

PORTAFOLIO DE SERVICIOS



UNIDADES ESPECIALES

UNIDAD DE

TRASPLANTE RENAL



Plataforma Estratégica

2020-2024

Misión

Hospital universitario confiable, humanizado y seguro, al servicio de su salud y la de su familia.

Visión

Para el año 2024, seremos reconocidos como una institución referente en la humanización de los servicios de salud, preparada para postularse a la acreditación, comprometida con la investigación y la formación del talento humano, generando valor social a los diferentes grupos de interés.

Valores

- ✓ Respeto
- ✓ Honestidad
- ✓ Compromiso
- ✓ Diligencia
- ✓ Justicia
- ✓ Vocación de Servicio

Políticas Institucionales

Cultura Nandito

- Política de responsabilidad social empresarial y ambiental.
- Política MIPG (Modelo Integrado de Planeación y Gestión).

Docencia e Investigación

- Política de Educación Médica Continuada.

Excelencia Organizacional

- Política de Calidad.
- Política de Prestación de Servicios.
- Política de Seguridad del Paciente.
- Política de Humanización.
- Política de Gestión de la Tecnología.
- Política de Gestión del Riesgo.
- Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Plataforma Estratégica

2020-2024

Código de Buen Gobierno

Estructura, compila y articula las normas, políticas y prácticas de buen gobierno corporativo aplicables a la entidad, en especial por su carácter público; con el propósito de preservar la transparencia en la gestión institucional, la correcta administración y el control de los recursos, con lo cual se pretende generar mayor confianza y reconocimiento entre los clientes internos, externos, proveedores y compradores de servicios de salud; al igual que ser más competitivos en el medio.

Objetivos Estratégicos

- Mantener, mediante el uso transparente de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la sostenibilidad financiera de la E.S.E.
- Fortalecer el modelo de gestión por procesos y riesgos institucionales, mejorando la satisfacción de los grupos valor.
- Garantizar altos niveles de transparencia de la gestión pública, como mecanismo de control de los riesgos de corrupción en la entidad.
- Maximizar la confiabilidad, el uso eficaz y eficiente de la información, que contribuyan a lograr los objetivos de la E.S.E.
- Fortalecer la gestión del Talento Humano, orientándola hacia el mejoramiento continuo y al logro de los objetivos institucionales a través del desarrollo, el reconocimiento, el bienestar y la motivación de los servidores públicos y contratistas.
- Integrar los planes institucionales y estratégicos de la institución al plan de acción de la E.S.E.
- Proyectar el proceso de gestión de calidad de la E.S.E. hacia la acreditación.
- Fortalecer y modernizar la infraestructura física existente, que contribuya a la humanización, calidad y seguridad en la atención de los usuarios.
- Fortalecer la responsabilidad social de la entidad con su entorno.
- Centrar los procesos de atención en el usuario y su familia.
- Fortalecer la relación y control de los convenios Docencia - Servicio con las diferentes Instituciones de Educación para el desarrollo de los procesos de formación del talento humano, la investigación y la docencia, como esfuerzos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.

UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL



Ubicada en el
segundo piso de la
TORRE PRINCIPAL

Ubicada en la Calle 9 # 15-25

CANALES DE ACCESO

PBX 871 9617 Ext: 2212 – 2242

Celular: 318 804 3751

Correo electrónico: unidad.trasplantes@huhmp.gov.co

HORARIO DE ATENCIÓN

- De lunes a jueves de 7:00 a.m a 12:00 m y de 2:00 p.m a 6:00 p.m
- Viernes de 7:00 a.m a 12:00 m y de 2:00 p.m a 5:00 p.m

Unidad de Trasplante Renal

ACCESO AL SERVICIO

Con el fin de brindar información sobre el **servicio** al cliente externo que requiere ser trasplantado o que quiere ser informado sobre la Donación de Órganos y Tejidos o al trasplantado que quiere ser controlado en esta unidad, en busca de obtener la autorización por parte de la aseguradora o EAPB (Entidad Administradora de Planes de Beneficio) para realizar procedimientos solicitados, nos permitimos hacer las siguientes observaciones:

- Pacientes que presentan insuficiencia renal crónica avanzada (IRCA) en los cuales se les indica trasplante renal:
 - Inicialmente con la orden médica del nefrólogo se debe solicitar la autorización a la EPS o EAPB de la valoración del estudio pretrasplante, posteriormente se agenda la primera valoración por estudio pretrasplante, en la cual se solicitan exámenes y valoraciones necesarias de acuerdo a sus patologías de base; una vez cumplidos todos estos requisitos (valoraciones y exámenes solicitados) se procede a presentar el paciente en el Comité Institucional de Trasplantes

(Comité integrado por personal administrativo del Hospital y Especialistas) donde se define si el paciente es incluido en lista de espera o es descartado para ser trasplantado; si el paciente es aceptado se incluirá en lista de espera Nacional de la Red de Donación para Trasplante de Órganos.

- **Si el paciente es seleccionado** de la lista de espera para ser trasplantado se ingresará por urgencias con su autorización previa de la EAPB de Nefrectomía y Trasplante Renal para continuar el proceso. Una vez trasplantado, el paciente egresa de la Institución con su cita asignada posoperatoria para control postrasplante, se darán recomendaciones previas sobre los cuidados que debe tener y cómo debe tomarse los medicamentos que se le indicados.
- En pandemia el control postrasplante es realizado por modalidad de Teleconsulta y el envío de los soportes se realiza al correo electrónico de la EAPB y del usuario, para su trámite de radicación y entrega de medicamentos; mientras se adelanta la reapertura progresiva de la atención presencial.

Unidad de Trasplante Renal

REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

INICIO DEL ESTUDIO PRETRASPLANTE RENAL

- Copia documento de identidad
- Epicrisis de la Unidad Renal (Aprobación por el Nefrólogo de la Unidad Renal)
- Autorización de la EAPB (Inicio estudio pretrasplante)
- Envío de resultados (Exámenes extramurales).

TRASPLANTE RENAL

- Autorización para la nefrectomía y trasplante renal

CONTROL POSTRASPLANTE RENAL

- Copia documento de identidad
- Autorización de la EAPB (Control postrasplante renal)
- Envío de los resultados de los exámenes

PROCESO DE FACTURACIÓN

ESTUDIO PRETRASPLANTE RENAL

- Segundo piso Unidad de Trasplante torre principal
- Sede consulta externa ubicada en la Carrera 13 # 10 - 30 Barrio el Altico

CONTROL POSTRASPLANTE

- Segundo piso Unidad de Trasplante torre principal
- Sede consulta externa ubicada en la Carrera 13 # 10 - 30 Barrio el Altico



EVALUACIÓN PRE-TRASPLANTE RENAL AL RECEPTOR CON DONANTE VIVO O CADAVERÍCO
(consulta de primera vez por equipo interdisciplinario) - **Código CUPS 890215-1**

LABORATORIOS CLÍNICOS

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIOS	CANT
903877	Ácido Úrico	1
903866	Alanino Aminotransferasas (SGPT)	1
903804	Albumina en sangre	1
903806	Amilasa	1
906232	Anti HTLV I	1
906232	Anti HTLV II	1
903867	Aspartato aminotransferasas	1
903809	Bilirrubina directa	1
903809	Bilirrubina total	1
903604	Calcio Iónico	1
906131	Chagas Anticuerpos	1
906205	Citomegalovirus (IgG)	1
906206	Citomegalovirus (IgM)	1
903813	Cloruro (Cloro)	1
903815	Colesterol HDL	1
903817	Colesterol LDL	1
903818	Colesterol Total	1
903881	Creatinina en sangre	1
902210	Cuadro hemático tipo IV (hemograma)	1
906212	Epstein BARR IgG	1
906215	Epstein BARR IgM	1
903833	Fosfatasa Alcalina	1
903839	Gases arteriales	1
903841	Glucosa en suero	1
902211	Hematocrito	1

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIOS	CANT
	Hemoclasificación	1
906317	Hepatitis B Anti s - Ag HBs	1
906223	Hepatitis B Anti s – Antic Hbs	1
906221	Hepatitis B Anticore total	1
906225	Hepatitis C anticuerpo - HVC	1
906228	Herpes simplex I Anticuerpos IgG	1
906230	Herpes simplex II Anticuerpos IgG	1
906231	Herpes simplex II Anticuerpos IgM	1
902216	Leucograma	1
903855	Magnesio colorimétrico	1
903857	Nitrógeno Ureico (BUN)	1
906610	P.S.A. – Antígeno específico para cáncer de próstata	1
907106	Parcial de orina	1
903860	Potasio	1
903874	Proteínas Totales	1
903862	Proteinuria en 24 horas (hay diuresis)	1
906915	Serología VDRL	1
903865	Sodio	1
902045	Tiempo de Protombina PT	1
902049	Tiempo parcial de Tromboplastina PTT	1
906127	Toxoplasma IgG	1
906129	Toxoplasma IgM	1
903868	Trigliceridos	1
901236	Urocultivo (si hay diuresis)	1
	VIH - Anticuerpos VIH (EIA)	1

EVALUACIÓN PRE-TRASPLANTE RENAL AL RECEPTOR CON DONANTE VIVO O CADAVERÍCO
 (consulta de primera vez por equipo interdisciplinario) - **Código CUPS 890215-1**

AYUDAS **DIANÓSTICAS**

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIOS	CANTIDAD
872121	Endoscopia vías digestivas altas para mayores de 40 años. Esofagogastroduodenoscopia	1
871121	Rx Torax (AP y Lateral)	1
876802	Mamografía (bilateral) para mayores de 40 años.	1
881302	Ecografía Abdomen Total	1

VALORACIONES **ESPECIALIZADAS**

890268	Nefrologa	1
890492	Cirujano de Trasplante Renal	1
890226	Anestesiología	1
890409	Trabajo Social - Consulta social	1
890406	Nutrición	1
890408	Psicología	1
890405	Enfermería	1

EL PRESENTE PAQUETE **NO INCLUYE**

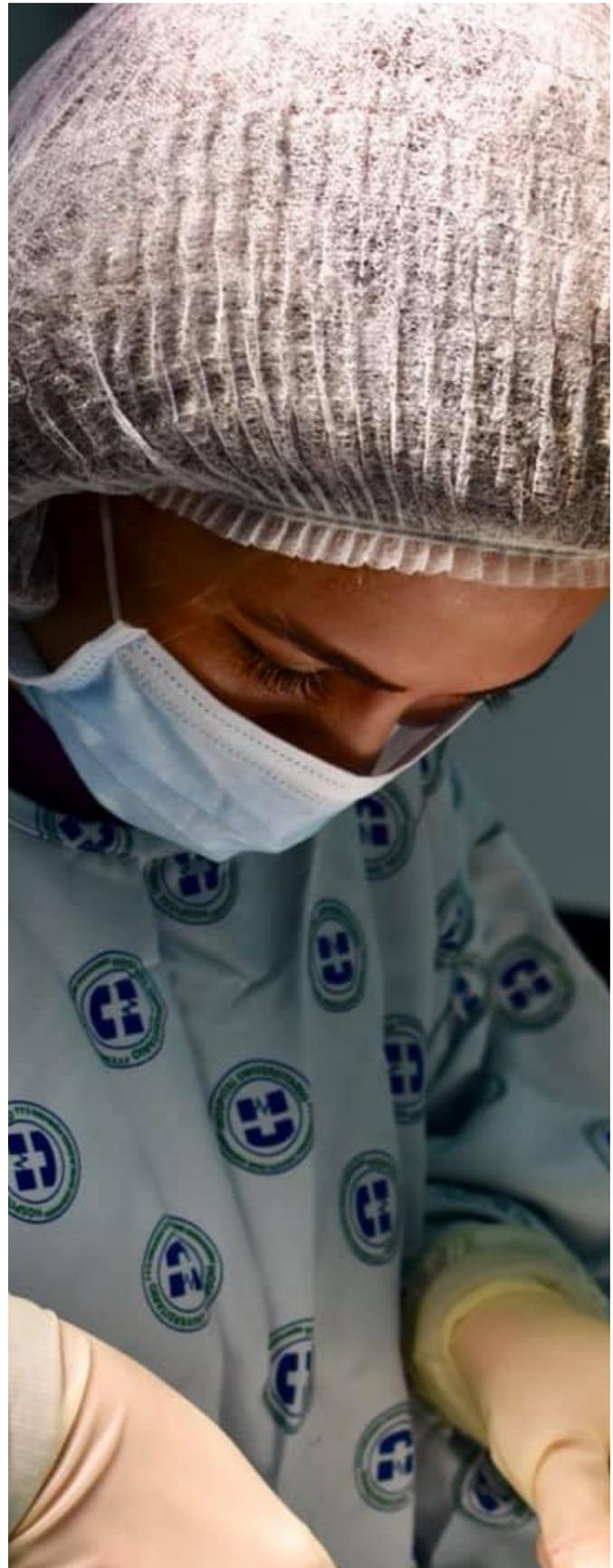
LABORATORIO CLÍNICO:

Los siguientes exámenes de laboratorio hacen parte del protocolo de manejo y por no ser procesados en el hospital deben ser autorizados en forma adicional por la aseguradora.

- Citología
- PPD-Prueba de tuberculina
- P.R.A Cualitativo Clase I, II
- DSA por luminex
- P.R.A. Cualitativo Clase I, II
- Antígeno único
- Hispocompatibilidad
- Estudio completo (HLA A, B, DR, DQ)

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

- Colonoscopia Total bajo sedación (Mayores de 40 años).
- Ecocardiograma estrés con dobutamina (Mayores de 50 años y pacientes con diabetes o comorbilidad cardiopulmonar)
- Cistoscopia bajo sedación (Hombres mayores de 50 años)
- Prueba de esfuerzo
- Cateterismo Cardíaco
- Medicina Nuclear
- Angiotac
- Odontología



EVALUACIÓN COMITÉ INSTITUCIONAL DE TRASPLANTES

Especialistas en Cirugía, Anestesia, Nefrología, Representantes de gerencia HUN, Comité de Ética y Grupo de apoyo de la Unidad de Trasplante Renal.

Nota 1. Los laboratorios y Ayudas Diagnósticas no descritas en el presente paquete que desde el punto de vista científico sean necesarios ordenar y realizar en el paciente, se facturarán en forma adicional. Igualmente se factura adicional la estancia hospitalaria, cuando para la evaluación se requiera la hospitalización del paciente..

Nota 2. El manejo ambulatorio y/o intrahospitalario de las patologías que como resultado de la evaluación se detecten y que requieran tratamiento previo al TRASPLANTE, no está considerado dentro del Conjunto y se facturará adicional al paquete.

Nota 3. El Conjunto establece todas las acciones que, según el criterio científico, se deben realizar para el tratamiento integral del TRASPLANTE. Lo anterior no excluye la posibilidad que casos específicos exijan, en un momento dado, efectuar acciones diferentes de las previstas en el Conjunto; sin embargo, enmarcados en el concepto de atención integral, el conjunto se considera como un todo y en esta forma se definió su valor, sea que el paciente amerite o no las actividades descritas, las frecuencias de uso determinadas u otras diferentes.

En consecuencia, el proveedor del servicio, sobre el valor del conjunto, sólo podrá facturar las actividades adicionales previstas, cuando las mismas se causen.

Nota 4. Las pruebas infecciosas, el ecocardiograma y las valoraciones por Nefrología, Cirujano de Trasplante y Anestesiología se repiten cada año, en caso de estar en lista de espera y si el paciente tiene diabetes, comorbilidad cardiopulmonar o es mayor de 50 años, se realizará ecocardiograma estrés con dobutamina cada 6 meses y los paraclínicos estarán a cargo de la aseguradora igual sucede con el P.R.A. que se repite anualmente o según evento sensibilizante.

Nota 5. La realización del HLA por técnica molecular es una directriz obligatoria del Instituto Nacional de Salud para las instituciones trasplantadoras por lo que no se incluye en el paquete.

Nota 6. Las pruebas infecciosas que se realicen por PCR serán facturadas adicionalmente al paquete.

Observación General: Los eventos no pos (Laboratorios, exámenes, medicamentos o procedimientos) comprendidos en el presente portafolio se discriminarán en cada factura y llevarán su respectiva justificación para efectos de recobro por parte de la E.P.S, lo cual no afecta el valor de los paquetes.

EVALUACIÓN PRE-TRASPLANTE RENAL AL DONANTE VIVO

(consulta de primera vez por equipo interdisciplinario) - Código CUPS 890215-2

LABORATORIOS CLÍNICOS

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIOS	CANT
903877	Ácido Úrico	1
903866	Alanino Aminotransferasas (SGPT)	1
903804	Albumina en sangre	1
903806	Amilasa	1
906232	Anti HTLV I	1
906232	Anti HTLV II	1
903867	Aspartato aminotranferasas (SGOT)	1
903809	Bilirrubina directa	1
903809	Bilirrubina total	1
903604	Calcio Ionico	1
906131	Chagas Anticuerpos	1
906205	Citomegalovirus (IgG)	1
906206	Citomegalovirus (IgM)	1
903813	Cloruro (Cloro)	1
903815	Colesterol HDL	1
903817	Colesterol LDL	1
903818	Colesterol Total	1
903881	Creatinina en sangre orina y otras	1
902210	Cuadro Hemático Tipo IV (Hemograma, hematocrito y leucograma)	1
906212	Epstein BARR IgG	1
906215	Epstein BARR IgM	1
903833	Fosfatasa Alcalina	1
903839	Gases arteriales	1
903841	Glucosa en Suero, LCR u otro Fluido diferente a Orina	1
	Hemoclasificación grupo ABO y Factor RH	1
906317	Hepatitis B Anti s - Ag HBs	1
906221	Hepatitis B Anticore total	1
906225	Hepatitis C anticuerpo - HVC	1
906228	Herpes simplex I Anticuerpos IgG	1
906229	Herpes simplex I Anticuerpos IgM	1
906230	Herpes simplex II Anticuerpos IgG	1
906231	Herpes simplex II Anticuerpos IgM	1
903855	Magnesio colorimétrico	1

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIOS	CANT
903857	Nitrógeno Ureico (BUN)	1
906610	P.S.A. – Antígeno específico para cáncer de próstata (mayores de 50 años).	1
907106	Parcial de orina	1
903860	Potasio	1
903874	Proteínas Totales	1
903862	Proteinuria en orina 24 horas (si hay diuresis)	1
	Pruebas cruzadas por linfocitotoxicidad	1
903865	Sodio	1
902045	Tiempo de Protrombina PT	1
902049	Tiempo parcial de Tromboplastina PTT	1
906127	Toxoplasma IgG	1
906129	Toxoplasma IgM	1
903868	Triglicéridos	1
901236	Urocultivo, incluye identificación y antibiograma (si hay diuresis)	1
906915	VDRL – Serología	1
	VIH - Anticuerpos VIH (EIA)	1

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIOS	CANT
872121	Endoscopia vías digestivas altas (mayores de 40 años) (no incluye sedación)	1
871121	Rayos X de Tórax (AP y Lateral)	1
876802	Mamografía bilateral (Mayores de 40 años)	1
881302	Ecografía Abdomen Total	1
895100	Electrocardiograma	1
	Ecocardiograma Modo M bidimensional y doppler color	1

VALORACIONES ESPECIALIZADAS

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIOS	CANT
890268	Nefrología	1
890492	Cirujano de trasplante renal	1
890226	Anestesiología	1
890405	Enfermería	1
890394	Urología	1
890409	Trabajo social – Consulta social	1
890406	Nutrición	1
890408	Psicología	1
890328	Cardiología (si se requiere)	1

EL PRESENTE PAQUETE NO INCLUYE

LABORATORIO CLÍNICO:

Los siguientes exámenes de laboratorio hacen parte del protocolo de manejo y por no ser procesados en el hospital deben ser autorizados en forma adicional por la aseguradora.

- P.R.A. Cualitativo Clase I – II
- P.R.A. Cuantitativo Clase I – II
- Histocompatibilidad, estudio completo (HLA, A, B, DR, DQ)
- PPD - prueba de tuberculina
- Citología
- Prueba cruzada por otra técnica diferente a linfocito toxicidad

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

- Colonoscopia Total bajo sedación / Mayores de 40 años
- Ecocardiograma estrés con dobutamina / Mayores de 50 años y pacientes con diabetes o comorbilidad cardiopulmonar
- Cistoscopia bajo sedación / Hombres Mayores de 50 años
- Odontología



EVALUACIÓN COMITÉ INSTITUCIONAL DE TRASPLANTES

Especialistas en Cirugía, Anestesia y Nefrología, representantes de Gerencia HUN y Comité de Ética, más grupo de apoyo.

Nota 1. Los laboratorios y Ayudas Diagnósticas no descritas en el presente paquete que desde el punto de vista científico sean necesarios ordenar y realizar en el paciente, se facturarán en forma adicional. Igualmente se factura adicional la estancia hospitalaria, cuando para la evaluación se requiera la hospitalización del paciente.

Nota 2. El manejo ambulatorio y/ o intrahospitalario de las patologías que como resultado de la evaluación se detecten y que requieran tratamiento previo al TRASPLANTE, no está considerado dentro del Conjunto y se facturará adicional al paquete.

Nota 3. El Conjunto establece todas las acciones que según el criterio científico, se deben realizar para el tratamiento integral del TRASPLANTE. Lo anterior no excluye la posibilidad que casos específicos exijan, en un momento dado, efectuar acciones diferentes de las previstas en el Conjunto; sin embargo, enmarcados en el concepto de atención integral, el conjunto se considera como un todo y en esta forma se definió su valor, sea que el paciente amerite o no las actividades descritas, las frecuencias de uso determinadas u otras diferentes. En consecuencia, el Hospital sobre el valor del conjunto, sólo podrá facturar las actividades adicionales previstas, cuando las mismas se causen.

Nota 4. Las pruebas infecciosas, el ecocardiograma y las valoraciones por Nefrología, Cirujano de Trasplante y Anestesiología se repiten cada año, en caso de estar en lista de espera y si el paciente tiene diabetes, comorbilidad cardiopulmonar o es mayor de 50 años, se realizará ecocardiograma estrés con dobutamina cada 6 meses y los paraclínicos estarán a cargo de la aseguradora igual sucede con el P.R.A. y el antígeno único.

Nota 5. La realización del HLA por técnica molecular es una directriz obligatoria del Instituto Nacional de Salud para las instituciones trasplantadoras.

Nota 6. El valor del conjunto no incluye la práctica de exámen de HLA por PCR, PRA I y 11 (anticuerpos panel reactivos), medicina nuclear, angiotac o angioresonancia, los cuales, si desde el punto de vista científico son necesarios ordenar y realizar en el paciente, se facturarán en forma adicional.

Nota 7. El valor del conjunto corresponde a las actividades que se realizan en el candidato que resulte ser el donante efectivo.

Nota 8. Las pruebas infecciosas que se realicen por PCR serán facturadas adicionalmente al paquete.

Observación General: Los eventos no pos (Laboratorios, exámenes, medicamentos o procedimientos) comprendidos en el presente portafolio se discriminarán en cada factura y llevarán su respectiva justificación para efectos de recobro por parte de la Aseguradora.

NEFRECTOMÍA DE DONANTE VIVO

- **NEFRECTOMÍA** DE DONANTE VIVO POR **LUMBOTOMÍA**,
CÓDIGO: 555603
- NEFRECTOMÍA DE **DONANTE VIVO** POR **LAPAROTOMÍA**,
CÓDIGO: 555604
- **NEFRECTOMÍA** DE DONANTE VIVO POR **LAPAROSCOPIA**,
CÓDIGO: 555605

INTERNACIÓN:

- Hasta 3 días
- Auxiliar de recuperación

SERVICIO DE CIRUGÍA:

Derechos de sala de cirugía y recuperación: 3 horas

SUMINISTROS:

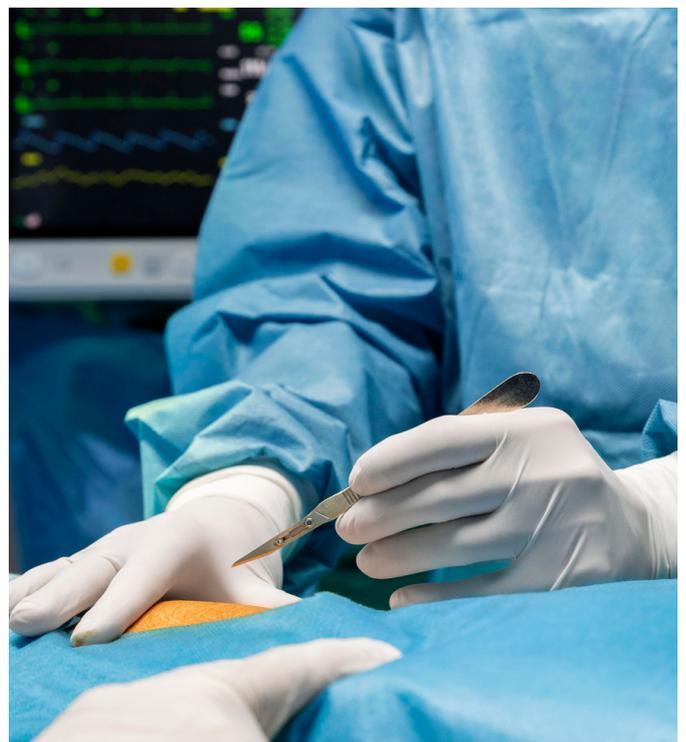
Medicamentos, Anestésicos, soluciones, material de sutura y curación, otros suministros utilizados.

SERVICIOS PROFESIONALES

- Cirujanos
- Ayudantía quirúrgica
- Anestesiólogo
- Perfusionista
- Instrumentadora
- Auxiliar de quirófano
- Nefrólogo

EL PRESENTE PAQUETE NO INCLUYE

- Solución para la perfusión y preservación del órgano (se factura adicional al paquete)
- El manejo médico post-quirúrgico de afecciones no relacionadas con la intervención realizada (se facturará adicional al paquete).



EVALUACIÓN Y NEFRECTOMÍA DEL DONANTE CADAVERÍCO

(Obtención del órgano) - Código CUPS 555601

LABORATORIOS CLÍNICOS

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIOS	CANTIDAD
903866	Alanino Aminotransferasas (SGPT)	1
903867	Aspartato aminotranferasas (SGOT)	1
903809	Bilirrubina directa	1
903809	Bilirrubina total	1
903604	Calcio Iónico	1
906131	Chagas Anticuerpos - Tripanosoma cruzi	1
906205	Citomegalovirus (Anticuerpos IgG) CMV - G (EIA)	1
906206	Citomegalovirus (Anticuerpos IgM) CMV - M (EIA)	1
903813	Cloruro (Cloro)	1
903881	Creatinina en sangre, orina y otras	1
906212	Epstein BARR IgG	1
906215	Epstein BARR IgM	1
903833	Fosfatasa Alcalina	1
903839	Gases arteriales	1
903841	Glucosa en Suero, LCR u otro Fluido diferente a Orina	1
	Hemoclasificación Grupo ABO y Factor Rh.	1
901225	Hemocultivo	1
902210	Hemograma III	1
906317	Hepatitis B Anti s - Ag HBs	1
906223	Hepatitis B Anti s - Antic Hbs	1
906221	Hepatitis B Anticore total	1
906225	Hepatitis C anticuerpo - HVC	1
903857	Nitrogeno Ureico (BUN)	1
907106	Parcial de orina	1
903860	Potasio	1
	Prueba cruzada por linfocitotoxicidad	1
906915	Sifilis, serología presuntiva (cardiolipina o VDRL)	1
903865	Sodio	1
902045	Tiempo de Protrombina PT	1
902049	Tiempo parcial de Tromboplastina PTT	1
906127	Toxoplasma IgG	1
906129	Toxoplasma IgM	1
901236	Urocultivo	1
	VIH - Anticuerpos VIH (EIA)	1

ESTANCIA

Cups - **110A01**: En observación adultos o UCI (24 horas)

SERVICIO DE CIRUGÍA

Cups - **2DS001**: Derechos de sala: 3 horas

SERVICIOS PROFESIONALES

- Ayudantía quirúrgica
- Cirujanos
- Perfusionista
- Anestesiólogo
- Instrumentadora
- Auxiliar de quirófano
- Auxiliar de Mantenimiento
- Auxiliar de Rescate

SUMINISTROS

Medicamentos, Anestésicos, soluciones, material de sutura y curación, otros suministros utilizados.

EL PRESENTE PAQUETE NO INCLUYE**Laboratorio clínico**

Los siguientes exámenes de laboratorio hacen parte del protocolo de manejo y por no ser procesados en el hospital deben ser autorizados en forma adicional por la aseguradora.

- Prueba cruzada por otra técnica diferente a Linfocitotoxicidad
- Histocompatibilidad, estudio completo (HLA, A, B, DR, DQ)

EL PRESENTE PAQUETE NO INCLUYE**Laboratorio clínico**

Los siguientes exámenes de laboratorio hacen parte del protocolo de manejo y por no ser procesados en el hospital deben ser autorizados en forma adicional por la aseguradora.

- Prueba cruzada por otra técnica diferente a Linfocitotoxicidad
- Histocompatibilidad, estudio completo (HLA, A, B, DR, DQ)

Nota:1. El valor del Conjunto corresponde al rescate de un riñón.

Nota: 2. El valor del Conjunto no incluye el transporte interinstitucional del órgano y cuando se cause se facturará adicional.

Nota 3. El paquete no incluye los líquidos de perfusión y preservación del órgano.

Nota 4: El conjunto establece todas las acciones que según el criterio científico se deben realizar para el tratamiento integral del trasplante.

Lo anterior no excluye la posibilidad que casos específicos exijan, en un momento dado, efectuar acciones diferentes de las previstas en el conjunto; sin embargo, enmarcados en el concepto de atención integral, el conjunto se considera como un todo y en esta forma se definió su valor, sea que el paciente amerite o no las actividades descritas, las frecuencias de uso determinadas u otras diferentes.

En consecuencia, el hospital, sobre el valor del conjunto, solo podrá facturar las actividades adicionales previstas, cuando las mismas se causen.

Nota 5. La realización del HLA por técnica molecular es una directriz obligatoria del instituto Nacional de Salud para las instituciones trasplantadoras.

Nota 6. Las pruebas infecciosas que se realicen por PCR serán facturadas adicional al paquete.

TRASPLANTE RENAL CON DONANTE CADAVERÍCO

Código CUPS 556201

LABORATORIOS CLÍNICOS

Previos al acto quirúrgico

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIOS	CANT
903839	Gases arteriales	1
903841	Glucosa en Suero, LCR u otro Fluido diferente a Orina	1
902210	Hemograma IV [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento de Eritrocitos, Índices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento de Plaquetas e Índices Plaquetarios] Método Manual y Semiautomático.	4
903857	Nitrogeno Ureico (BUN)	1
903860	Potasio	1
907106	Parcial de orina	1
903865	Sodio	1
902045	Tiempo de protombina PT	1
902049	Tiempo parcial de tromboplastina PTT	1
903881	Creatinina en sangre orina y otros	1
AYUDAS DIAGNÓSTICAS		
871121	Rayos X de Tórax (AP y lateral)	1
895100	Electrocardiograma	1

SERVICIOS PROFESIONALES

- Cirujano de trasplante renal
- Nefrólogo
- Ayudantía Quirúrgica
- Anestesiología
- Perfusionista
- Instrumentadora
- Auxiliar de quirófano
- Auxiliar de recuperación

➤ **DERECHOS DE SALA:** 3 horas

➤ **SALA DE RECUPERACIÓN:** 3 horas

➤ **ESTANCIA EN UCI:** 24 horas

ACTIVIDADES POS QUIRÚRGICAS

HOSPITALIZACIÓN:

Hasta 10 días en habitación unipersonal con semi aislamiento.

SERVICIOS PROFESIONALES DURANTE EL PRIMER MES POSTRASPLANTE

- Psicología
- Trabajo Social
- Nutrición
- Nefrología
- Cirujano de trasplante renal.

LABORATORIOS CLÍNICOS

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIOS	CANT
903813	Cloruro (Cloro)	Hasta 10
903881	Creatinina en sangre orina y otras	Hasta 10
903839	Gases Arteriales	Hasta 5
903841	Glucosa en Suero, LCR u otro Fluido diferente a Orina	Hasta 10
907106	Parcial de orina	Hasta 3
902210	Hemograma IV [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento de Eritrocitos, Índices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento de Plaquetas e Índices Plaquetarios] Método Manual y Semiautomático.	Hasta 10
903857	Nitrógeno Ureico (BUN)	Hasta 10
903860	Potasio	Hasta 10
903865	Sodio	Hasta 10
	Niveles séricos de inmunosupresores	

SUMINISTROS

Medicamentos, Anestésicos, soluciones, material de sutura y curación, otros suministros utilizados.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

- Estudio de riñón trasplantado con análisis doppler. hasta 1
- Ecografía renal del riñón trasplantado - hasta 3
- Rx Torax (AP y Lateral) - hasta 1
- Biopsia renal - hasta 1

NEFROLOGÍA

Hemodiálisis por función retardada del injerto - 1 sesión

TERAPIAS

Terapias respiratorias

MEDICAMENTOS

- Prednisolona (20 tabletas hasta por 7 días)
- Ciclosporina o tacrolimus (por un mes)
- Micofenolato Mofetil o Sódico (por un mes)
- Sirolimus o Everolimus (por un mes)

MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL PAQUETE

- Timoglobulina 1-1.5mg/kg/día x 3-5 dosis u otros anticuerpos monoclonales o policlonales.
- Cisatracurio Besilato 10MG/5ML
- Líquidos de perfusión

SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL PAQUETE

Renograma secuencial con filtración glomerular

Nota: 1. Los servicios profesionales incluye el manejo quirúrgico de las complicaciones inherentes a la cirugía del trasplante que se presenten en el paciente durante el primer mes, contado desde el momento en que se trasplantó, entre ellas: revisión por hemorragia o hematoma, nefrectomía del injerto, manejo de fístula urinaria, el tratamiento de todas las otras complicaciones se factura adicional al paquete.

Nota: 2. Los medicamentos inmunosupresores, antivirales, anti rechazo y medicamentos especiales No pos que se llegaren a necesitar se facturarán adicional al paquete.

Nota 3. En caso de hemotransfusión, se encuentran incorporadas al paquete, hasta 2 unidades, solo si la causa de la hemorragia es inherente al trasplante renal.

Nota: 4. El Conjunto establece todas las acciones que, según el criterio científico, se deben realizar para el tratamiento integral del trasplante. Lo anterior no excluye la posibilidad que casos específicos exijan, en un momento dado, efectuar acciones diferentes de las previstas en el conjunto; sin embargo, enmarcados en el concepto de atención integral, el conjunto se considera como un todo y en esta forma se definió su valor, sea que el paciente amerite o no las actividades descritas, las frecuencias de uso determinadas u otras diferentes. En consecuencia, el hospital, sobre el valor del Conjunto, sólo podrá facturar las actividades adicionales previstas, cuando las mismas se causen.

Nota: 5. Las pruebas infecciosas que se realicen por PCR serán facturadas adicionalmente al paquete.

TRASPLANTE RENAL CON DONANTE VIVO

Código CUPS 556201-1

LABORATORIOS CLÍNICOS

Previos al acto quirúrgico

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIOS	CANTIDAD
903839	Gases arteriales	1
903857	Nitrógeno ureico (BUN)	1
902045	Tiempo de Protrombina PT	1
902049	Tiempo parcial de tromboplastina PTT	1
907106	Parcial de orina	1
903881	Creatinina en sangre, orina y otros	1
903841	Glucosa en suero, LCR u otros diferentes a orina	1
902210	Hemograma tipo IV (Hemoglobina, Hematocrito, recuento de Eritrocitos, Índices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento de plaquetas e índices plaquetarios) método manual y semiautomático.	1
903860	Potasio	1
903865	Sodio	1
AYUDAS DIAGNÓSTICAS		
871121	Rayos X de Tórax (AP y lateral)	1
895100	Electrocardiograma	1

DERECHOS DE SALA

- Tiempo quirúrgico: 3 horas

SERVICIOS PROFESIONALES

- Especialista - Cirugía general
- Ayudantía quirúrgica
- Anestesiología
- Instrumentadora
- Perfusionista
- Auxiliar de recuperación
- Auxiliar de quirófano

ACTIVIDADES POS QUIRÚRGICAS

OTRAS VALORACIONES DURANTE EL PRIMER MES POSTRASPLANTE

- Psicología
- Trabajo Social
- Nutrición
- Nefrología
- Cirujano de trasplante renal

ESTANCIA

- Hasta 7 días de estancia en habitación unipersonal
- 1 día de UCI (si se requiere)

LABORATORIOS CLÍNICOS

Durante la estancia

CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIOS	CANTIDAD
903881	Creatinina en sangre, orina y otros	Hasta 7
903839	Gases arteriales	Hasta 7
903841	Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina	Hasta 7
902210	Hemograma IV [Hemoglobina, Hematocrito, Recuento de Eritrocitos, Índices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento de Plaquetas e índices plaquetario] método manual y semiautomatizado	Hasta 7
903857	Nitrógeno ureico (BUN)	Hasta 7
903860	Potasio	Hasta 7
903865	Sodio	Hasta 7
907106	Parcial de orina	Hasta 2
	Urocultivo, incluye identificación y antibiograma	1
	Niveles séricos de inmunosupresores	

NEFROLOGÍA

Hemodiálisis - una sesión en caso de función retardada del injerto.

TERAPIAS

Terapias respiratorias

MEDICAMENTOS

- Prednisolona 20 tabletas - hasta por 7 días
- Ciclosporina o tacrolimus (por un mes)
- Micofenolato Mofetil o Sódico (por un mes)
- Sirolimus o Everolimus (por un mes)

SUMINISTROS

Medicamentos, Anestésicos, soluciones, material de sutura y curación, otros suministros utilizados.

EL PRESENTE PAQUETE NO INCLUYE

- Timoglobulina 1-1.5 mg/kg día x 3-5 dosis u otros anticuerpos monoclonales o policlonales.
- Líquidos de perfusión.
- Renograma secuencial con filtración glomerular

Nota: 1. Los servicios profesionales incluye el manejo quirúrgico de las complicaciones inherentes a la cirugía del trasplante que se presenten en el paciente durante el primer mes, contado desde el momento en que se trasplantó, entre ellas: revisión por hemorragia o hematoma, nefrectomía del injerto, manejo de fístula urinaria, manejo de colecciones. El tratamiento de todas las otras complicaciones se factura adicional al paquete.

Nota: 2. Los medicamentos inmunosupresores, antivirales, antirechazo y medicamentos especiales No pos que se llegaren a necesitar se facturarán adicional al paquete.

Nota: 3. En caso de hemotransfusión, se encuentran incorporadas al paquete, hasta 2 unidades, solo si la causa de la hemorragia es inherente al trasplante renal.

Nota: 4. El Conjunto establece todas las acciones que según el criterio científico, se deben realizar para el tratamiento integral del trasplante. Lo anterior no excluye la posibilidad que casos específicos exijan, en un momento dado, efectuar acciones diferentes de las previstas en el conjunto; sin embargo, enmarcados en el concepto de atención integral, el conjunto se considera como un todo y en esta forma se definió su valor, sea que el paciente amerite o no las actividades descritas, las frecuencias de uso determinadas u otras diferentes. En consecuencia, el hospital, sobre el valor del Conjunto, sólo podrá facturar las actividades adicionales previstas, cuando las mismas se causen.

Nota: 5. Las pruebas infecciosas que se realicen por PCR serán facturadas adicionalmente al paquete.

CONTROL MENSUAL POS-TRASPLANTE RENAL AL TRASPLANTADO

(Consulta integral de control o de seguimiento por equipo interdisciplinario) Código CUPS 890315-1

LABORATORIOS CLÍNICOS

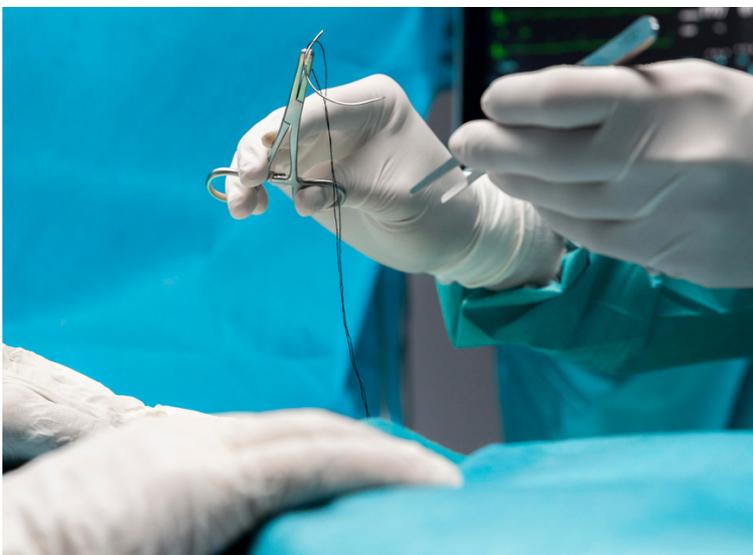
CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIOS	CANTIDAD
903877	Ácido úrico	TRIMESTRAL
903604	Calcio iónico	Según Criterio
903813	Cloruro (Cloro)	MENSUAL
903881	Creatinina en sangre orina y otros	MENSUAL
903823	Creatinina, depuración	TRIMESTRAL
903836	Fósforo colorimétrico	Según Criterio
903841	Glucosa en suero, LCR u otros fluidos	MENSUAL
902210	Hemograma tipo IV (Hemoglobina, Hematocrito, recuento de Eritrocitos, Índices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento de plaquetas e índices plaquetarios) método manual y semiautomático	MENSUAL
903855	Magnesio colorimétrico	MENSUAL
	Monitoreo de inmunosupresores	MENSUAL
903857	Nitrógeno ureico (BUN)	MENSUAL
907106	Parcial de orina	MENSUAL
	Perfil lipídico	TRIMESTRAL
903860	Potasio	Según Criterio
903862	Proteinuria en 24 horas	TRIMESTRAL
903865	Sodio	Según Criterio

SERVICIOS PROFESIONALES.

- Nefrólogo
- Cirujano de trasplante
- Psicología
- Trabajo social
- Nutrición
- Enfermería

NOTA 1: El control mensual post-trasplante lo realizará el Nefrólogo o cirujano de trasplante renal y según criterio del especialista y evolución clínica del paciente, podrán ser solicitadas valoraciones adicionales por otro especialista o grupo de apoyo en el mes o solicitar laboratorios clínicos incluidos dentro del paquete, en número superior al incluido dentro de éste, se facturarán fuera del mismo.

NOTA 2: Las valoraciones por grupo de apoyo se realizarán cada 3 meses o cuando el especialista de trasplante lo estime necesario.



CONTROL AL DONANTE RENAL VIVO

Código CUPS 890315-3

LABORATORIOS CLÍNICOS SEGÚN CRITERIO MÉDICO

- Ácido úrico
- Creatinina en sangre orina y otros
- Hemograma tipo IV (Hemoglobina , Hematocrito, recuento de Eritrocitos, Índices Eritrocitarios, Leucograma, Recuento de plaquetas e índices plaquetarios) método manual y semiautomático.
- Nitrógeno ureico (BUN)
- Proteinuria en 24 horas
- Parcial de orina
- Glucosa en suero, LCR u otros fluidos
- Potasio
- Sodio
- Creatinina, depuración
- Perfil lipídico

SERVICIOS PROFESIONALES

- Nefrólogo
- Cirujano de trasplante
- Psicología
- Trabajo Social
- Nutrición
- Enfermería

NOTA 1: El control para el donante vivo lo realizará el Nefrólogo o cirujano de trasplante renal y según criterio del especialista y evolución clínica del paciente podrán ser solicitadas valoraciones adicionales por otro especialista o grupo de apoyo o solicitar laboratorios clínicos incluidos dentro del paquete, en número superior al incluido dentro de éste, se facturarán fuera del mismo.

NOTA 2: Las valoraciones por grupo de apoyo se realizarán cada 6 meses o cuando el especialista de trasplante lo estime necesario.



¡Juntos Crecemos en Salud!



 www.hospitalneiva.gov.co

 Correo Institucional:
Hospital.universitario@huhmp.gov.co

 Facebook:
ESE Hospital Universitario Hernando
Moncaleano Perdomo

 Instagram:
[hospitaluniversitarioneiva](https://www.instagram.com/hospitaluniversitarioneiva)

 Youtube:
ESE Hospital Universitario de Neiva

 Twitter: @HUNeiva

Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 – 871 4440

Call center: (60 8) 871 5907

Línea Gratuita: 01 8000 957878

Neiva – Huila - Colombia

VIGILADO Supersalud 
Línea de atención al usuario: 6500870 Bogotá
Línea gratuita nacional: 018000910383