

**TRASPLANTE RENAL – HOSPITAL DE CLINICAS  
PAUTAS 2000  
REPOSICIÓN HIDROELECTROLITICA POST OPERATORIA**

**POSTOPERATORIO INMEDIATO**

**1) DIURESIS MENOR A 50 ml/hora**

- a) Descartar en primer lugar la **obstrucción del sistema de drenaje de orina**, el que puede haberse obstruido por coágulos. Asegurar la permeabilidad de la SV fundamentalmente en caso de que la orina sea muy hematurica. Si existe fuerte sospecha de que la SV esté obstruida, puede realizarse, con los mayores cuidados de asepsia, un lavado de la misma, con 20-50 ml de SF. Si a pesar de ello, persiste o se reitera la obstrucción, cambiar la SV por una más gruesa, o llamar al urólogo para que lo realice, si existen dudas.
  - b) Al mismo tiempo debe descartarse una eventual **hipovolemia** (PVC, PA, pulso), cuya corrección deberá ser rápida para evitar un mayor agravio del injerto. Revisar la situación preoperatorio en lo que se refiere al peso y PA post diálisis pre trasplante, así como el balance hídrico intra operatorio. Descartar perdidas excesivas en el intra y post operatorio (drenajes, sangrado, cirugía prolongada, etc.). En caso de duda, realizar una carga de 300 a 500 cc de SF y evaluar respuesta (PVC, PA, pulso, auscultación pulmonar para descartar edema pulmonar, oximetría de pulso o gasometría arterial).
  - c) Otras causas para descartar, son: 1) **Fístula urinaria**, que se puede traducir por dolor y/o fuga de orina por la herida o el drenaje de logia. De sospecharse la misma debe enviarse muestra del liquido de drenaje de logia para determinación de K y Creatinina. Si se mantiene la duda solicitar un centellograma renal. 2) **Obstrucción vascular aguda del injerto** (trombosis venosa o arterial, o embolia de placa de ateroma). El diagnostico exige el empleo de ecodoppler del injerto renal.
- Si a pesar de las medidas realizadas el paciente mantiene la oliguria, se realizará un bolo de furosemida de 100 mgr i/v, y se dejará como único aporte, 500 cc de SG5% en 24 horas. Se programará diálisis según el cuadro clínico y los exámenes.

**2) DIURESIS MAYOR A 50 Y MENOR A 100 ml/hora**

Reponer la diuresis de la última hora con igual volumen de SGF (vigilar que contenga 4 gr. de NaCl). Solo se agrega K si este es menor a 4 mEq y la diuresis mayor de 50 cc/hora. En este caso se administrará 1 gr/l monitorizando el K cada 4 horas con ionograma.

**3) DIURESIS MAYOR DE 100 ml/hora**

Se realizará un aporte de SGF + 1 gr Kl alternando con otro de SF + 1 Kl, de forma de compensar las pérdidas urinarias de la hora precedente. Se ajustará el aporte con cargas de SF, según PVC (mantener esta en torno a 10 cm H20) y controles clínicos.

En caso de diuresis mayor de 500 ml / hora, reponer alternado SG5% con el SF.  
Se asociará aporte de calcio (gluconato de calcio) 1 gr. c/8 horas, salvo si presentara hipercalcemia.