



Imię i Nazwisko dawcy:

Data i godzina stwierdzenia zgonu:

Masa ciała:

Wzrost:

Obwód klatki piersiowej:

Obwód brzucha:

Monitorowanie

Podstawowe:

- EKG
- Pulsoksymetria
- Ciśnienie tętnicze - metoda krwawa
- Dostęp do żyły centralnej
- Temperatura ciała
- Diureza godzinowa

Rozszerzone:

Zalecane dla dawców niestabilnych hemodynamicznie i/lub dawców narządów klatki piersiowej

- Powtarzane ECHO serca
- Małoinwazyjny lub inwazyjny pomiar rzutu serca (np. PICCO lub inne)

Zlecenie badań

Jednorazowo:

- Grupa Krwi
- HIVab
- HbsAg
- HCVab
- Hbcore
- CMV IgG
- CMV IgM
- Toxoplazma IgG
- Toxoplazma IgM
- Kiłta
- CEA
- AFP
- CA19.9
- CA 125
- CA 15-3
- β-HCG
- PSA

Co 12 do 24h:

- Morfologia
- Kreatynina
- Mocznik
- Bilirubina
- Transaminazy
- GGTP
- Amylaza surow
- Lipaza
- LDH
- ALP
- CK
- CK-MB
- Troponina, CK-MB
- Białko całk, Albuminy
- CRP (PCT)
- APTT, INR
- Fibrinogen
- Bad og. moczu

Co 2 do 4h:

- Gazometria
- Na/K
- Ca
- Glukoza
- Mleczany

Inne Badania:

- Szczegółowe badanie fizykalne
- Badanie per rectum
- RTG KP co 12-24 h
- ECHO serca co 12-24 h
- USG brzucha z oceną wielkości nerek/wątroby (jednorazowo)
- Kreatynina (z dnia przyjęcia do szpitala/OIT)
- Posiew krwi (przy podejrzeniu infekcji)
- Posiew moczu (przy podejrzeniu infekcji)
- Aspirat/BAL (przy podejrzeniu infekcji i przy bronchoskopii)

Cele

- Temperatura 35-38oC
- Średnie ciśnienie tętnicze 60-110 mmHg
- Ośrodkowe ciśnienie żyłne 6-10 mmHg
- Częstość akcji serca 70-100 ud./min
- Diureza godzinowa >0,5-1,5 ml/kg/min
- Saturacja >95%
- PO₂/FiO₂ >300
- Na 135-145 mmol/l
- K 3,5-5,0 mmol/l
- Glukoza <150 mg/dl (8,3 mmol/l)
- Mleczany <5 mmol/l
- Hemoglobina >7-9 g/dl
- Hematokryt >20-30%
- Płytki krwi > 50.000
- INR/APTT odpowiednie do prewencji krwawienia

Cele monitorowanie rozszerzone

- LVEF >45%
- Centralna saturacja żylna (ScvO₂) 65-80%
- Indeks sercowy (CI) 2,4-5,0 l/min/m²
- Indeks objętości wyrzutowej (SVI) 40-60 ml/m²
- Ciśnienie zaklinowania (WP) <12 mmHg
- Indeksowany systemowy opór naczyniowy (SVRI) 2000 ± 500 dyn s cm⁻⁵/m²
- Indeks wewnątrzkrążkowej objętości krwi (ITBVI) 850-1000 ml/m²
- Indeks objętości pozanaczyniowej wody płucnej (ELWI) 3-7 ml/kg

Strategia - pobranie płuc

- Najniższe możliwe FIO₂
- Ciśnienie plateau < 30 cmH₂O
- Objętość oddechowa TV = 6-8 mL/kg
- PEEP 8-10 cm H₂O (Wysoki PEEP pomaga zapobiegać niedodmie).
- Rekrutacja co 1-4 godzin i po każdorazowym odłączeniu od respiratora
- Zamknięty układ odsysania
- Bronchoskopia bezpośrednio po stwierdzeniu śmierci mózgu jeśli jest to rutynowo wykonywany zabieg w oddziale. Bronchoskopię wykona/powtórzy zespół transplantacyjny
- Metylprednisolon 15 mg/kg po stwierdzeniu śmierci mózgu
- EVLW < 10 ml/kg (z użyciem diuretyków, gdy jest to konieczne)
- CVP < 8 mmHg

Hipotensja

- Wypełnij łożysko naczyniowe najlepiej pod kontrolą SVV (Stroke Volume Variation) lub PPV (Pulse Pressure Variation) lub SPV (Systolic Pressure Variation). Unikaj syntetycznych koloidów.
- Oceń wpływ PEEP na hemodynamikę
- Unikaj szybkich przeoczeń dużych objętości krystaloidów - możliwe jest istotne pogorszenie wymiany gazowej. Kontroluj moczówkę
- Zastosuj Levonor 0,25-0,5 µg/kg/min
- Jeśli powyższe kroki nie ustabilizują ciśnienia poszerz monitorowanie, wykonaj ECHO serca.
- Wyklucz hipotermię, hipokalcemię
- Rozważ zastosowanie metyloprednisolonu w dawce 15 mg/kg tak jak w przypadku optymalizacji płuc.
- Optymalizuj wypełnienie i zastosuj Dobutaminę lub Dopaminę ostatecznie Adrenalinę w zależności od potrzeb (CI),

Hipernatremia

- W przypadku znacznego odwodnienia połączonego z hipernatremią, podawaj wodę do sondy żołądkowej. Uzupełnij objętość wewnątrznaczyniową roztworem izotonicznym z zawartością Na, a następnie stosuj 5% roztwór glukozy do uzupełnienia niedoborów wody.
- W przypadku hipernatremii z normowolemią lub hiperwolemią nie stosuj samych roztworów pozbawionych elektrolitów. Zastosuj diuretyki i uzupełnij objętość utraconą z moczem, 5% roztworem glukozy unikając przewodnienia.
- Jeśli jest to konieczne w ostateczności zastosuj hemodializę lub hemodiafiltrację.

Moczówka

- Desmopresyna 0,5-4µg iv bolus, (w przypadku znacznej hipowolemii po podaniu bolusu możliwa anuria, w takiej sytuacji nie stosuj diuretyków)
- W przypadku utrzymującej się poliurii sprawdź stężenie glukozy (diureza osmotyczna)

Inne

- Zapobiegaj utracie ciepła, stosuj środki bierne lub ogrzewanie czynne takie jak koce elektryczne, dmuchawy ciepłego powietrza, ogrzewanie płynów infuzyjnych.
- Jeżeli zachodzi taka konieczność, zalecane jest przetaczanie ubogoleukocytatnego KKCz z uwagi na transmisję CMV.
- Przetaczanie FFP z powodu hipowolemii jest wskazane tylko w przypadku współistniejących zaburzeń krzepnięcia
- Jeśli żywienie, było stosowane i jest tolerowane może być kontynuowane
- Jeśli żywienie nie było stosowane zalecane jest podawanie sterylnych płynów do sondy żołądkowej
- Nie jest zalecane rozpoczynanie żywienia pozajelitowego.