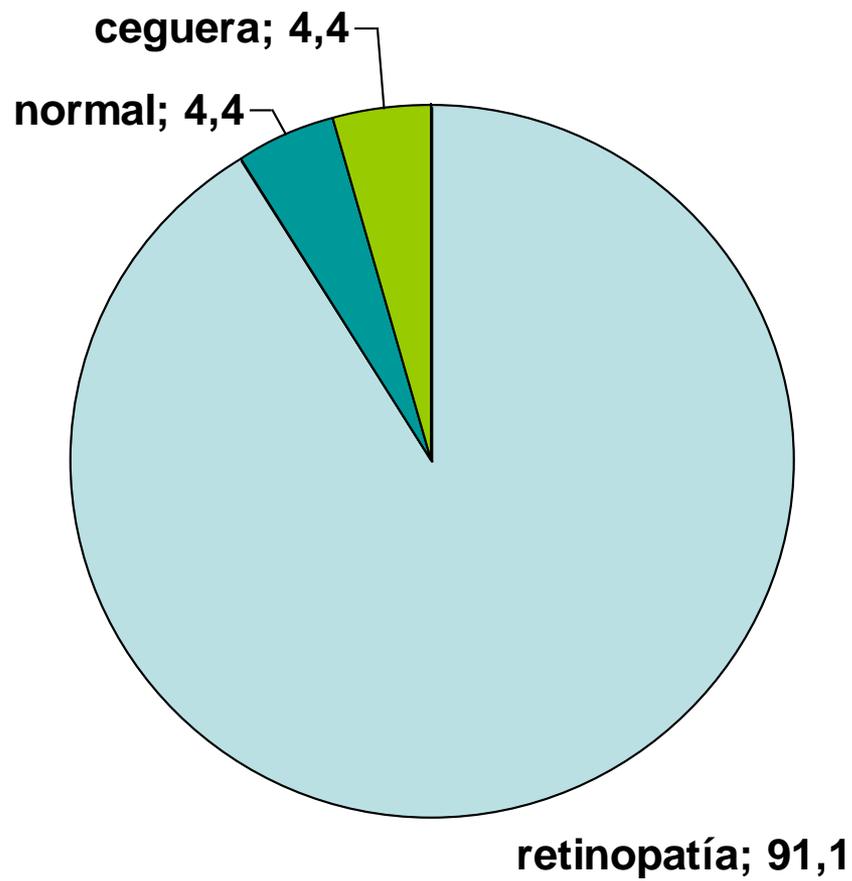
- **Pacientes: 47.**
- **Varones: 61,7%. Mujeres: 38,3%**
- **Edad (años) : $36,57 \pm 5,81$**
- **Tiempo de evolución de la diabetes (años): $24,04 \pm 6,18$**
- **Estancia media unidad (días): $5,16 \pm 3,5$ Moda: 2 días**
- **Curación diabetes: 77.8%**



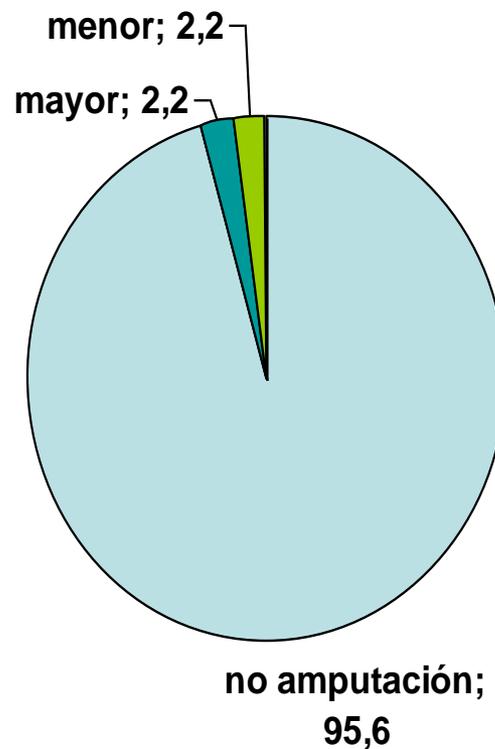
Complicaciones preoperatorias



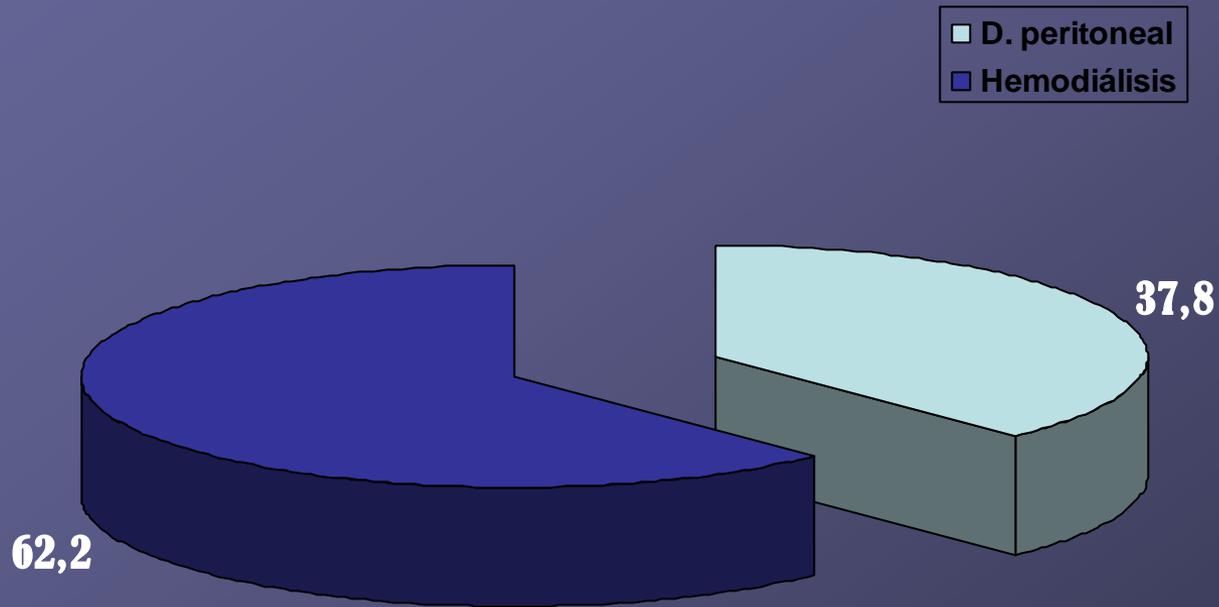
SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 3 de Mayo de 2011



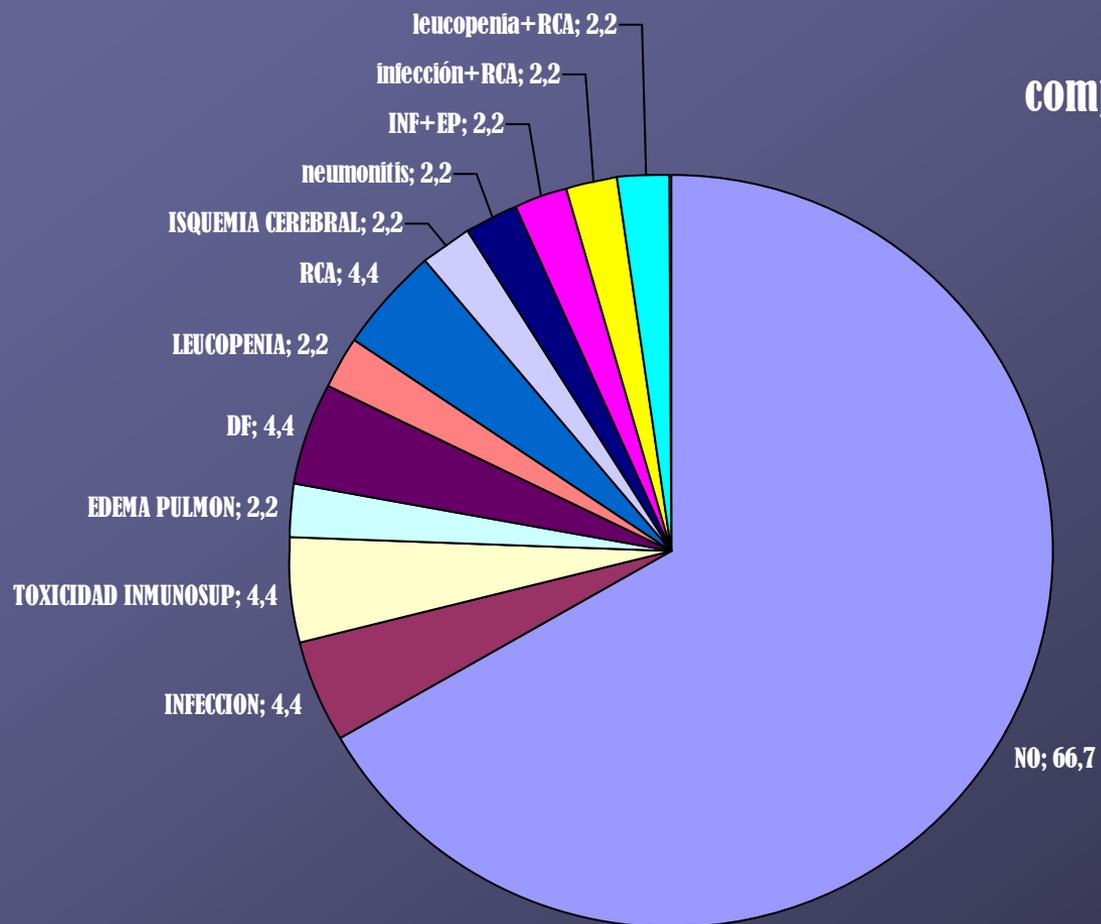
Complicaciones preoperatorias



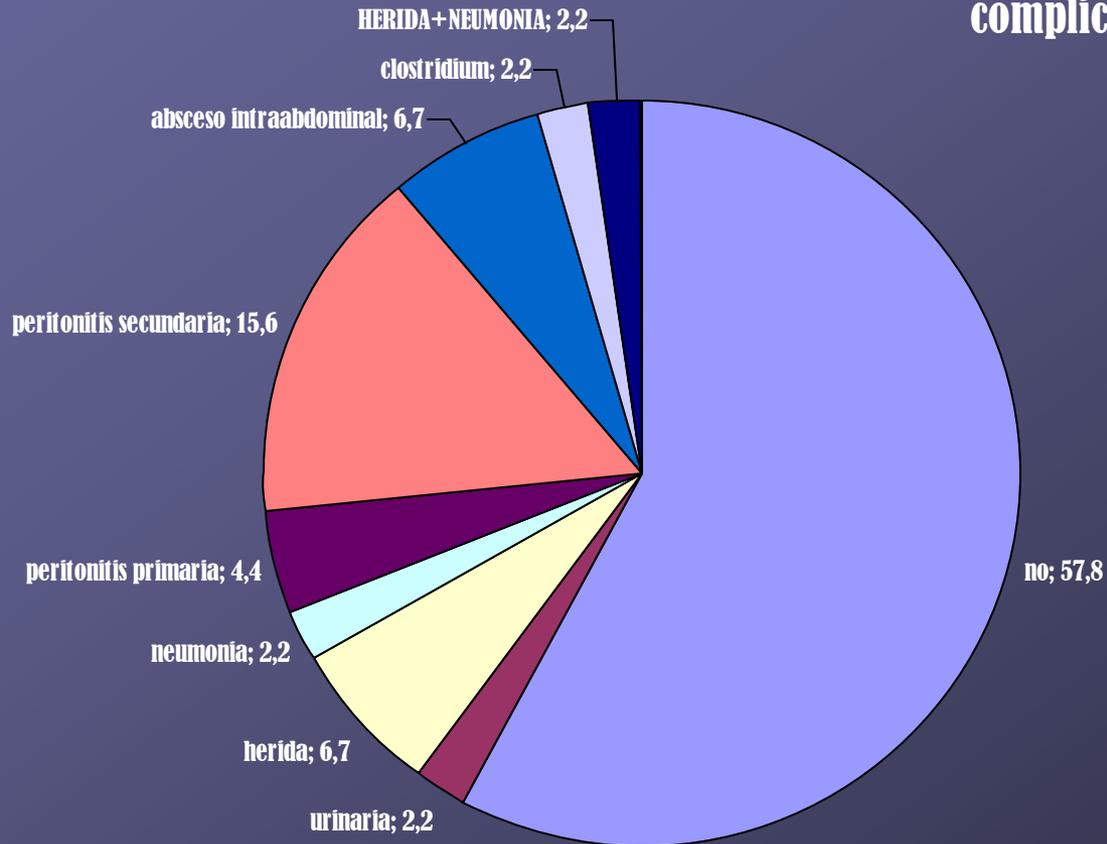
Tipo de diálisis



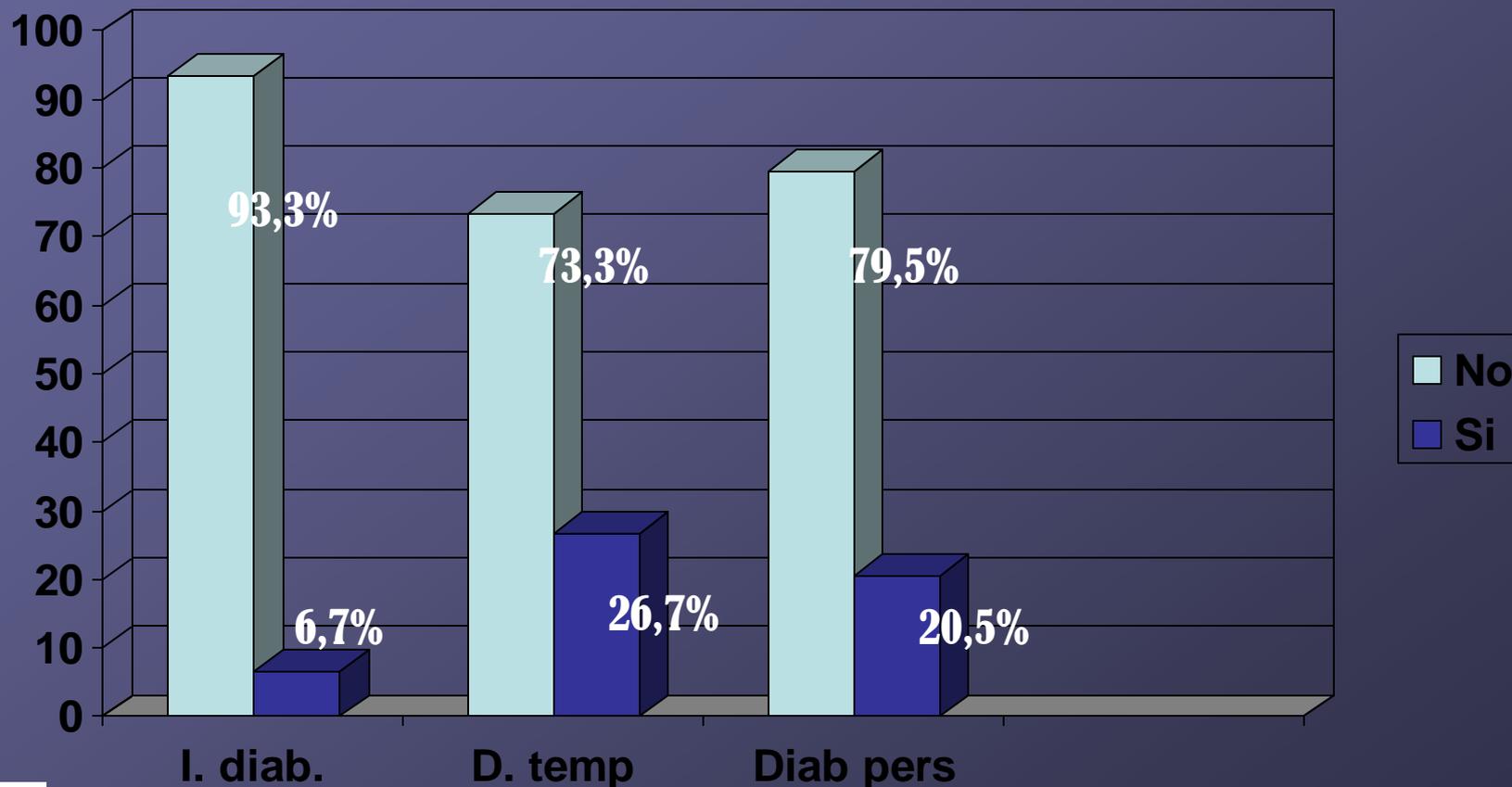
complicaciones médicas



complicaciones infecciosas

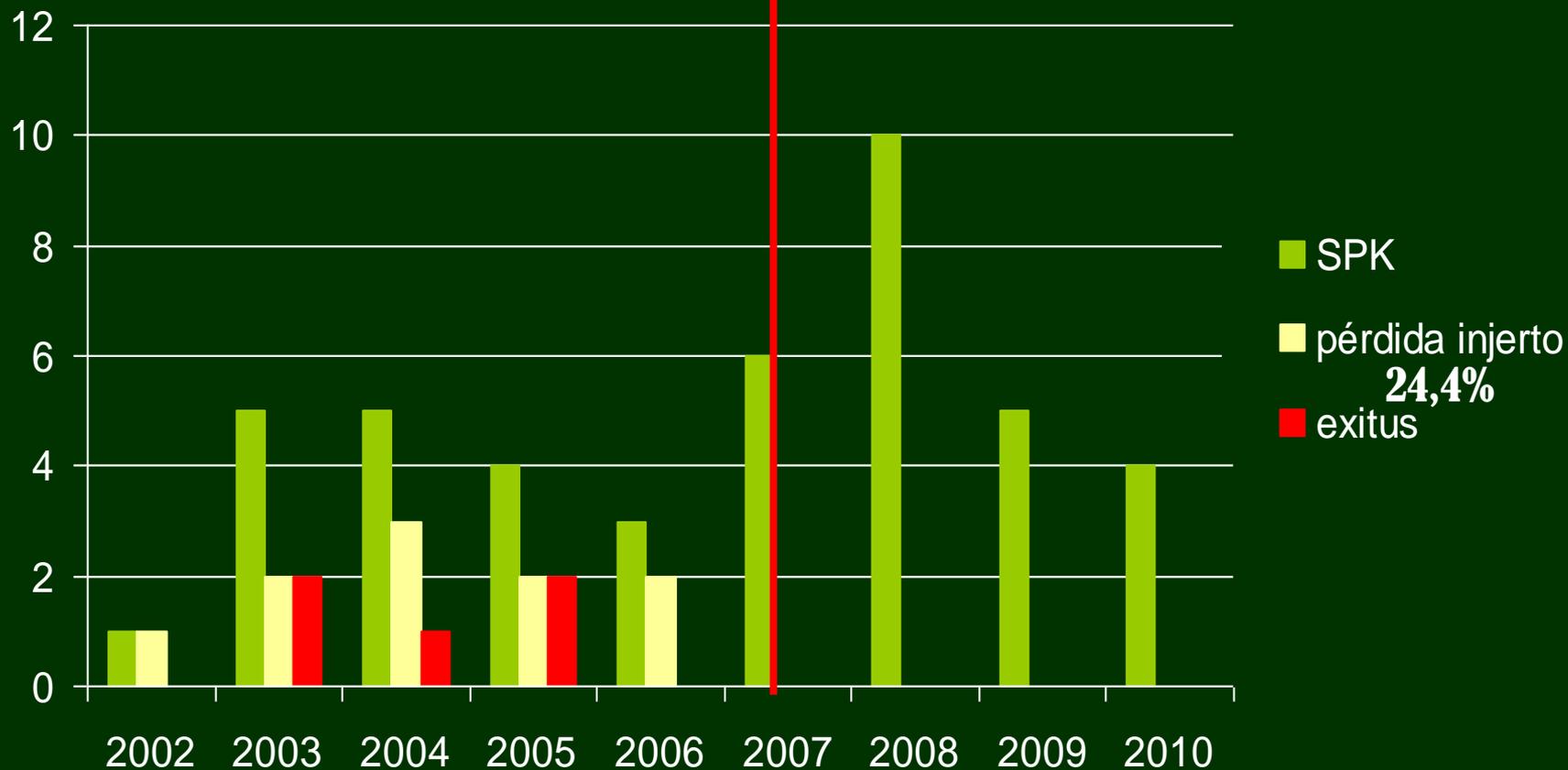


Función del injerto pancreático



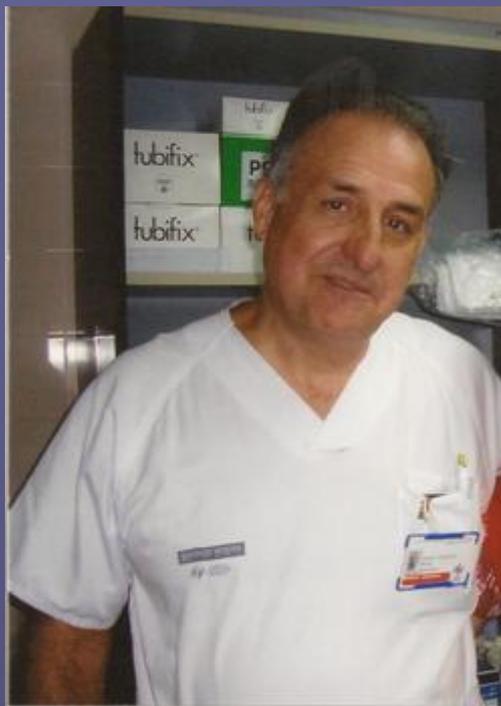


47 Pacientes SPK



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 3 de Mayo de 2011





Muchas gracias

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 3 de Mayo de 2011**

