LIBRO RESUMEN

23, 24 Y 25 DE AGOSTO 2023

CENTRO DE CONVENCIONES W SANTIAGO

ÍNDICE

BIENVENIDA 3

COMITÉS 4

INVITADOS INTERNACIONALES 5

PATROCINADORES 6

AUSPICIADORES 7

PROGRAMA 8

ÍNDICES RESÚMENES TRABAJOS LIBRES:

PRESENTACIONES JUEVES 24 12

PRESENTACIONES JUEVES 24 13

PRESENTACIONES VIERNES 25 39

PRESENTACIONES VIERNES 25 40

BIENVENIDA

Estimados Amigos:

En nuestro cariño por la actividad de donación y trasplante es que estamos felices de poder reencontrarnos presencialmente en la actividad que nos permite comunicarnos como comunidad trasplantológica: nuestro congreso bianual.

Ha sido un periodo difícil pues, pandemia mediante, hemos visto un vaivén de nuestro quehacer que, afortunadamente, se ha retomado de una nueva manera y con nuevos bríos.

Los invito a participar activamente de nuestro congreso. A discutir positivamente en la academia, a compartir un momento de solaz, a reencontrar a amigos que no hemos tenido oportunidad de ver en los últimos 3 años, pero principalmente a reencontrarnos como comunidad de trasplante con este quehacer que tantas gratificaciones nos deja, sobre todo desde el punto de vista humano.

¡Un abrazo cariñoso!

Dra. Ximena Rocca

Presidenta Sociedad Chilena de Trasplante

COMITÉ EJECUTIVO

Dra. Ximena Rocca Solis

Dr. Álvaro Kompatzki Gaete

COMITÉ CIENTÍFICO

DIRECTORES DEPARTAMENTO TRASPLANTE RENAL

Dra. María Esperanza Selamé
Dra. Ximena Rocca
Dr. Juan Pablo Huidobro

DIRECTORES DEPARTAMENTO TRASPLANTE HEPÁTICO

Dr. Jorge Martínez
Dr. Rodrigo Wolff

DIRECTOR DEPARTAMENTO TRASPLANTE PULMONAR

Dr. Joel Melo

DIRECTOR DEPARTAMENTO TRASPLANTE CARDÍACO

Dr. Víctor Rossel

DIRECTORA DEPARTAMENTO ENFERMERÍA EN TRASPLANTE

E.U. Paulina Dellepiane

DIRECTORA DEPARTAMENTO TEJIDOS Y PIEL

Dra. Dare Turenne

DIRECTOR DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA

Dr. Gonzalo Méndez

DIRECTORA DEPARTAMENTO INTENSIVO

Dra. Magdalena Vera

DIRECTORA DEPARTAMENTO RADIOLOGÍA EN TRASPLANTE

Dra. Yessenia Orellana

DIRECTORA DEPARTAMENTO PROCURAMIENTO

Dra. Francisca López

DIRECTOR DEPARTAMENTO TRASPLANTE CÓRNEA

Dra. Maximiliano Feldman

Dr. Gonzalo Sapisochin

Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Especialista en Cirugía de Trasplantes Abdominales y Oncológica Hepatobiliopancreatica.

PhD. Master en epidemiología clínica, Toronto General Hospital. Universidad de Toronto.

Dr. Christopher Blosser

Profesor Asociado de Nefrología

Director Fellowship de Trasplante de la UW, Universidad de Washington, Seattle, EE.UU.

Dra. Vineeta Kumar

Profesora de Nefrología

Directora Programas de Trasplante Renal con Donante Vivo y Trasplante Renal Incompatible, University of Alabama at Birmingham, Alabama, EE.UU.

Dr. Glauco Westphal

Doctorado en medicina intensiva

Máster en donación de órganos Organización Nacional de Trasplantes de España.

Coordinador del Comité de trasplantes de Santa Catarina, Brasil.

PATROCINADORES

FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

SOCIEDAD CHILENA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR

SCHCP
SOCIEDAD CHILENA
CIRUGIA PEDIATRICA

SOCHIQUEM
Sociedad Chilena de Quemaduras

Sociedad Chilena
de Nefrología

Sociedad
Chilena
de Pediatría
1922 - 2023

SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA
SCHU

AUSPICIADORES

Organ Recovery systems

Pfizer

SANDOZ A Novartis Division

Gador

GSK

LABORATORIOCHILE | teva

sanofi

ALMEDIS

SALA 1	
14:00 14:30	INSCRIPCIONES
14:30 18:00	CURSO PRECONGRESO "INMUNOLOGÍA CLÍNICA EN TRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS"
	MÓDULO I **PRESIDENTA: DRA. MARÍA ALICIA FERNÁNDEZ** **SECRETARIA: DRA. PÍA ROSATI**
14:30 15:00	ROL DEL ISP EN EL PROCESO DE SELECCIÓN Y ASIGNACIÓN DE ÓRGANOS SÓLIDOS (DIFERENCIAS ENTRE LOS DIFERENTES ÓRGANOS SÓLIDO) **TM. MICHAEL IBACACHE - INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA**
15:00 15:20	PRUEBAS DE HISTOCOMPATIBILIDAD. ESTUDIO DE LOS ANTICUERPOS ANTI HLA DISPONIBLES EN CHILE **TM. MANUEL JIMÉNEZ - INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA**
15:20 15:50	BASES DE LA TERAPIA INMUNOSUPRESORA EN EL TRASPLANTE **DRA. PILAR ACUÑA - CLÍNICA DÁVILA**
15:50 16:00	SESIÓN DE PREGUNTAS
16:00 16:15	RECESO
	MÓDULO II PRESIDENTA: DRA. JACQUELINE PEFAUR
16:15 16:45	EVALUACIÓN DEL RIESGO INMUNOLÓGICO EN EL TRASPLANTE **EXPOSITOR: DR. GIOVANNI ENCISO - COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO TRUDEAU**
16:45 17:15	FISIOPATOLOGÍA DEL RECHAZO AGUDO Y CRÓNICO **DR. GONZALO CORREA - CLÍNICA SANTA MARÍA**
17:15 18:00	SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS **MODERA: DRA. JACQUELINE PEFAUR**
	CASO CLÍNICO 2: PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO TRASPLANTE DE PÁNCREAS RIÑÓN DIAGNÓSTICO DE RECHAZO DE PÁNCREAS Y TRATAMIENTO. ¿LA BIOPSIA DEL INJERTO NO AFECTADO OFRECE INFORMACIÓN VÁLIDA? **DR. JUAN GONZÁLEZ**
	CASO CLÍNICO 3: PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO RECHAZO POR AC. NO HLA DEFINICIÓN, ¿CUÁNDO SOSPECHAR UN RECHAZO MEDIADO POR AC. NO HLA? **DRA. CAROLINA PALMA**
	CIERRE
18:00 18:30	PAUSA
18:30 18:50	CEREMONIA DE INAUGURACIÓN
18:50 19:30	CONFERENCIA MAGISTRAL: INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SALUD ¿AMENAZA U OPORTUNIDAD? **DR. MARCELO ANDÍA KOHNENKAMPF**
19:30 19:40	HOMENAJE DR. MARIO URIBE MATURANA **DRA. GLORIA GONZÁLEZ**
19:40 19:50	HOMENAJE DRA. JACQUELINE PEFAUR PENNA **DR. GIOVANNI ENCISO**
19:50 20:00	HOMENAJE DR. MARIO FERRARIO BARRIGA **DR. ERWIN BUCKEL**

	SALA 1		SALA 2
08:30 09:00	**PLENARIO I** SCREENING DE CÁNCER EN EL PRE Y POST-TRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS **DR. CHRISTOPHER BLOSSER - USA** **MODERA: DR. JUAN PABLO HUIDOBRO**		
09:00 10:30	SIMPOSIO TRASPLANTE RENAL I - MONITOREO DEL INJERTO RENAL **PRESIDENTA: DRA. XIMENA ROCCA** **SECRETARIA: DRA. MARÍA ESPERANZA SELAMÉ**	09:00 10:30	SIMPOSIO TRASPLANTE HEPÁTICO I **PRESIDENTE: DR. ROBERTO HUMERES** **SECRETARIO: DR. FELIPE LEÓN**
09:00 09:25	DNA LIBRE DERIVADO DEL DONANTE Y PERFILES DE EXPRESIÓN GÉNICA ¿HORA DE INCORPORARLOS? **DR. GIOVANNI ENCISO**	09:00 09:15	TRX HEPÁTICOS EN TUMORES PEDIÁTRICOS. **DRA. GLORIA GONZÁLEZ - HOSPITAL CALVO MACKENNA**
		09:15 09:30	PERFUSIÓN NORMOTÉCNICA EN TRX DE HÍGADO. **DR. HANS LEMBACH. HOSPITAL CLÍNICO U. CHILE**
09:25 09:50	UTILIDAD DEL ANÁLISIS DE ORINA: ANTIGUOS Y NUEVOS BIOMARCADORES **MODERA: DR. JUAN PABLO HUIDOBRO**	09:30 09:45	EXPERIENCIA NACIONAL CON PERFUSIÓN ADAPTADA **DR. ROLANDO REBOLLEDO - PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA**
09:50 10:15	RECHAZO BORDELINE Y GLOMERULOPATÍA DEL TRASPLANTE: ¿CÓMO ENTENDER MEJOR LO QUE ESTÁ PASANDO? **DR. GONZALO MÉNDEZ**	09:45 10:00	LÍMITES DEL DONANTE VIVO **DR. MARTÍN DIB - PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA**
10:15 10:30	DISCUSIÓN	10:00 10:30	DISCUSIÓN
10:30 11:00	CAFÉ		
11:00 12:30	SIMPOSIO TRASPLANTE RENAL II EXPANDIENDO EL TRASPLANTE **PRESIDENTA: DRA. MARÍA ALICIA FERNÁNDEZ** **SECRETARIO: DR. GIOVANNI ENCISO**	11:00 12:30	SIMPOSIO TRASPLANTE HEPÁTICO II **PRESIDENTE: DR. RODRIGO WOLFF** **SECRETARIA: DRA. BLANCA NORERO**
11:00 11:25	FRAGILIDAD EN EL RECEPTOR: COMO EVALUARLA Y LÍMITES DE ACEPTABILIDAD **DRA. VINEETA KUMAR- USA**	11:00 11:15	PRE HABILITACIÓN Y NUTRICIÓN PRE TRX **DRA. ALEJANDRA DOMÍNGUEZ**
11:25 11:50	POTENCIAL RECEPTOR CON HISTORIA DE CÁNCER: CRITERIOS DE ACEPTABILIDAD **DR. CHRISTOPHER BLOSSER - USA**	11:15 11:30	¿CÓMO INICIAR UN PROGRAMA PÚBLICO EN REGIONES? **DRA. MARTA MCVIVAR**
11:50 12:15	INJERTO FALLANDO: ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS Y OPCIONES DE RETRASPLANTE **DR. FERNANDO GONZÁLEZ**	11:30 11:45	ESTRATEGIAS PARA EL PACIENTE INMUNOLÓGICAMENTE DIFÍCIL **DR. ÁLVARO URZÚA**
		11:45 12:00	¿QUÉ VIENE EN EL TRATAMIENTO DEL HCC CON TRX HÍGADO **DR. GONZALO SAPISOCHIN - CANADÁ**
12:15 12:30	DISCUSIÓN	12:00 12:30	DISCUSIÓN
12:30 13:00	**PLENARIO II** EL TRASPLANTE HEPÁTICO COMO TRATAMIENTO DEL CÁNCER **EXPONE: DR. GONZALO SAPISOCHIN - CANADÁ. MODERA: DR. MARTIN DIB**		
13:00 14:00	SIMPOSIO INDUSTRIA I. GENTILEZA SANDOZ TRASPLANTE RENAL EN PEDIATRIA **DR. JORGE ROBERTO FERRARIS - MODERA: SR.ROBIN PIRON**		
14:00 15:00	TRABAJOS LIBRES I	14:00 15:00	TRABAJOS LIBRES II
15:00 15:30	**PLENARIO III** ¿CÓMO INVOLUCRAR A LOS INTENSIVISTAS EN EL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS? **DR. GLAUCO WESTPHAL** **MODERA: DRA. MAGDALENA VERA**		
15:30 16:30	SIMPOSIO ALOCACIÓN: ¿CÓMO MEJORAMOS LA ASIGNACION DE ÓRGANOS Y TEJIDOS? **MESA REDONDA RIÑÓN CASA: ¿ETAPA SUPERADA?** **MODERA: DRA. XIMENA ROCCA**	15:30 16:30	TRABAJOS LIBRES III
15:30 15:50	EL RIÑÓN CASA COMO UNA FUENTE LEGAL DE INEQUIDAD **DR. ÁLVARO KOMPATZKI**		
15:50 16:10	ELIMINACIÓN DEL RIÑÓN CASA. LA VISIÓN DE LAS REGIONES **DR. CRISTIAN CANCINO - HOSPITAL LAS HIGUERAS TALCAHUANO**		
16:10 16:30	DISCUSIÓN		
16:30 17:00	CAFÉ		
17:00 17:30	**PLENARIO IV** ¿ES TIEMPO DE LAS MASCOTAS EN INMUNOSUPRIMIDOS? MESA REDONDA: "INCORPORACION DE LAS MASCOTAS EN LA ATENCION HUMANIZADA EN INTENSIVO" **DRA. BÁRBARA ARCE** **PRESIDENTA: E.U PAULINA DELLEPIANE - SECRETARIA: E.U ELIZABETH GALDAMES**		
17:30 19:00	SIMPOSIO ENFERMERÍA EN TRASPLANTE **PRESIDENTA: E.U SANDRA VILCHES** **SECRETARIA: E.U CARMEN MORALES**	17:30 19:00	SIMPOSIO CORAZÓN **COORDINADORES:** **DR. CRISTÓBAL BALMACEDA A** **TM. MICHAEL IBACACHE V**
17:30 17:45	TRANSICIÓN DE ADOLESCENTES DE SERVICIOS PEDIÁTRICOS A ADULTOS **DRA. TAMARA ZUBAREW**	17:30 17:50	NUEVA PROPUESTA DE INGRESO/MANTENCIÓN EN LISTA DE ESPERA PARA RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDIACO **DR. ERNESTO ARÁNGUIZ S** **HOSPITAL GUSTAVO FRICKE**
17:45 18:00	EXPERIENCIA EN TRANSICIÓN DEL ADOLESCENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AL ADULTO **DRA. FRANCISCA ARANCIBIA**	17:50 18:10	SELECCIÓN DE DONANTES EN TRASPLANTE DE CORAZÓN **DR. ENRIQUE SEGUEL** **HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN**
18:00 18:15	EDUCAR VALIDANDO LAS EMOCIONES Y AYUDANDO A IDENTIFICARLAS **PS. PAULINA HURTADO**	18:10 18:30	TRASPLANTE EN SITUACIONES ESPECIALES EN PEDIATRÍA **DR. DANIEL SPRINGMULLER** **PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA**
18:15 18:30	ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA ADHERENCIA EN POBLACIÓN TRASPLANTADA A LO LARGO DE LA VIDA **E.U CAROLINA NEIRA**	18:30 19:00	COMENTARIOS/DISCUSIÓN **DR. ONEGLIO PEDEMONTE**
19:00 20:00	ASAMBLEA DE SOCIOS. ELLECIÓN DIRECTIVA 2024-25		
20:00	CÓCTEL CAMARADERÍA		

	SALA 1	SALA 2
08:30 09:00	**PLENARIO V** ACTUALIZACIÓN EN XENOTRASPLANTE **DRA. VINEETA KUMAR- USA** **MODERA: DR. GONZALO CORREA**	
09:00 10:30	SIMPOSIO CORNEA **MODERADOR: DR. MAXIMILIANO FELDMAN**	09:00 10:30 SIMPOSIO TRASPLANTE PULMONAR **MODERA: DRA. CLAUDIA SEPÚLVEDA** **DR. JOEL MELO**
09:00 09:10	PROCURAMIENTO DE TEJIDO CORNEAL. **DR.DENNIS CORTÉS**	09:00 09:15 ECMO COMO PUENTE PARA TRASPLANTE PULMONAR. EXPERIENCIA CLÍNICA SANTA MARÍA **DRA. VIRGINIA LINACRE**
09:10 09:20	TRASPLANTE CORNEAL EN CHILE. ¿EN QUÉ ESTAMOS? **DR. RODRIGO CASTILLO**	09:15 09:30 CONSIDERACIONES QUIRÚRGICAS EN TRASPLANTE PULMONAR PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA CLÍNICA LAS CONDES **DR. FELIPE UNDURRAGA**
09:20 09:30	CIRUGÍA PENETRANTE EN QUERATITIS INFECCIOSA. **DR.ROLF RAIMANN**	
09:30 09:40	RECHAZOS CORNEALES SEGÚN PATOLOGÍA. **DR. ANDRÉS UAUY**	09:30 09:45 TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS: EXPERIENCIA EN CLÍNICA ALEMANA **DR. HERNÁN CABELLO**
09:40 09:50	EVOLUCIÓN DEL TRASPLANTE CORNEAL. **DR. MAXIMILIANO FELDMAN**	
09:50 10:00	MÁS ALLA DEL TRASPLANTE TRADICIONAL **DRA. ANDREA CRUZAT**	09:45 10:00 REHABILITACIÓN PULMONAR PRE-TRASPLANTE **KLGO. SÉRGIO SEPÚLVEDA. CLÍNICA SANTA MARÍA**
10:00 10:10	GENERALIDADES, TÉCNICAS Y PROMESAS EN TX DE CÓRNEA. **DR. RODRIGO DONOSO**	
10:10 10:20	CÓRNEA	10:00 10:15 REHABILITACIÓN PULMONAR POS-TRASPLANTE **KLGA. FRANCISCA SILVA. CLÍNICA LAS CONDES**
10:20 10:30	DISCUSIÓN	10:15 10:30 DISCUSIÓN
10:30 11:00	CAFÉ	
11:00 12:30	SIMPOSIO TRASPLANTE PIEL **MODERA: DRA. DARE TURENNE**	11:00 12:30 SIMPOSIO RADIOLOGÍA EN TRASPLANTE **PRESIDENTA: DRA. YESENIA ORELLANA** **SECRETARIA: DRA. ANDREA GLASINOVIC**
11:10 11:20	PIEL DE BANCO EN GRANDES QUEMADOS. BALANCE DE UNA EXPERIENCIA (1984-2023) **DR. JORGE VILLEGAS CANQUIL**	11:00 11:15 COMPLICACIONES TARDÍAS DEL TRASPLANTE PULMONAR **DR. FELIPE SÁNCHEZ**
11:20 11:40	DONACIÓN VIVA DE TEJIDOS. EJEMPLO DE LA REGIÓN DE TARAPACÁ **DR. MARCELO FONSECA**	11:15 11:30 EVALUACIÓN IMAGENOLÓGICA DEL TRASPLANTE RENAL **DRA. CAROLINA CARVAJAL**
11:40 12:00	REPORTE DE LOS PRIMEROS CASOS DE MANEJO DE GRANDES QUEMADOS CON COBERTURA CUTÁNEA ""TRANSITORIA-DEFINITIVA"" DE HOMOINJERTOS DE PIEL TOTAL DE DONANTE VIVO **DRA. CAROLINA SOTO**	11:30 11:45 ULTRASONIDO PRECOZ EN TRASPLANTE HEPÁTICO **DR. JUAN SALVADOR CASAS**
12:00 12:20	PIEL PARCIAL DE DONANTE CADÁVER. INDICACIONES Y USOS EN QUEMADOS **DR. SEBÁSTIAN VILLEGAS**	11:45 12:00 COMPLICACIONES VENOSAS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO **DR. ÁLVARO HUETE**
12:20 12:30	PREGUNTAS Y RESPUESTAS	12:00 12:15 RADIOLOGÍA INTERVENCIONAL EN EL MANEJO DE COMPLICACIONES DE TRASPLANTES EN PEDIATRÍA **DRA. CLAUDIA MOYA**
12:00 12:10		12:15 12:30 PREGUNTA A LOS EXPERTOS
12:30 13:00	TRABAJOS IV	TRABAJOS V
13:00 14:00	SIMPOSIO INDUSTRIA II. GENTILEZA GSK	
14:00 15:00	TRABAJOS VI	14:00 15:00 TRABAJOS VII
15:00 16:30	SIMPOSIO TRASPLANTE RENAL III COMPLICACIONES DEL TRASPLANTADO RENAL **PRESIDENTA: DRA. DANIELA ZAMORA** **SECRETARIA: DRA. FRANCISCA LÓPEZ**	15:00 16:30 SIMPOSIO INTENSIVO **PRESIDENTA: DRA. LUCÍA ARRATÍA** **SECRETARIO: DR. LUIS FÁBREGA SAAVEDRA**
15:00 15:25	CMV: NUEVAS TERAPIAS **DR. RICARDO RABAGLIATI. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA**	15:00 15:30 MANEJO DEL POSIBLE DONANTE **DR. GLAUCO WESTPHAL**
15:25 15:50	RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL TRASPLANTADO RENAL: ¿CÓMO MINIMIZARLO? **DRA. VINEETA KUMAR. EE.UU**	15:30 15:50 CUIDADOS DE FIN DE VIDA Y MANEJO DEL DONANTE EN UCI **E.U MACARENA AMTAHUER**
15:50 16:15	RECURRENCIA DE GLOMERULOPATÍAS: NOVEDADES PARA LA DETECCIÓN PRECOZ **DR. LEOPOLDO ARDILES - HOSPITAL REGIONAL VALDIVIA**	15:50 16:10 VISITAS DE 24 HORAS EN LA UCI **DR. GLAUCO WESTPHAL**
		16:10 16:30 DONACIÓN DE ÓRGANOS EN ECMO **DR. VICTOR ILLANES**
16:30 17:00	CAFÉ	
17:00 17:30	**PLENARIO VI** CONSIDERACIONES EN DONANTES COVID 19+ **EXPOSITOR: DR. RODRIGO BLAMEY** **MODERADOR: DR. JOEL MELO**	
17:30 18:00	REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTE COORDINADORA NACIONAL DE TRASPLANTE **MODERADORA: DRA. XIMENA ROCCA**	
18:00 19:00	PRESENTACIÓN DE LOS MEJORES TRABAJOS (6)	
19:00 19:20	PREMIACIÓN	
19:20 19:30	CLAUSURA	

JUEVES 24 / SALA I / 14:00 a 15:00

EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MUESTREO LIMITADO PARA ESTIMAR ABC0-24 DE TACROLIMUS DE LIBERACION PROLONGADA Y EL ROL DE CYP3A5 EN TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO 14

RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS NO HLA ANTI-ENDOTELIO EN EL TRASPLANTE RENAL 15

EL TRASPLANTE DE CÉLULAS DENDRÍTICAS RENALES OBTENIDAS DE UN ANIMAL HIPERTENSO TRANSFIEREN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL 16

PIELOURETERO-ANASTOMOSIS EN EL MANEJO DE COMPLICACIONES DE LA VÍA URINARIA ALTA EN PACIENTES TRASPLANTADOS: SERIE DE CASOS 17

RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPO NO HLA Y MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA. CASO CLÍNICO 18

ID44EXPERIENCIA LOCAL DEL ANÁLISIS DE BIOMARCADORES URINARIOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE RENAL MEDIANTE MACHINE LEARNING 19

PROTOTIPO DE APLICACIÓN PARA LA COORDINACIÓN QUIRÚRGICA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS (A.C.T.O) PARA TELÉFONOS INTELIGENTES. 20

NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DONANTE VIVO MANO ASISTIDA SIN DISPOSITIVO DE SELLE. ANÁLISIS DE 72 CASOS REALIZADOS POR UN CIRUJANO 21

JUEVES 24 / SALA II / 14:00 a 15:00

PRIMER CENTRO DE TRASPLANTE HEPÁTICO REGIONAL: EXPERIENCIA EN ADULTOS. 22

TRASPLANTE MONOSEGMENTARIO DE HÍGADO EN LACTANTES PEQUEÑOS 23

MORTALIDAD PERIOPERATORIA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO, REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA DE UN CENTRO NACIONAL 24

UN MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SALUD: UNA IDEA DE SU APLICACIÓN EN CHILE. 25

INMUNOMODULACIÓN HEPÁTICA EN TRASPLANTE COMBINADO HÍGADO-RIÑÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. 26

TRES AÑOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO 27

ASPECTOS BIOETICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN TRASPLANTE 28

TRASPLANTE DE PÁNCREAS AISLADO COMO TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA PANCREÁTICA POST PANCREATECTOMÍA TOTAL. CASO CLÍNICO 29

JUEVES 24 / SALA II / 15:30 a 16:35

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL DESARROLLO DE NEOPLASIAS EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL 30

EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL ROL DE ENFERMERA COORDINADORA VAD EN SITUACIONES DE ALARMA ASOCIADAS AL USO DE DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA DE LARGO PLAZO HEARTWARE® DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE 31

LAS LISTAS DE ESPERA PARA TRASPLANTE RENAL NO SON EQUITATIVAS Y OBLIGAN A BUSCAR SOLUCIONES REALES PARA QUE NO SEAN FANTASÍAS DE QUIENES CREEN QUE RECIBIRÁN UN INJERTO 32

RASPLANTE RENAL EXITOSO EN PACIENTE CON SUPERPOSICIÓN DE GLOMERULONEFRITIS C3 Y MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA TRATADO CON RAVULIZUMAB 33

OMPLICACIONES POSTRASPLANTE RENAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA (HRT) 2018-2022 34

COHORTE HISTÓRICA DE 43 AÑOS: REPORTE DE SUPERVIVENCIA DEL INJERTO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE TRASPLANTE RENAL. 35

IMPACTO DEL KDPI EN RESULTADOS POST-TRASPLANTE RENAL. ANÁLISIS DE RECEPTORES DE DONANTES DE CRITERIO EXPANDIDO. 36

DIABETES POST TRASPLANTE RENAL: EXPERIENCIA CLINICA DE 4 DECADAS 37

COBERTURA DE CASOS MEDIÁTICOS DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN CHILE 38

JUEVES 24 / SALA I / 14:00 a 14:07

ID 1 EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MUESTREO LIMITADO PARA ESTIMAR ABC0-24 DE TACROLIMUS DE LIBERACION PROLONGADA Y EL ROL DE CYP3A5 EN TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO

Autores
Carla Galvez1, Pía Boza2, Mariluz González1, Catalina Hormazabal1, Marlene Encina2, Manuel Azócar3, Luis E. Castañeda4, Angélica Rojo1, María Luisa Ceballos1,6*, Paola Krall5,6*

Instituciones Participantes
Manuel Azócar3, Luis E. Castañeda4, Angélica Rojo1, María Luisa Ceballos1,6*, Paola Krall5,6* 1Unidad de Nefrología, HLCM; 2Laboratorio Clínico, HLCM; 3Servicio de Farmacia, HLCM; 4Programa de Genética Humana, ICBM, Facultad de Medicina, UChile; 5Instituto de Medicina, Facultad de Medicina, UACh; 6Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente, Facultad de Medicina, UChile.

INTRODUCCIÓN. Tacrolimus (TAC) es el principal inmunosupresor utilizado en trasplante renal (TxR) cuyo metabolismo depende de la enzima CYP3A5. Los niveles plasmáticos de TAC son habitualmente monitorizados a través del nivel basal (C0), aunque se considera que el área bajo la curva (ABC) es un mejor marcador de exposición al fármaco. La toma de múltiples muestras a diferentes horas para estimar ABC puede ser compleja en pacientes pediátricos, por lo cual se proponen estrategias de muestreo abreviado (LSS, limited sampling strategy). OBJETIVO. Determinar el ABC0-24 de TAC de liberación prolongada en pacientes pediátricos con trasplante renal para evaluar diferentes formulas LSS-ABC(0-24) y los requerimiento de dosis de TAC según genotipo CYP3A5. PACIENTES Y MÉTODOS. Estudio prospectivo que reclutó a receptores pediátricos con TxR hace más de 6 meses, usuarios de diferentes marcas de TAC de liberación prolongada. Se monitorizaron los niveles plasmáticos de TAC (C0, C1, C2, C4, C12, C24) para cálculo de ABC(0-24) trapezoidal y se determinó el genotipo CYP3A5 (SNP rs776746). La dosis diaria de TAC (TAC-D mg/kg) y ABC(0-24) normalizado por TAC-D fueron comparados entre CYP3A5 expresores (*1/*1 y *1/*3) y no-expresores (*3/*3). Se evaluaron diferentes combinaciones de los niveles TAC para identificar por regresión múltiple el mejor modelo LSS-ABC(0-24). Se comparó el rendimiento de este modelo con dos ecuaciones pediátricas de LSS-ABC(0-24) para validación clínica. Resultados. Se obtuvieron 51 perfiles farmacocinéticos de receptores TxR (13.1±2.9 años). Se observaron diferencias entre CYP3A5 expresores y no-expresores en los valores ABC0-24 normalizados por TAC-D (1702 vs. 2718 ng*h/mL/mg/kg, $p<0.05$). Los niveles C0 presentaron baja correlación con ABC0-24 ($r2=0.5011$, $p<0.05$). El modelo LSS que combina C0, C1 y C4 mostró el mejor rendimiento para predecir ABC0-24 ($r2=0.8765$, $p<0.05$), sin evidenciar diferencias entre TAC innovador y bioequivalentes. En comparación con otras ecuaciones LSS, el modelo generado en este trabajo presentó el menor error de precisión (7.1 ± 6.4%) y la menor proporción de pacientes (9.8%) con desviación del valor ABC0-24 trapezoidal.

Conclusiones

La estimación de LSS-ABC0-24 con 3 niveles (C0, C1 y C4) es una opción recomendable en pacientes pediátricos sometidos a TxR, para orientar las decisiones clínicas cuando se sospecha de toxicidad o ineficacia de TAC de liberación prolongada, independiente del fabricante. En contraste, el nivel C0 no resultó un buen indicador de la exposición diaria a este fármaco. Los genotipos CYP3A5 se asociaron a requerimientos de dosis variables, reforzando la utilidad de genotipificar antes del TxR. Se requieren estudios multi-céntricos para determinar los beneficios clínicos y farmacoeconómicos en diferentes horizontes.

JUEVES 24 / SALA I / 14:08 a 14:14

ID 2 RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS NO HLA ANTI-ENDOTELIO EN EL TRASPLANTE RENAL

Autores
J Pefaur,MP Rosati,A Villalobos,L Toro,L Michea,G Enciso,D Zamora,R Panace,C Díaz,X Rocca,O Espinoza,L Oliva

Instituciones Participantes
Hospital Barros Luco Trudeau,Clínica Santa María.

Introducción: Los anticuerpos (Ac) antiendotelio noHLA (Ac-noHLA) como receptor de angiotensina II tipo 1 (AT1R) y receptor de endotelina 1 tipo A (ETAR) han sido implicados en la patogénesis del rechazo mediado por anticuerpos (ABMR).Objetivo: Evaluar la presencia de Ac antiendotelio noHLA, asociado o no a la presencia de ac HLA, su comportamiento clínico y resultado al año y 2 años del evento clínico en pacientes con diagnóstico de Rechazo mediado por Ac (ABMR).Materiales y método: Estudio prospectivo colaborativo de HBLT y CSM. Se reclutaron 21 pacientes (19 riñón y 2 riñón páncreas) entre 1 de junio de 2019 al 1 nov de 2021 con ABMR.Se midieron Ac anti HLA (AcHLA) y no HLA (Ac-noHLA) al momento del rechazo.Las muestras fueron almacenadas a -80 °C para la medición de Ac-noHLA ATR1 y ETAR de manera retrospectiva. Niveles de Ac HLA >500 por luminex y >10 u/l para los ATR1 y > 2 pg/ml para ETAR por ELISA (one lamba LA USA : ATR1 y ETAR) se consideraron positivos.El diagnóstico de rechazo fue histológico bajo criterios de Banff 2013-2017 por patólogo renal.El manejo inmunosupresor fue de acuerdo a protocolo institucional de CSM y HBLT.Resultados:Se analizaron 21 pacientes con ABMR.Edad 37,9 años,57% Hombres, 9 DV, 11 DC. Presentaron ABMR precoz (<3 meses) 9 pacientes (43%) y 12 tardío (57%).Del total pacientes,5 (72,4%) presentaron algún tipo de Ac: 33%(7/21) AcHLA donante específico (5 de ellos exclusivamente acHLA y 2 AcHLA + Ac-noHLA));8/21 (38%) presentaron solo Ac-noHLA (3 solo ETAR, 2 solo ATR1 y 3 ETAR+ATR).Dos pacientes presentaron los tres Ac.El 28,5% (6/21) no presentaron Ac.Los rechazos con Ac-noHLA ocurrieron en mediana 23 días (2 días -11 años) y con AcHLA en mediana de 5.4 años (0,3-8 años). En los 9 con ABMR precoz el 54% presentaron Ac-noHLA y el 11% AcHLA. En los 12 con rechazo tardío el 50% tenía AcHLA y solo 25% Ac-noHLA (p=003 Chi2 ajustado)).Los pacientes con Ac-noHLA tenían una VFG de 46,5ml/min al año del diagnóstico y de 46,6ml/min a los 2 años.Los con acHLA tenían una VFG promedio de 30.5ml/min al año y 24/min a los 2 años.No hubo diferencia en la presencia de C4d+,ni MAT entre los grupos.Un paciente fallece por sepsis y dos pacientes han perdido el injerto

Conclusiones

El ABMR en pacientes con trasplante renal clásicamente se presenta asociado a AcHLA. En este estudio el ABMR se presentó también relacionado a Ac-noHLA (ATR1 y ETAR) en el 48%, ya sea solo (38%) o junto a AcHLA (10%).Los pacientes con Ac-noHLA se presentaron asociado con el fenotípo de ABMR precoz en forma significativa. En este estudio la función renal a 2 años fue superior aunque no significativa en el grupo con presencia Ac-noHLA al diagnóstico de rechazo.En presencia de ABMR especialmente precoz y en ausencia de acHLA resulta recomendable considerar la presencia de ac-noHLA. Mayores estudios serán requeridos para confirmar estos hallazgos.

JUEVES 24 / SALA I / 14:15 a 14:21

ID 43 EL TRASPLANTE DE CÉLULAS DENDRÍTICAS RENALES OBTENIDAS DE UN ANIMAL HIPERTENSO TRANSFIEREN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Autores
C. Amador1, S. Cortés2, R. Campos2, J. Reyes 1, S. Figueroa1, M.J. Fuenzalida3, R. Pacheco3, P. Araos2

Instituciones Participantes
1Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián.2Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Chile. 3Fundación Ciencia & Vida. Santiago, Chile.

Introducción. El sistema inmune participa en la hipertensión arterial (HTA) inducida por Angiotensina II (AngII). Estudios previos han demostrado que las células dendríticas (DCs) no sólo son abundantes a nivel renal, sino que también son relevantes para el éxito de un trasplante renal (TxR) y necesarias para el desarrollo de HTA. Estudios en pacientes y animales de experimentación, han demostrado que el TxR desde un donante con HTA hacia un receptor normotenso transfiere la HTA. Sin embargo, se desconoce el tipo celular que porta esta memoria hipertensiva. Asimismo, se desconoce si las DCs renales modifican su fenotipo durante el daño renal inflamatorio inducido por AngII, y si es que su transferencia a sujetos normotensos transfiere el fenotipo hipertensivo.

Objetivo. Evaluar si las DCs renales obtenidas desde un sujeto hipertenso transfieren la HTA en animales receptores normotensos, y si esto depende de la activación del receptor tipo 1 de AngII, el AT1R.

Metodología. Ratones macho C57Bl/6 de 8-10 semanas de edad se infundieron con AngII (490 ng/kg/min), AngII+Losartán (LOS; 20mg/Kg/día, en agua de bebida), o vehículo (n=6). Luego de 14 días, se evaluó la presión arterial sistólica (PAS), el infiltrado renal de DCs, macrófagos y linfocitos T (CD4 y CD8) mediante citometría de flujo. Las DCs renales fueron aisladas y transferidas a receptores normotensos (1x106 células vía iv), a quienes se les midió PAS por 7 días (n=4-5). Los datos corresponden al promedio±desviación estándar.

Resultados. El tratamiento con LOS previno el incremento de la PAS (AngII+LOS=110.3±11.1 vs. AngII=134.7±6.9 mmHg;$p<0.01$), así como el aumento de la población renal de DCs (AngII+LOS=12.9±1.6% vs. AngII=16.5±0.5% $p<0.01$) inducido por AngII. No se observaron cambios significativos en la población renal de macrófagos ni de linfocitos T ($p<0.05$). Interesantemente, la transferencia de DCs renales provenientes de donantes hipertensos, incrementó la PAS luego de 24h (Basal=109.2±6.7 vs.131.8±12.4mmHg; $p<0.05$), mientras que la transferencia de DCs renales de donantes AngII+LOS no indujo HTA (Basal=109.0±2.9 vs.113.3±7.0 mmHg;ns). Del mismo modo, al comparar la diferencia entre la PAS basal y las 24h post-transferencia, se observó una diferencia significativa entre ambos grupos ($p<0.05$).

Conclusiones

Las DCs renales donantes que provienen desde un sujeto con HTA promueven el incremento de la PAS en animales receptores normotensos. Estos hallazgos sugieren que las DCs renales podrían ser causantes de la memoria hipertensiva en el contexto de un TxR, y que esta condición se previene frente al antagonismo del AT1R.

Financiamiento: Fondecyt-ANID #1201251 y #3201016

JUEVES 24 / SALA I / 14:22 a 14:28

ID 38 PIELOURETERO-ANASTOMOSIS EN EL MANEJO DE COMPLICACIONES DE LA VÍA URINARIA ALTA EN PACIENTES TRASPLANTADOS: SERIE DE CASOS

Autores
V. Borgna, A. Alfaro, J. Barahona, L. Alarcón

Instituciones Participantes
Equipo Trasplante Renal, Hospital Barros Luco-Trudeau Escuela de Medicina, Universidad de Santiago

Introducción La incidencia de complicaciones urológicas en pacientes con trasplantes renales varía entre 2-3%. La estenosis ureteral es una de las complicaciones más frecuentes. En la actualidad no existen guías o consensos estandarizados para el manejo de estas complicaciones, solo reportes o pequeñas series de casos. Se considera la reparación abierta mediante una pielouretero anastomosis el estándar dorado, sin embargo esta cirugía en el paciente trasplantado sigue siendo un procedimiento desafiante para el equipo quirúrgico. El objetivo de este estudio es reportar la experiencia de manejo de las complicaciones de vías urinarias altas en pacientes trasplantados mediante pielouretero anastomosis en nuestro centro. Materiales y Métodos Estudio descriptivo retrospectivo. Se realiza caracterización de los pacientes con complicaciones de vías urinarias altas en riñones trasplantados pesquisados en el Hospital Barros Luco Trudeau durante el periodo 2021 a 2023. Se analizaron variables demográficas como: edad, tabaquismo, número de trasplantes, tiempo desde el trasplante hasta la complicación, procedimientos previos a la resolución definitiva y función renal. Variables quirúrgicas como: tipo de complicación, tipo de anastomosis, tiempo quirúrgico, sangrado y uso de pigtail previo a cirugía de reparación. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva (media, mediana, desviación estándar y rangos) Resultados Se encontraron 4 pacientes con complicaciones de vía urinaria alta en pacientes trasplantados. El 75% de los pacientes eran trasplantados con donante cadavérico. Uno de los pacientes tenía antecedente de un trasplante previo fallido. La lateralidad del trasplante fue de 50% para cada lado. Todos los pacientes habían tenido al menos 1 instrumentalización de la vía urinaria alta al momento de la cirugía. La media de tiempo desde el trasplante hasta la complicación fue de 95 meses (26-145). En todos los casos la cirugía realizada fue una pielo-uretero anastomosis a uréter nativo ipsilateral, término-lateral con sutura de monocryl 4-0 continua. La media de sangrado fue de 262 mL (50-500). La media del tiempo quirúrgico fue de 105 min (60-150). La media de la mejoría de creatinina fue 0,5 mg/dL.

Conclusiones

El manejo de las complicaciones de via urinaria alta en paciente trasplantado mediante pielouretero anastomosis es una técnica segura, con buenos resultados funcionales, sin embargo debe ser realizada por manos expertas.

JUEVES 24 / SALA I / 14:29 a 14:35

ID 3 RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPO NO HLA Y MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA. CASO CLÍNICO

Autores
J Pefaur,MP Rosati,G Enciso,J Chapochnick,R Iñiguez,C Derosa,L Michea,N Guerra, M Alarcón.

Instituciones Participantes
Clínica Santa María.Santiago

La presencia de anticuerpos específicos contra el antígeno leucocitario humano (HLA-DSA) es considerado como la causa principal de rechazo mediado por anticuerpos (ABMR).Existe un subgrupo de pacientes con características histológicas ABMR pero sin HLA-DSA detectable (20%).Presentamos el caso clínico de paciente hipersensibilizada y retrasplantada con dg de ABMR precoz manifestado como Microangiopatía trombótica (MAT) severa por anticuerpos no HLA (Ac-noHLA). Paciente de 50 años.Antecedente Nefropatía IgA (18 años).G4P2A2.Preeclampsia.Primer trasplante renal (TR) 2003 DF perdida de injerto por ABMR tardío (8 años).Hipersensibilizada.Segundo TR DF 2011 luego de protocolo de desensibilización.Cursa con ABMR, tratamiento repetido PLEX,Rituximab e IVIG. Desde 2018 con tocilizumab mensual.Tercer TR DF 30 de marzo 2023.PRA histórico >85% y actual de 47%.CPD EPI 15 ml/min,diuresis residual 2500 cc.Hija covid-19 confirmado 3 semanas antes de TR,paciente presentó diarrea concomitante sin confirmación de covid-19.Donante óptimo,Isquemia fría 17 horas,FCXM negativo,HLA-DSA actual negativo,histórico + A2.Covid negativo donante y receptor.Inducción Solumedrol, Timoglobulina e IVIG.Mantención Tacrolimus+MMF+esteroides. Sin incidentes quirúrgicos,perfusión optima al desclampeo;luego presenta aspecto moteados,se interpreta como depleción de volumen.Eco doppler inmediato: riñón perfundido,IR 0,54, volumen 150 cms.Evoluciona con diuresis 200-300 cc/h, disfunción del injerto (creat pl 2,5-2.6).Dia 2 presenta caída Hb(11.4 a 7,5) y plaquetas (145000 a 48.000),LDH 500. Eco RT disminución perfusión arterial y venosa,disminución perfusión distal,IR 0.88 y vol 370 cc.Búsqueda dirigida frotis sanguíneo esquistocitos + y haptoglobina baja.Se plantea MAT secundaria a ABMR.Se inicia Plex (total 14) logrando remisión del cuadro a la semana.Recibio solumedrol, rituximab (1gr),VIG (2 gr por kg),luego se reinicia tocilizumab (600 mg).Presentó al día 3 falla respiratoria con cuadro clínico y de imágenes sugerentes de covid-19 que respondio fácilmente a las terapias de soporte ventilatorio con CNAF. Film array respiratorio y LBA no demuestran etiología infecciosa.Estudio postrasplante FCXM y HLA-DSA negativo.Estudio Ac-nHLA fueron positivos para ATR1 + 12,3 (rango >10) y Endotelina tipo A +. 2.9(rango >2).Se agrega candesartan precoz. Control de Ac no-HLA posterior al tratamiento negativos. Dado el alto riesgo de complicaciones,se posterga la biopsia renal la que se realiza a los 34 días de trasplante:Sin evidencia de rechazo actual.Nefritis insterticial focal.C4d negativo.Actualmente cursa 3 meses post TR,función renal estable con creat de 1,4 mg%

Conclusiones

Este caso muestra la relevancia de los ac no-HLA en el rechazo precoz del injerto especialmente en pacientes sensibilizada y retrasplantada.La evaluación de AT1R-Ab y HLA-DSA podría proporcionar una evaluación complementaria e integrada del riesgo inmunológico, guiar una actitud terapéutica individualizada y podría prevenir la lesión del injerto mediada por Ac no-HLA.

JUEVES 24 / SALA I / 14:36 a 14:42

ID 44 EXPERIENCIA LOCAL DEL ANÁLISIS DE BIOMARCADORES URINARIOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE RENAL MEDIANTE MACHINE LEARNING

Autores
J. Reyes1, L. Escobar2, E. Guzmán3, J. Araya3, V. Pinto4, C. Amador1

Instituciones Participantes
1Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile. 2Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 3Facultad de Farmacia, Universidad de Concepción, Concepción. 4Hospital de Niños Exequiel González Cortés, Santiago, Chile.

Introducción. Los trasplantes renales (TxR) son estables hasta que ciertas condiciones o enfermedades específicas se desarrollan, promoviendo el rechazo del injerto que continúa siendo la principal causa de complicación post-TxR. Si bien la biopsia renal (BxR) es el gold standard para el diagnóstico de rechazo, se ha descrito que ésta puede empeorar la condición de los pacientes. Asimismo, un estudio prospectivo en el que se utilizó BxR protocolizada post-Tx determinó que pacientes con función renal estable presentaron un 30% de rechazo subclínico, dejando en evidencia las limitaciones del método para su diagnóstico. De esta forma, nuevas metodología estandarizadas de detección múltiple, sensible, específica, rápida y no invasiva, han surgido para complementar el seguimiento del funcionamiento renal, y facilitar así el diagnóstico/pronóstico post-TxR. Objetivo. Describir un perfil de daño renal mediante la medición de un panel de biomarcadores (BM) urinarios tipo ARNm, y su combinación con los parámetros plasmáticos de pacientes pediátricos post-Tx analizados por Machine Learning.

Metodología. Se incluyeron 4 pacientes con TxR pertenecientes al Hospital Dr. Exequiel González Cortés, y se realizó un seguimiento a 7, 14, 30, 60, 90 y 120 días post-Tx. Asimismo, se obtuvo 50mL de orina en los respectivos tiempos para extracción de ARN y se realizó qRT-PCR para NGAL, FOXP3, PRR, ECA1, IL-18, HSP72 y CXCL10. Se compararon los parámetros plasmáticos utilizando Graphpad Prism 8, y se realizó un análisis de componentes principales (PCA) de los BM mediante el software Pirouette®. Resultados. De los 4 pacientes analizados, se observó que un paciente (“Pcte 1”) mostró diferencias significativas en la creatininemia ($p<0,01$ vs. “Pcte 2”), BUN ($p<0,05$ vs. “Pcte 3 y 4”) y VFGe ($p<0,05$ vs. “Pcte 2”), lo cual se asoció con una sospecha de rechazo renal que fue confirmada por BxR. Los resultados de PCA evidenciaron que el Pcte 1 se diferenció completamente de los demás pacientes considerando las variables de Creatininemia - 7, 14, 30 días (scores 0.3272, 0.1646 y 0.2600, respectivamente); BUN - 7, 14, 30 días (scores 0.3278, 0.2645 y 0.3215, respectivamente), IL-18 a los 7 días (score 0.2032), PRR - 7 y 14 días (scores 0.3212 y 0.2211, respectivamente); ECA1 - 7 días (score 0.3423), y FOXP3 (score 0.3425), los cuales explicaron el 47% de la variabilidad total.

Conclusiones

El análisis de PCA por Machine Learning demostró su utilidad al combinar datos del primer mes post-TxR, y así establecer un criterio discriminatorio de sospecha de rechazo. Esta investigación proporciona evidencia preliminar nacional sobre el uso de BM urinarios tipo ARNm para establecer un perfil de daño renal en pacientes post-TxR.

Financiamiento: Fondecyt-ANID #1231909

JUEVES 24 / SALA I / 14:00 a 15:00

ID 37 PROTOTIPO DE APLICACIÓN PARA LA COORDINACIÓN QUIRÚRGICA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS (A.C.T.O) PARA TELÉFONOS INTELIGENTES.

Autores
V. Borgna, D. Rojas, L. Alarcón

Instituciones Participantes
Equipo Trasplante Renal, Hospital Barros Luco Trudeau Unidad de Salud Digital e Innovación del Servicio Metropolitano Sur

Introducción La gestión de equipos quirúrgicos que involucren personal multidisciplinario demanda una coordinación y logística compleja. La coordinación de equipos de respuesta rápida y sin horario establecido es una misión desafiante y desgastante para los encargados de esta tarea. Tanto el procuramiento como trasplante donante cadaver es un proceso complejo que involucra organizaciones y múltiples equipos quirúrgicos de diferentes centros de trasplante. Cerca de un 30% de órganos descartados son perdidos por razones de descordinación y errores de comunicación en EEUU. El uso de aplicaciones para teléfonos móviles tanto para consultas rápidas de información como para la organización de personal ha sido descrita previamente. Nuestro objetivo es mostrar un prototipo de aplicación móvil para smartphones que logre mejorar la coordinación de equipos quirúrgicos en trasplantes. Materiales y Métodos En conjunto con la Unidad de Salud Digital e Innovación del Servicio Metropolitano Sur y el equipo de Trasplante Renal del Hospital Barros Luco-Trudeau, se generó un prototipo de aplicación para teléfonos inteligentes que permita generar automáticamente la coordinación y establecimiento de un equipo quirúrgico multidisciplinario sin necesidad de tener un encargado. Resultados Se establecieron perfiles con roles principales como por ejemplo el de Jefe Quirúrgico de turno, el cual se encarga de generar la activación de la alarma de trasplante o procuramiento una vez confirmado. Luego se estableció un flujograma para poder ocupar los principales roles del equipo quirúrgico: Anestesista, pabellonero, arsenalero y 2do Cirujano, los cuales deben responder sus disponibilidades con un tiempo limitado, priorizándose los del turno y posteriormente según orden de calendario de turnos siguientes. La aplicación permite a cada uno de los usuarios conocer sus registros de trasplantes realizados, tiempos de respuesta, GPS de ubicación una vez aceptada la disponibilidad y su calendarización de turnos.

Conclusiones

El prototipo de Aplicación para la Coordinación Quirúrgica de Trasplante de Órganos (A.C.T.O) puede ser una herramienta útil y rápida para la autogestíón de la conformación de un equipo de respuesta rápida de trasplante renal y extrapolable a otros tipos de órganos.

JUEVES 24 / SALA I / 14:50 a 14:56

ID 42 NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DONANTE VIVO MANO ASISTIDA SIN DISPOSITIVO DE SELLE. ANÁLISIS DE 72 CASOS REALIZADOS POR UN CIRUJANO

Autores
Kompatzki A(1 y 2),. Salvado J.(2), Barrera D.(1), Zúñiga A.(2), Somos C.(1), Oliva L(2).

Instituciones Participantes
1 Complejo Asistencial Sótero del Río. 2 Clínica Santa María

Introducción: La nefrectomía laparoscópica (NL) es el estandar dorado en donantes vivos (DV). La NL mano asistida (MA), a diferencia de la NL pura, requiere la introducción de la mano del cirujano por una incisión desde el inicio de la cirugía. Tradicionalmente para evitar la fuga de CO2 se han utilizado dispositivos de selle como el GelPort que son caros y no necesariamente permiten incisiones pequeñas. En este trabajo se presenta una serie de pacientes sometidos a NLDVMA sin dispositivo de selle realizadas por un cirujano. Se analizan los tiempos quirúrgicos, los tiempos de extracción, la calidad de los injertos y las compliaciones entre otras variables.

Materiales y Métodos: Se revisan de manera retrospectiva los registros clínicos (ficha física, electrónica, cartolas) de todos las nefrectomías realizadas por el autor principal y de los receptores respectivos de los 2 Centros en que se realizaron.

Resultados: Se analizan 72 nefrectomías realizadas desde octubre de 2003 a julio de 2022. 31 en uno y 41 en el otro Centro. Respecto a la técnica, en los 2 primeros casos se introdujo la mano izquierda por una incisión media infraumbilical. En la totalidad de los otros casos mediante una incisión longitudinal periumbilical de 5 cm para evitar la fuga de CO2 (lo cual fue logrado en la totalidad de los casos), ademas de 2 trócares de 12 mm en fosa iliaca e hipocondrio. En el caso de las nefrectomías derechas (15/72) se introdujo un trócar de 5 mm en epigastrio para levantar el hígado. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 1 hora y 30 minutos (rango: 45 minutos a 2 horas) y la mediana de tiempo de extracción 2 minutos. No hubo complicaciones graves. Al inicio se observaron algunos casos de seroma de herida que se corrigió al usar solo suero como lubricante. 2 casos de hernia incisional. El mismo cirujano realizó además 40 de los trasplantes (pabellón secuencial). Todos los injertos estaban funcionando al año y hasta la fecha ningún donante ha tenido falla renal.

Conclusiones

En esta serie, la NLDVMA sin dispositivo de selle es una técnica segura y efectiva tanto para donantes como receptores.

JUEVES 24 / SALA II / 14:00 a 14:07

ID 8 PRIMER CENTRO DE TRASPLANTE HEPÁTICO REGIONAL: EXPERIENCIA EN ADULTOS

Autores
F Innocenti, E Hinrichs, M Inostroza, C Ledermann, N Pulgar, G Morales, H Muller, R Fuentealba, G Horta, D San Martín, C Briceño, P Cordero, V Henríquez, F Bello, R Bustos, V Céspedes, C Carrasco, M Romagnoli, C Villanueva, N Venegas.

Instituciones Participantes
Clínica Sanatorio Alemán de Concepción

El primer centro de trasplante hepático regional comienza su actividad en octubre del año 2010, con un trasplante de urgencia en un niño y con hígado reducido. Se trata de un centro privado que suscribe un convenio con el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Nuestro primer paciente trasplantado egresa hoy de enseñanza media. Se presenta la experiencia en pacientes adultos. Se revisa casuística entre octubre del 2010 y diciembre del 2022. Se seleccionan los mayores de 15 años y se presenta serie de casos. Se trasplantan 39 pacientes en el período, de los cuales 31 son mayores de 15 años, con edad promedio de 48 años (17-69). Nuestro grupo presentado es de n=31. La indicación es de urgencia en 35% de los pacientes (11/31). El diagnóstico más frecuente en la serie es falla hepática fulminante en 31% (9/31). El diagnóstico más frecuente de los pacientes crónicos es NASH cirrosis en 40% (8/20). El puntaje Meld Sodio operacional promedio fue 33(30-38). La edad promedio al momento del trasplante es de 48 años (17-68 años). El seguimiento promedio es de 56 meses (1-144 meses). Uno de los trasplantes efectuados es combinado hígado-riñón. El 90.3%(28/31) de los pacientes trasplantados son beneficiarios de FONASA. En 31 trasplantes hepáticos de adulto, la sobrevida actuarial a 1 año y 5 años es de 81% y 71% respectivamente. Las complicaciones biliares ocurren en 6.4% (2/31). No hay trombosis arteriales ni portales en la serie. En 3.2% (1/31) hay un caso de estenosis de vena supra-hepática derecha que requiere intervención por radiología. No hay re-trasplantes en la serie presentada. Hay rechazo agudo en 25.8% (8/31) y rechazo crónico en 9.7%(3/31) confirmados por biopsia.

Conclusiones

El trasplante hepático es una realidad en Concepción, como primer centro fuera de la Región Metropolitana. La tasa de complicaciones vasculares y biliares es baja en nuestra serie. Los resultados son comparables a los resultados reportados nacional y mundialmente. El 35% de pacientes trasplantados son en carácter de urgencia. Esto constituye un argumento para potenciar el trasplante hepático en un convenio público-privado en regiones y replantear las actuales políticas de salud que apuntan a decretar atención en hospitales públicos de aquellos pacientes beneficiarios del fondo nacional de salud (FONASA).

JUEVES 24 / SALA II / 14:08 a 14:14

ID 27 TRASPLANTE MONOSEGMENTARIO DE HÍGADO EN LACTANTES PEQUEÑOS

Autores
E. Guzmán Albornoz, F. Orozco, M. Fauda, A. Gonzáles Campaña, G. Podesta, S. Montal, E. Sellzer

Instituciones Participantes
Hospital Universitario Austral de Buenos Aires

La escasez de donantes pediátricos llevó al desarrollo de técnicas de trasplante hepático con donantes vivos emparentados, hígados Split y reducidos. Estas técnicas de partición y reducción hepática han sido difundidas y aceptadas en todo el mundo. El uso del segmento lateral izquierdo (LLS) de donante vivo ha ampliado el pool de donantes y disminuido la mortalidad en lista de espera, así como generado el desarrollo de nuevas técnicas para compensar las diferencias entre los volúmenes de donantes y el tamaño de los receptores En algunos casos específicos, la LLS de Couinaud es demasiado grande para lactantes de menos de 10 kg y la desproporción de tamaño aumenta cuando los pacientes son lactantes pequeños de menos de 5 kg.Además, existen situaciones extremas cuando hay un único donante obeso o con un IMC de 30. En ocasiones, el injerto completo del segmento lateral izquierdo suele tener un volumen excesivo, produciéndose un flujo vascular insuficiente hacia el injerto, trombosis vascular por hipoflujo y problemas relacionados con el espacio en la cavidad abdominal, causando dificultad en el cierre de dicha cavidad y/o compresión del hígado implantado. Recientemente se ha introducido la reducción del segmento lateral izquierdo, o monosegmento 2 (MLT), para solucionar ese problema. Se revisaron las historias clínicas digitales de los donantes y receptores de segmento único de nuestra institución, junto con los datos recopilados retrospectivamente. De 2001 a 2019 se realizaron 213 trasplantes hepáticos pediátricos en menores de 16 años en el Hospital Universitario Austral, de los cuales 128 fueron de donante vivo. El primer trasplante con donante vivo empleando MLT se realizó en febrero de 2017 y desde entonces se ha aplicado a siete pacientes entre 2017 y 2019. Para los bebés pequeños, el uso de injertos MSL resuelve las discrepancias de tamaño y sus problemas. Ocasionalmente y en nuestro análisis, el LLS puede exceder en un 8% y hasta en un 16% la relación peso del injerto a peso del receptor (GRWR) y la reducción de estos LLS es crítica y necesaria para evitar el síndrome de tamaño grande. El problema de los injertos grandes para el tamaño es el flujo sanguíneo insuficiente al hígado vascularizado y el tamaño pequeño de la cavidad abdominal del vaso, con una oxigenación tisular y una compresión del injerto inadecuadas. En algunos lactantes pequeños, el uso de trasplante hepático monosegmentario podría permitir un cierre de la pared abdominal más fácil y evitar un aporte sanguíneo insuficiente al injerto. Evitar el uso de mallas sintéticas y el cierre secundario también puede reducir la posibilidad de complicaciones infecciosas de la pared abdominal

Conclusiones
El trasplante de hígado con un donante vivo emparentado y el uso del monosegmento S2 ofrece una opción segura y útil para el tratamiento de lactantes pequeños. El injerto reducido permite adaptar el tamaño del órgano a implantar en la cavidad abdominal, reduciendo las complicaciones relacionadas con el cierre de la pared abdominal Hemos observado que ninguna de las publicaciones sobre trasplante hepático en lactantes pequeños menciona el uso de la fascia anterior del recto como cierre definitivo de la pared abdominal. Creemos que el uso de la fascia anterior del recto debe estar siempre en nuestro pensamiento y es de gran utilidad para resolver definitivamente el cierre de la pared abdominal. Creemos que el informe de esta serie de casos es útil para ayudar a la toma de decisiones en casos técnicamente complejos. El uso del segmento único permite la expansión del grupo de donantes ya que se pueden usar donantes más grandes, lo que en consecuencia reduce la mortalidad en lista de espera entre los pacientes.

JUEVES 24 / SALA II / 14:15 a 14:21

ID 34 MORTALIDAD PERIOPERATORIA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO, REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA DE UN CENTRO NACIONAL

Autores
C. González1, J. Vera3, J. O'Ryan3, C. González3, I. Suarez1, P. Uribe1, M. Neuman1, LM. Riquelme1, F. Schoenfeldt2, M. Dib2, R. Wolf2, J. Pedemonte4, D. Valenzuela1, J. Retamal1, N. Severino1, R. Castro1, M. Vera1.

Instituciones Participantes
1Departamento de Medicina Intensiva. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2Instituto de Trasplante. Red de Salud UC-CHRISTUS. 3Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 4División de Anestesiología. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Los cuidados perioperatorios han mejorado considerablemente durante las últimas décadas, junto con el manejo de la inmunosupresión y las técnicas quirúrgicas. Sin embargo, la mortalidad perioperatoria del Trasplante Hepático (TH) se mantiene en el orden de 5-10% de los receptores, sobre todo dentro de los primeros días después del TH. En ese sentido cobra vital importancia identificar las causas de muerte y los factores asociados en este grupo de pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar la mortalidad perioperatoria de los pacientes receptores de TH, sus causas y los posibles factores de riesgo asociados con la mortalidad. MATERIALES Y MÉTODOS. Se realizó un estudio retrospectivo observacional de pacientes sometidos a TH entre enero 2020 y junio de 2023, que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos adultos del Hospital Clínico de la Red de Salud UC-CHRISTUS. Cuenta con aprobación del Comité de Ética institucional (230523006). Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), características clínicas (comorbilidades, puntuación MELD), aspectos relacionados con la anestesia (uso de drogas vasoactivas y transfusiones), variables relacionadas con el donante (tiempo de isquemia fría) y resultados post TH (reintervenciones, infecciones, tiempo a la extubación, función renal y estadía en UCI). Finalmente, mortalidad perioperatoria, definida como aquella ocurrida dentro de los 30 días de la cirugía. Para el análisis estadístico, se utilizaron pruebas no paramétricas. Los datos se muestran como medianas [rango intercuartílico 25-75] o porcentajes (%). RESULTADOS. Se incluyeron consecutivamente 201 pacientes adultos sometidos a TH. De estos, 4 (2,0%) pacientes fueron sometidos a trasplante combinado hepatorrenal, 8 (4,1%) fueron retrasplante y 62 (31.2%) de ellos fueron donante vivo. De los pacientes incluidos, 107 (53.8%) eran mujeres y 92 (46.2%) hombres, con una edad media de 54 [47-64] años. La indicación más frecuente de TH fue Cirrosis 422 (82%) e insuficiencia hepática fulminante 92 (18%). La mortalidad perioperatoria global del programa fue de 16 (7,9%), la causa más frecuente de muerte fue la falla primaria del injerto, hemorragia y falla multiorgánica en 5 (31,25%), 3 (18,75%) y 2 (12,5%) respectivamente, no existiendo diferencia estadísticamente significativa entre donantes vivos y cadavéricos (p 0.166). Al realizar un análisis de las variables, no se encontraron diferencias significativas cuando se compararon otras características como el IMC, etiología de la enfermedad, score de MELD al alistamiento. Sin embargo, cuando se analizó el MELD previo al trasplante se encontró una tendencia (p 0,107) que debería investigarse con mayor detalle. Esto podría explicarse por el deterioro de la condición clínica dado principalmente por los tiempos de espera de los pacientes y las bajas tasas de donación. Existen varias limitaciones de este estudio, se trata de un diseño retrospectivo, de un solo centro y un tamaño limitado de la muestra.

Conclusiones
La mortalidad perioperatoria de nuestro centro se mantiene en 7,9%, concordante con estadísticas internacionales. Si bien no se pudo encontrar factores asociados a la mortalidad perioperatoria, habría una tendencia mostrada en el MELD previo al trasplante. El presente estudio es de especial importancia dado que intenta definir la tasa de mortalidad y caracterizar los factores de riesgo de mortalidad perioperatoria del TH, lo que puede facilitar la mejora de la calidad y ayudar a minimizar la mortalidad.

JUEVES 24 / SALA II / 14:22 a 14:28

ID 9 UN MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SALUD: UNA IDEA DE SU APLICACIÓN EN CHILE

Autores
Franco Innocenti

Instituciones Participantes
Universidad de Concepción, Facultad de Medicina

La Inteligencia Artificial (AI) tiene múltiples definiciones. Se podría decir que es una forma en que se despliegan e intervienen las máquinas para que actúen de la forma más parecida posible al humano. Tres vertientes: Machine Learning (ML), Natural Language Processing (NLP) y Robótica. Una crisis en salud puede determinar un aumento la carga asistencial de un ya recargado sistema público de salud. Hay estructuras clásicas de derivación y consultas de Centros de Salud Familiar (CESFAM), centros médicos, consultas de urgencia, espontáneas en hospitales y clínicas frente a las cuales AI aparece como una opción que abre grandes oportunidades. Primero, ML: fuentes de datos internos o externos como por ejemplo: motivo de consulta, síntomas, diagnóstico, variabilidad estacional de consultas, historia remota, secuencias de exámenes diagnósticos puede clasificarse por modelos de ML y NL como IBM Watson, Modelo Recomendación de Netflix (para dirigir al paciente a consultas o exámenes), asistentes AI (Modelos de transformación Bard). Elegirse un sitio web para la interacción con técnicas de AI de Análisis de feedback o "Sentiment Analysis" para mensajes o de reconocimiento de habla "speech recognition" o vía Twitter o Instagram y acortar los tiempos de espera por una respuesta, una derivación a una consulta de una forma más costo efectiva y más exacta. Se da una "ruta" oportuna a la consulta del paciente, con mayor satisfacción usuaria. Segundo, falta de atención médica aumenta la presión en el personal de atención, secretarias, operadores teléfono en "call centers". Puede acotarse mucho si llegan sólo las consultas que exceden márgenes de lo programado por AI. Aplicaciones de reconocimiento voz y texto pueden dar feedback. "Cogito", por ejemplo, levanta instrucciones en una pantalla para agentes de "call centers" indicando estado de ánimo del paciente y cómo abordar la conversación ("stop", "speak", "listen"). Además de humanos ("human in the loop"), hay aplicaciones de Chatbots o asistentes inteligentes. Usan formas de NLP con requerimiento del usuario al computador (NLP como NLU (Natural Language Understanding)) e información de regreso de AI al usuario como NLG (natural language generation) vía AI generativa: GPT-4, generadores de texto, voz, imágenes y video a partir de un comando o "prompt. Otras permiten calcular más precisamente presupuestos o riesgo de fraude como "Randon Forest". Robots hay tres tipos: fábrica, almacenamiento y misceláneos. En fábrica pueden enfocarse en la correcta preparación de de medicamentos, formulas de alimentación, preparación de quimioterapia, etc(Ej, robot Relay o "cocineros"). En almacenamiento y transporte de insumos, medicamentos, alimentos, etc de un punto a otro de institución u hospital. Autónomos. Con ruedas. Suben ascensores, transitan pasillos y patios, avisando a usuarios de derrames peligrosos para el tránsito (Ej, robot Kiva, Marty o Millie). Misceláneos, como vehículos de movilidad de pacientes automatizados dentro del campus de un sector a otro según la secuencia de atención. Efectores, como robot Da Vinci en cirugía, neutralizando el temblor natural humano y con gran rango de movilidad. Robots antropomórficos en atención al cliente (Ameca, Atlas, Boston Dynamics) y otras experiencias como realidad virtual (VR) aumentada (AR) o mixta (MR).

Conclusiones
AI es una tremenda herramienta en desarrollo. Hay consideraciones éticas, mercado laboral, nuevas profesiones y ocupaciones que se vienen. No es ni "Utopía" ni "Distopía", pero requiere una mirada seria y con entrenamiento básico para visualizar nuestra salud optimizando beneficios y controlando riesgos de esta maravillosa tecnología.

JUEVES 24 / SALA II / 14:29 a 14:35

ID 32 INMUNOMODULACIÓN HEPÁTICA EN TRASPLANTE COMBINADO HÍGADO-RIÑÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores
Juan Campodónico, Elizabeth Galdames, Juan Pablo Huidobro, Mireya Ortiz.

Instituciones Participantes
Departamento de nefrología PUC.

Se ha descrito que en el trasplante combinado hígado-riñón (THR), el hígado puede proteger al riñón de la ocurrencia de rechazo mediado por anticuerpos incluso en presencia de títulos altos preformados de anticuerpos donante específico (ADE) al momento del trasplante. Es así que el THR con presencia de ADE presenta menor incidencia de rechazo agudo mediado por anticuerpos y mayor sobrevida de injertos renales comparado con trasplante renal (TR). Se presenta el caso clínico de una mujer de 36 años, con antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Hepatitis Autoinmune (HA), que desarrolló daño hepático crónico avanzado y falla renal con necesidad de THR. El estudio inmunológico pre-trasplante demostró un vPRA 99%. Luego de cursar con daño hepático agudo sobre crónico se realizó THR. El crossmatch por citometría de flujo fue positivo para Linfocitos B (RMF 3.1) y T (RMF 4.6), con presencia de cuatro ADE de Clase I, con MFI máximo 11797. Se realizó inducción con Timoglobulina y corticoides. Tiempos isquemia fría (riñon) 9 horas y 50 minutos. Posterior al implante hepático se tomó muestra para nuevo crossmatch, previo implante de injerto renal. Inicialmente en el post-THR se manejó con protocolo de inmunosupresión de paciente hipersensibilizado, con timoglobulina, plasmaféresis e inmunoglobulina endovenosa. Con resultado de crossmatch inter-implantes negativo para Linfocito B (RMF 1.1) y T (RMF 1.1), se realizó ajuste de inmunosupresión. La paciente evolucionó con función inmediata de ambos injertos, sin evidencias de rechazo. El injerto renal se mantiene funcionante a los 6 meses de seguimiento. Último vPRA 16%.

Conclusiones
En el presente caso queda manifiesto el factor inmunomodulador hepático en pacientes con THR. Múltiples mecanismos se han descrito par explicar este fenómeno. Además, se expone la utilidad del crossmatch inter-implantes que determina la posibilidad de realizar ajustes en el tratamiento inmunosupresor.

JUEVES 24 / SALA II / 14:36 a 14:42

ID 36 TRES AÑOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

Autores
V. Galaz, J. Benítez, E. Rivas,, C. Díaz, T. Alvarez, J. Ruiz, J. Bastidas, M. Zamorano, C. Grandon, N. Mendoza, M. Matulic, M. Contreras, M. Órdenes, B. Videla, C. Villaseca, J. Inostroza, I. Morales, D. Fuentes, E. Viñuela, E. Martínez, A. Domínguez, B. Norero, M. Sanhueza, R. Rebolledo.

Instituciones Participantes
Hospital Sotero del Río

Propósito: Realizar un análisis descriptivo de la evolución de un programa de trasplante hepático ortotópico (THO) en un hospital público a tres años de su inicio. Método: Revisión de la base de datos prospectiva de THO desde el inicio del programa. Definimos dos etapas, la fase inicial se desarrolló entre 2020 a septiembre de 2022, con la creación e implementación de protocolos, capacitación del personal y planificación del recurso humano. Se incluyeron pacientes crónicos considerados de baja complejidad. En la segunda fase, a partir de octubre de 2022, se amplía el pool de pacientes, aceptando pacientes con criterios de urgencia y derivaciones de otros servicios de salud. Adicionalmente en este período, se inicia el uso de perfusión hipotérmica oxigenada (HOPE) como protocolo estándar en el manejo de los injertos. Resultados: Se incluyen 52 pacientes trasplantados en total, en la fase inicial se incluyeron 7 pacientes, 42% sexo femenino, en promedios: 58 años, MELD 23, y diagnósticos esteatohepatitis no alcoholica, alcoholica y hepatocarcinoma en igual frecuencia. Se observó un 57% de complicaciones post operatorias Clavien >3. La segunda fase, con 45 pacientes, 45% femenino, 55 años, MELD 26, con diagnósticos principales causas: alcohólica y esteatohepatitis no alcohólica. Se encuentra un 8% de morbilidad grave, y un 13 % de mortalidad. HOPE fue usado en 45 injertos. Un 40% de los injertos cumplen criterios de hígado marginal, determinado principalmente por IMC del donante. Se trasplantaron 14 pacientes con criterio de urgencia. El tiempo promedio de estudio pre TH y en la lista de espera en pacientes crónicos es de 310 y 204 días, respectivamente. Derivaciones desde otros servicios de salud corresponde a 13 pacientes, 60% de ellas fueron pacientes con criterio de urgencia.

Conclusiones
Esta serie demuestra el desarrollo escalonado de un centro de trasplante destacando la complejización progresiva gracias al fortalecimiento de los protocolos creados en la fase inicial, que ha permitido capacitar a los equipos involucrados logrando mejorar los resultados de los pacientes de manera creciente, eso se expresa en la disminución de la morbimortalidad del programa. La apertura del programa a las urgencias aumenta considerablemente los recursos utilizados en el programa y obliga a tensionar la red de salud para dar respuesta a esta demanda. Durante el año 2023 hay un ascenso de los pacientes derivados de otros servicios de salud, en su mayoría urgencias, que fueron trasladados a nuestro centro donde tras una evaluación multidisciplinaria completaron su estudio pretrasplante en 24-48 hrs y fueron trasplantados en menos de una semana. La existencia de un programa de trasplante fuerte en el sistema público permite dar respuesta a pacientes no solo del Servicio Metropolitano Sur Oriente sino que fuera de la Región Metropolitana. Uno de los desafíos pendientes es lograr organizar la red para los pacientes crónicos y poder dar respuesta oportuna, disminuyendo los tiempos de estudio pretrasplante en este grupo de pacientes. Una de las herramientas novedosas implementadas es la perfusión hepática, con una técnica simple y reproducible, es costo efectivo considerando los beneficios para el injerto y al facilitar la logística del procedimiento completo en un hospital que funciona con el 100% de ocupación de camas y pabellones. Ésta permite detener el tiempo de isquemia fría, permitiendo mayor flexibilidad en torno al procedimiento y también una mejor evaluación del injerto previo a la cirugía del receptor.

JUEVES 24 / SALA II / 14:43 a 14:49

ID 24 ASPECTOS BIOETICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN TRASPLANTE

Autores
V. Galaz, J. Benítez, E. Rivas,, C. Díaz, T. Alvarez, J. Ruiz, J. Bastidas, M. Zamorano, C. Grandon, N. Mendoza, M. Matulic, M. Contreras, M. Órdenes, B. Videla, C. Villaseca, J. Inostroza, I. Morales, D. Fuentes, E. Viñuela, E. Martínez, A. Domínguez, B. Norero, M. Sanhueza, R. Rebolledo.

Instituciones Participantes
Hospital Sotero del Río

Un trasplante (TX) es un procedimiento médico en el que se reemplaza un órgano o tejido dañado o disfuncional de una persona (llamada receptor) con un órgano o tejido sano de otra persona (llamada donante). Los TX pueden ser de diferentes tipos, como trasplantes de riñón, hígado, corazón, pulmón, médula ósea, entre otros. Cuando se trata de un receptor de TX, el consentimiento informado (CI) es un proceso crítico que implica que el paciente receptor, o su representante legal si el paciente no puede otorgar consentimiento por sí mismo, debe recibir información completa y detallada sobre el procedimiento de TX al que se someterá. El CI es un proceso legal y ético mediante el cual un paciente da su consentimiento para recibir un tratamiento médico o someterse a un procedimiento después de recibir información detallada y comprensible sobre el procedimiento o tratamiento propuesto, sus riesgos, beneficios, alternativas y posibles complicaciones. El CI generalmente implica los siguientes elementos: Información adecuada Comprensión: El paciente debe entender la información proporcionada, lo que implica que el médico puede necesitar utilizar un lenguaje claro y sencillo, especialmente cuando se trata de terminología médica compleja. Capacidad para decidir: El paciente debe tener la capacidad mental y la competencia para tomar una decisión informada. Voluntariedad: El consentimiento debe ser dado voluntariamente, sin coerción o presiones indebidas por parte de terceros. Al respecto se decidió realizar una búsquede de información a través de una revisión sistemática de la literatura. MÉTODOS Revisión Sistemática de la Literatura, orientada por PRISMA Estrategias de búsqueda: Términos MeSH: Transplant, cell transplant, transplant, organ. Bioethical, bioethic, ethic, Consent Form Consent Document, Informed Documents, Informed Consent Informed Consent Document EMTREE TERMS: Informed consent, transplant, ethis Población de estudio: Estudios primarios Fuente de datos: Se realizará mediante las siguientes bases de datos: Hinari, Medline, Bireme- BVS, PubMed, EMBASE, Trip database, Scopus, Google Academic, Scielo, WoS, Cochrane Library. La evaluación de riesgo de sesgo para la validez interna de los estudios primarios: Se realizó con la escala de evaluación de calidad metodológica: “MInCir” para estudios de pronóstico. La revisión de artículos se hizo por 3 investigadores. Y con la participación de un tercero en caso de divergencias. Para la extracción de los datos se utilizó el software rayyan para revisiones sistemáticas. RESULTADOS: Se encontraron un total de 10 documentos relacionados con los criterios de inclusión, de los cuales se eliminaron 3 artículos por repetición, publicados de los años 1996-2020. DISCUSIÓN: El CI es un proceso fundamental en cualquier procedimiento médico, incluido el TX. A través del CI, los pacientes reciben información detallada sobre los riesgos, beneficios, alternativas y cualquier otra información relevante relacionada con el TX, permitiéndoles tomar una decisión informada sobre su tratamiento. En el contexto de un TX, los derechos en el CI incluyen: Derecho a la información Derecho a la privacidad y confidencialidad. Derecho a retirar el CI. Derecho a la participación informada.

Conclusiones
Los TX de órganos y tejidos representan un grupo complejo de procedimientos que se han constituido, en muchos casos, como única alternativa de tratamiento de enfermedades terminales agudas o crónicas. En general, el proceso de CI busca proteger los derechos y la dignidad de los pacientes, asegurándose de que estén plenamente informados y tengan la oportunidad de participar en la toma de decisiones sobre su atención médica.

JUEVES 24 / SALA II / 14:50 a 14:56

ID 6 TRASPLANTE DE PÁNCREAS AISLADO COMO TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA PANCREÁTICA POST PANCREATECTOMÍA TOTAL. CASO CLÍNICO

Autores
Iñiguez Rodrigo, Derosas Carlos, González Juan, Chapochnick Javier

Instituciones Participantes
Clínica Santa María Hospital Exequiel González Cortés

El trasplante de páncreas aislado (TPA) está indicado en pacientes con insuficiencia pancreática que no presentan daño renal. Esta insuficiencia puede ser de origen metabólico (diabetes mellitus) o ser secundaria a cirugía resectiva como es la pancreatectomía total, realizada en casos de pancreatitis crónica o tumores. Se presenta el caso de una paciente femenina de 15 años a la cual se le realiza pancreatectomía total por 2 lesiones compatibles con tumor sólido pseudo papilar (cabeza y cuerpo del páncreas). Su evolución fue tórpida requiriendo altas dosis de insulina, y pese a reemplazo enzimático, con mala tolerancia oral y diarrea persistente. No presentó recidiva de su patología tumoral, por lo que se enlista para trasplante. Cuatro años post cirugía resectiva se realiza trasplante de páncreas aislado, con técnica estándar (Y-graft a arteria ilíaca común, drenaje venoso sistémico a vena cava, y drenaje exocrino a intestino). La evolución post operatoria fue favorable, con adecuado funcionamiento del injerto, glicemias normales sin requerimiento de insulina, y mejoría clínica de su diarrea. Al mes post trasplante presentó trombosis de vena esplénica del injerto que se maneja con aspiración endovascular con evolución satisfactoria, quedando con anticoagulación oral, sin presentar recidiva. La inmunosupresión de mantención se realizó con esquema habitual de Tacrolimus, Micofenolato y prednisona. Se mantiene en controles regulares en nuestro centro.

Conclusiones

Estimamos que el trasplante de páncreas aislado es una excelente alternativa de tratamiento para pacientes con insuficiencia pancreática secundaria a resección de tumores pancreáticos. Cabe destacar que este es el primer caso de TPA reportado en nuestro país para esta indicación.

JUEVES 24 / SALA II / 15:30 a 15:37

ID 4 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL DESARROLLO DE NEOPLASIAS EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL

Autores
Pilar Musalem Abuyeres (1), Carolina Sáez Vera (2), Vicente Torres Cifuentes (2), Karen Álvarez Gutiérrez (1), Carolina Campos Torres (1), Hans Müller Ortiz (1,2).

Instituciones Participantes
1. Servicio de Nefrología, Diálisis y Trasplante Renal, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile. 2. Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile

Introducción: Las neoplasias post trasplante son la segunda causa de muerte en receptores de trasplante renal (TR) en occidente, con una incidencia acumulada de 10-15% de neoplasias de órganos sólidos y 60% de piel a 15 años. Se asocian al doble de mortalidad que la población general. Existen factores de riesgo generales y otros relacionados a la enfermedad renal crónica y al trasplante. El objetivo de este trabajo es caracterizar a los receptores de TR que desarrollaron neoplasias del Hospital Las Higueras de Talcahuano. Método: Estudio observacional descriptivo de corte transversal, desarrollado mediante revisión anónima de fichas de 354 pacientes adultos sometidos a TR desde 1981 a la actualidad. Caracterización clínica • Prevalencia de pacientes con diagnóstico de 1 o más neoplasias: 7.9% (28/354) • Edad promedio al trasplante: 51 (24-70) • Hombres: 64,2% • Tipo de donante o Vivo: 10,7% o Cadáver: 82,1% o Cadáver expandido: 7,1% • Nefropatía de base: o No filiada: 39,2% o Nefropatía por IgA: 14,3% o Glomerulonefritis crónica: 14,3% o Enfermedad renal diabética: 7,1% o Glomeruloesclerosis focal y segmentaria: 7,1% o Otras: 18% (Alport, GNMP, Poliquistosis renal, Monorreno, Nefroesclerosis) • Tiempo promedio en diálisis pre trasplante: 71,8 meses (8-300) Factores de riesgo • Inducción con anticuerpos o Timoglobulina: 0% o Basiliximab: 28,6% o Sin anticuerpo: 67,8% o Desconocido: 3,6% • Inmunosupresor de mantención o Micofenolato: 71,4% o Tacrolimus: 67,8% o Azatioprina: 28,6% o Ciclosporina: 25% • Retrasplante: 3,6% • Mismatch A B DR promedio: 3,2 (1-5) • PRA promedio: 8,76% (0-73%) • Rechazo agudo: 10,7% Diagnóstico de neoplasia • Prevalencia de pacientes con diagnóstico de neoplasia de piel: 3,6% (13/354) • Prevalencia de pacientes con diagnóstico de neoplasia de órgano sólido: 3,9% (14/354) • Prevalencia de pacientes con diagnóstico de neoplasia hematológica: 0,84% (3/354) • Frecuencia de neoplasias: 32 • Tipos o Piel no melanoma: 43,7% o Melanoma: 3,13% o Órgano sólido: 43,7% § Próstata: 12,5% § Renal: 6,25% § Colon: 6,25% § Otros: 18,75% (Colangiocarcinoma, Endometrio, Gástrico, Laríngeo, Mama, Cerebral) o Hematológicas: 9,4% § Enfermedad linfoproliferativa post trasplante (PTLD): 6,25% § Mieloma: 3,13% • Tiempo promedio al diagnóstico: 103 meses (11-385) • Segunda neoplasia o Prevalencia 14,2% o Tipo: 3 neoplasias de piel no melanoma, 1 cáncer de próstata • Mortalidad atribuida a la neoplasia: 25% o Causas: Colangiocarcinoma, Cáncer gástrico, Cáncer laríngeo, Melanoma, Mieloma múltiple, PTLD, Tumor cerebral.

Conclusiones

• Nuestra prevalencia de neoplasias post trasplante es más baja en comparación a lo descrito en la literatura. • Se desarrollaron mayoritariamente en hombres, con un promedio de edad de 51 años al momento del trasplante y tiempo en diálisis de 6 años. • Se desarrolló mayoritariamente en receptores de donante cadáver. • La mayoría de los receptores se consideró de riesgo inmunológico estándar (Promedio de Mismatch 3,2 y PRA 8,76%), no recibió inducción con anticuerpos y se mantuvo con tratamiento de mantención con tacrolimus y micofenolato. • Las principales neoplasias fueron de piel, seguidas por próstata, renal y colon. El tiempo promedio al diagnóstico fue de 8,5 años, con un rango de 0,9 hasta 32 años de seguimiento. • Cuatro pacientes tuvieron una segunda neoplasia, principalmente de piel no melanoma. • Un 25% de los pacientes falleció secundario a la neoplasia, 6 casos por neoplasias de órgano sólido y 1 caso por melanoma. • Con estos resultados, se buscará optimizar las estrategias de prevención y screening para disminuir el desarrollo de neoplasias y favorecer la detección precoz de éstas.

JUEVES 24 / SALA II / 15:38 a 15:44

ID 46 EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL ROL DE ENFERMERA COORDINADORA VAD EN SITUACIONES DE ALARMA ASOCIADAS AL USO DE DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA DE LARGO PLAZO HEARTWARE® DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

Autores
O. Pedemonte, A. Vera, L. Merello, J. Alburquerque, P. Espinoza, E. Aranguiz

Instituciones Participantes
Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.

IINTRODUCCIÓN: El trasplante cardíaco (TC) es el gold standard en pacientes con Insuficiencia cardíaca (IC) terminal, pero limitado por la escasez de órganos que se hace insuficiente para la demanda actual. Se han buscado nuevas alternativas de tratamiento basados en la tecnología. El Dispositivo de asistencia ventricular izquierdo (LVAD) surge como una opción real de tratamiento para pacientes con diagnóstico de IC con indicación de TC, permitiendo aumentar los tiempos de espera actuando como puente, y llegar en mejores condiciones a la cirugía. En el año 2013 se realizó el primer implante de LVAD en Chile en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, llegando a un total de 9 implantes. OBJETIVO: Dar a conocer la incidencia de situaciones de alarma asociadas al uso de dispositivo de pacientes portadores de LVAD. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal retrospectivo con datos recopilados durante los años 2013- 2022 en 9 pacientes portadores de LVAD del Hospital Dr. Gustavo Fricke; edad media de 39 ± 15 años, INTERMACS I-III, con diagnóstico de IC FE disminuida al momento del implante, derivados de distintos servicios de salud del país (Iquique, Coquimbo, Viña del Mar-Quillota, Valparaíso-San Antonio, Aconcagua, O´Higgins y Reloncaví). RESULTADOS: Las situaciones de alarma presentadas son de mediana y alta complejidad como *batería crítica* (18/7)*, *vatios altos* (8/4)*, *fallo eléctrico* (4/3)*, *fallo de controlador* (3/3)*, *desconexión eléctrica* (3/3)*. Hubo cambios de controlador ya sea debido a fallo por alarmas descritas o programados para upgrade del software (18/7)*. También asociado a estas alarmas se pudieron observar eventos de *aumento de poder, succión intermitente y disminución de flujo*. En relación al seguimiento cabe destacar que 1 paciente tuvo una sobrevida menor a 30 días sin posibilidad de seguimiento ambulatorio, 1 paciente con 10 meses de sobrevida y hospitalización prolongada sin lograr contra referencia a domicilio. Otros 2 pacientes fueron trasplantados a los 16 y 26 meses respectivamente. Actualmente hay 4 pacientes en seguimiento.

Conclusiones

En este estudio se observó una incidencia de múltiples situaciones de alarma de distinta índole de mediana y alta complejidad, pudiendo o no tener repercusión en la condición clínica del paciente. La ocurrencia de alarmas puede suceder a lo largo de todo el período post implante, y puede estar condicionada al momento post quirúrgico en que se encuentre el paciente, a la condición clínica pre operatoria (INTERMACS) y a la evolución pos operatoria, así como el tiempo de exposición al dispositivo. Para mejor manejo de situaciones de alarma, considerar abordaje multidisciplinario entrenado en reconocimiento y manejo de situaciones de alarma, con atención 24/7 y buen funcionamiento en red por pacientes derivados desde otras regiones.

JUEVES 24 / SALA II / 15:45 a 15:51

ID 11 LAS LISTAS DE ESPERA PARA TRASPLANTE RENAL NO SON EQUITATIVAS Y OBLIGAN A BUSCAR SOLUCIONES REALES PARA QUE NO SEAN FANTASÍAS DE QUIENES CREEN QUE RECIBIRÁN UN INJERTO

Autores
F González C, R Alcayaga, F González F

Instituciones Participantes
Universidad de Chile. Hospital del Salvador. Santiago

El tratamiento de la enfermedad renal crónica terminal es la diálisis y el trasplante renal, siendo esta última la más conveniente por ser más eficaz y eficiente. La principal limitante para ofrecer trasplantes a todos quienes lo necesitan es la escasez de órganos disponibles, lo que lleva a que aparezcan y crezcan listas de espera. Objetivo: Describir el comportamiento temporal de la lista de espera para trasplante renal para estimar la equidad en el acceso real a ser trasplantado en distintas zonas geográficas de Chile. A partir de bases de datos públicas del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Sociedad Chilena de Nefrología, se extrajo las cifras de: Donantes de órganos, trasplantes renales, lista de espera total, lista de espera de pacientes activos, lista de pacientes que creen esperar un trasplante y pacientes en diálisis en el período 2010-2021. Se utilizó estadística descriptiva y regresiones lineales para el análisis. Resultados: La proporción de pacientes dializados que están en la lista de espera (LE) única nacional es 8,9 + 0,4% (rango 8,3 – 9,7%), el 72,3 + 6,1% (rango 60,1 – 80,3%) están activos, es decir, 6,4 + 0,7% del total. La diferencia entre estas cifras es que sólo pueden recibir un injerto quienes están activos. El resto, mientras no lo estén por cursar alguna complicación o no tener estudios al día, por ejemplo, son excluidos transitoriamente de la lista. Paralelamente, si se encuesta a quienes están en diálisis, el 9,6 + 0,1% (rango 8,0 – 10,7%) dice estar “esperando un trasplante”, cifra estadísticamente mayor al 8,9 + 0,4% de la proporción total en LE y al 6,4 + 0,7%, de los activos ($p=0.0319$ y $p<0,00001$, respectivamente). Respecto de la distribución de las listas y las posibilidades de ser trasplantado en las distintas zonas geográficas del país, se observa que en la capital y regiones asociadas, donde vive el 40% de la población de Chile se realiza el 60% de los trasplantes renales ($p<0.0001$) y ello no ha cambiado con los años. Si se realizan regresiones lineales del número de pacientes en hemodiálisis, totales y activos en LE, los que afirman que están y el número de trasplantes en el período de estudio, se observa que las pendientes estimadas de cada regresión son: 854 ($p<0.002$), 55 ($p<0.002$), 5 ($p=0.55$), 79 ($p=0.0035$) y 0.0068 ($p=0.96$), respectivamente, indicando que las curvas divergen entre sí, principalmente porque muchos pacientes creen vanamente estar enlistados (55 y 79) y los trasplantes no crecen en el tiempo.

Conclusiones

Conclusiones: Las LE “percibida” y real crecen más rápidamente que los trasplantes a lo largo del tiempo, tanto así, que los trasplantes se mantienen constantes; y que la probabilidad de ser trasplantado varía geográficamente, perjudicando a quienes están enlistados fuera de la capital y regiones asociadas. Todos estos hallazgos deben promover a buscar cómo solucionar la inequidad en el sistema de trasplante renal de Chile.

JUEVES 24 / SALA II / 15:52 a 15:58

ID 17 TRASPLANTE RENAL EXITOSO EN PACIENTE CON SUPERPOSICIÓN DE GLOMERULONEFRITIS C3 Y MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA TRATADO CON RAVULIZUMAB

Autores
J. P. Huidobro, R. Sepúlveda, C. Carrasco, D. Carpio, G. Méndez, A. Majerson, J. Domínguez, A. M. Ortiz, A. Jara

Instituciones Participantes
Departamento de Nefrología. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. Departamento de Patología. Universidad Austral de Chile, Valdivia. Laboratorio Inmunocel, Santiago. Departamento de Urología. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

La glomerulopatía C3 (GC3) es una enfermedad infrecuente que resulta de una regulación anormal de la vía alterna del complemento. La evolución hacia la falla renal es común y el trasplante es una alternativa para estos pacientes. La GC3 se ha considerado tradicionalmente entre las enfermedades con mayor riesgo de recurrencia tras trasplante renal, al igual que los casos de microangiopatía trombótica (MAT) secundarios a alteraciones en la vía alterna del complemento. Aunque se han descrito casos de superposición de ambas entidades, los datos son escasos, más aún en trasplante renal. En la actualidad, no está claro el manejo óptimo para prevenir la recurrencia de esta enfermedad luego del trasplante renal. A continuación, presentamos el caso de una paciente con antecedente de superposición de GC3 y MAT con un trasplante renal exitoso con uso de ravulizumab. Se trata de una mujer de 30 años con reflujo vesicoureteral en la infancia que requirió cirugía reparadora y luego nefrectomía. A los 19 años presentó insuficiencia renal con hematuria glomerular, la biopsia renal demostró glomerulonefritis con patrón mesangioproliferativo con depósitos C3 y MAT. Ingresó a hemodiálisis y a los 24 años recibió un primer trasplante renal de donante fallecido, presentando falla primaria del injerto asociado a trombosis venosa. La biopsia del injerto demostró recidiva precoz de la GC3 asociada a MAT. El estudio genético demostró mutaciones no descritas probablemente patogénicas del factor H del complemento. También, se evidenció sensibilización contra antígenos HLA con PRAv 100%. Se mantuvo en hemodiálisis y se enlistó para nuevo trasplante renal, para lo cual se realizó desensibilización con inmunoglobulina intravenosa (IGIV) mensual por 3 meses. Recibió un segundo injerto renal de donante fallecido hace 4 meses, con pruebas cruzadas por citometría de flujo (FCXM) negativa. El PRAv previo al trasplante fue de 77% con presencia de anticuerpos donante específicos. Para la inducción se realizó plasmaféresis con reposición de plasma y una dosis de ravulizumab previo al trasplante, en el intraoperatorio se inició linfoglobulina (por uso de timoglobulina en trasplante previo) y esteroides. En el postoperatorio se realizaron 5 sesiones de plasmaféresis con reposición de plasma, linfoglobulina, dos dosis de rituximab e IGIV. Evolucionó con función retardada del injerto que requirió diálisis durante 3-4 semanas después del trasplante. No se demostró hemólisis. Se realizó FCXM una semana después del trasplante resultando positivo para linfocitos T y B, con presencia de 5 anticuerpos donantes específicos (HLA I y II) con alto MFI y un PRAv 100%. Se realizó biopsia de injerto renal una semana después del trasplante la que reveló signos de necrosis tubular aguda, sin signos de GC3, MAT ni rechazo mediado por anticuerpos, con C4d negativo. La paciente fue dada de alta al día 20 con diálisis trisemanal, tacrolimus, micofenolato, prednisona, ravulizumab cada 8 semanas e IGIV (al mes 1, 3, 6 y 12). Un mes después del trasplante la creatinina descendió a 2,9 mg/dL, por lo que se interrumpieron las diálisis. Desde entonces, la función del injerto ha mejorado hasta creatinina de 0.9 mg/dL en el mes 4 post-trasplante.

Conclusiones

El pronóstico de la glomerulopatía C3 es sombrío, con frecuente evolución hacia la falla renal y con altas tasas de reproducción de la enfermedad postrasplante. Este caso muestra un trasplante renal exitoso en un paciente con superposición de GC3 y MAT secundaria a una causa genética y, por lo tanto, podría servir como guía para el manejo del trasplante renal en pacientes con esta rara combinación.

JUEVES 24 / SALA II / 15:59 a 16:05

ID 25 COMPLICACIONES POSTRASPLANTE RENAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA (HRT) 2018-2022

Autores
S. Jara Sepúlveda, Hospital de Curicó, Curicó. P. Carruyo, Hospital de Talca, Talca M. Selamé, Hospital de Talca, Talca

Instituciones Participantes
Hospital de Talca

Introducción: El trasplante renal es el tratamiento más eficaz para pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Dado la escasez de donantes toma mayor importancia el manejo adecuado peritrasplante, dentro de esto, las complicaciones tras la intervención son uno de los determinantes en incidir en la sobrevida del injerto y del paciente. Objetivo: Identificar las complicaciones post-trasplante ocurridas en HRT en los últimos 5 años y caracterizar las más frecuentes. Metodología: Estudio observacional de cohorte retrospectiva. Recolección de datos de ficha clínica física, electrónica y cartola de control de operados entre enero 2018- diciembre 2022 en HRT. Resultados: Se reportaron 177 eventos en 72 pacientes trasplantados, 38% son de índole metabólica, 29% infecciosas, 13% hematológicas, 8% quirúrgicas, 5% rechazo, 1% neoplasias, 6% otras. Dentro de las 2 más frecuentes, en lo metabólico 30% presentó alteraciones en metabolismo calcio/fósforo, 34% lipídico y 36% glicémicas. En términos glicémicos 70% presenta hiperglicemia inmediata post trasplante progresando un 45% a prediabetes. Diabetes de Novo alcanzó 12%, siempre precedida de hiperglicemia y la mayoría con antecedente de prednisona > 20 mg/día. Respecto a lo infeccioso, los sistemas mayormente afectados fueron el tracto urinario (ITU) y respiratorio, ambos con 42% por separado, la mayoría con infecciones no graves. El principal microorganismo identificado fue el COVID-19 (37%) seguido de bacterias gram negativas (BGN), la mayoría resistentes (60%). Dentro de los factores de riesgo significativos sólo se encontró el uso de sonda urinaria (SU) > 7 días (RR 1,8, IC 95% 1,1-3,1) para el desarrollo de ITU.

Conclusiones

El conocimiento actualizado de complicaciones locales permite mejor manejo y por ende eventual impacto en tasa de sobrevida de injerto y paciente. Dado el patrón de complicaciones y sus factores, se debe considerar medidas de profilaxis y reforzar el retiro precoz de SU en términos de prevención de ITU y considerar la presencia mayoritaria de resistencia en BGN al tratarlas. Por el lado metabólico, hacer énfasis en el manejo integral del aspecto glicémico-lipídico, que pudiese contribuir como factor de riesgo cardiovascular y eventualmente con eventos cardiovasculares mortales.

JUEVES 24 / SALA II / 16:06 a 16:12

ID 28 COHORTE HISTÓRICA DE 43 AÑOS: REPORTE DE SUPERVIVENCIA DEL INJERTO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE TRASPLANTE RENAL.

Autores
C Brandau (1) A Foneron (1) L Ebel (1) L Troncoso (1) C Barrera (2) A Foneron (1) F Oyanedel (1) H Toledo (1) J Hurtado (3) F Flores (1) M Navarro (1) V Gallardo (4) C Flores (4)

Instituciones Participantes
(1) Urología, Hospital Clínico Base de Valdivia. Valdivia. (2) Instituto Salud Pública, Universidad Austral de Chile. Valdivia. (3) Urología, Hospital Barros Luco Trudeau. Santiago. (4) Nefrología, Hospital Clínico Base de Valdivia. Valdivia.

Trasplante renal (TR) es el tratamiento de elección para enfermedad renal crónica terminal: aumenta esperanza de vida, disminuye morbilidad y mejora calidad de vida. La supervivencia del injerto (SI) es el tiempo desde el TR hasta el fallo irreversible del mismo. Datos nacionales publicados muestran una SI de 93%, 91% y 89% a 1, 3 y 5 años, respectivamente. El objetivo de este estudio es reportar una cohorte histórica de un centro de TR nacional del sur del país. Adicionalmente, describir causas de pérdida del injerto (PI) y analizar causas de muerte de los pacientes trasplantados. Material y métodos: estudio de cohorte retrospectivo de un centro nacional multiregional de TR. Se incluyen todos los pacientes trasplantados desde septiembre de 1979 hasta junio de 2023. Análisis estadístico descriptivo de los datos socio demográficos y de Kaplan-Meier para función de SI. El análisis estadístico utilizó Stata15. Resultados: durante el período de análisis se realizaron 519 TR. Se excluyeron 29 casos por datos incompletos, obteniendo una cohorte de 490 casos. 328 (66,9%) fueron donante cadavérico (DC) y 162 (33,1%) donante vivo (DV). 27 pacientes recibieron más de un injerto. 288 (58,8%) casos fueron de sexo masculino. Edad media fue 40, 38 y 38 años para receptor, DC y DV, respectivamente. 315 (64,3%) unidades trasplantadas permanecen funcionantes y 175 (35,7%) tienen PI. La causa más frecuente de ello fue rechazo crónico o desconocida en 132(73,7%), seguido de nefrológicas, urológicas, infecciosas en 22(12,2%), 12(6,7%) y 11(6,1%), respectivamente y sólo 2 (1,1%) por abandono del tratamiento. 215 pacientes fallecieron durante el período, siendo la causa más frecuente cardiovascular en 79 (36,7%), infecciosa 71 (33,0%), cáncer 26 (12,0%) y otras en 39 (18,1%) fallecidos. SI global (%) fue 89,84,79,67 y 52 a 1,3,5,10 y 20 años, respectivamente. SI DV/DC (%) fue 91/88, 87/82, 82/78, 64/69, 47/55 en los mismos tiempos.

Conclusiones

Se reporta una cohorte histórica de 40 años, demostrando SI global cercana a 80% a 5 años y con más de la mitad de los injertos funcionantes a los 20 años. Destacamos un programa de TR multiregional con las dificultades geográficas propias de acceso y seguimiento, a pesar de lo cual un porcentaje mínimo de los injertos fallan por abandono. Palabras clave: trasplante renal, supervivencia injerto, selección donante.

JUEVES 24 / SALA II / 16:13 a 16:19

ID 31 IMPACTO DEL KDPI EN RESULTADOS POST-TRASPLANTE RENAL. ANÁLISIS DE RECEPTORES DE DONANTES DE CRITERIO EXPANDIDO.

Autores
Juan Campodónico, Cristián Juanet, Rosa Sequera, Elisabeth Galdames, Rodrigo Sepúlveda, Juan Pablo Huidobro, Mireya Ortiz.

Instituciones Participantes
Departamento de Nefrología PUC

Desde el 2014 disponemos del "Kidney Donor Profile Index" (KDPI), sistema de puntuación que nos da información más precisa de la calidad de los injertos renales. El objetivo de este estudio es mostrar su asociación en resultados de trasplante renal en pacientes receptores de donantes de criterio expandido (TRDCE). Se analizó 22 trasplantes renales entre 2015-2023 de TRDCE. Los datos univariados se presentan con estadística descriptica. Para el análisis bivariado se utilizaron test no paramétricos. La edad promedio 66 años (57-74), 73.2% (17) hombres, KDPI promedio de donantes 83.2% (70-95%). Un 47.8% tenían KDPI mayor 85%. Hubo 5 (22.7%) funciones retardades del injerto (FRIR). La mejoría de la función renal fue significativa post trasplante a los 30, 60 y 120 días ($p < 0.05$). Hubo tendencia no significativa para evolución negativa post trasplante para vPRA y cantidad de Missmatch (MM) previo al trasplante. En cambio no hubo impacto negativo en evolución post trasplante para la variable KDPI mayor a 85% o mayor a 90%. Para FRIR, no se encontró asociación para las variables sexo, vPRA mayor a 0%, KDPI mayor a 85% y KDPI mayor a 90. Quienes presentaron FRIR no mostraron diferencias en cuanto a las los promedios de las variables edad, PRA, cantidad de MM, KDPI, horas de isquemia fría, minutos anastomosis, ni edad del donante.

Conclusiones

No se demostró asociación significativa entre el KDPI con evolución desfavorable post trasplante renal ni FRIR. Podrían verse resultados diferentes con mayor tamaño muestral. Con estos datos el KDPI debería considerarse como un elemento más en la evaluación donante receptor. La mayoría de los pacientes TRDCE tienen KDPI menos 85%, diferente a lo habitualmente descrito en la literatura.

JUEVES 24 / SALA II / 16:20 a 16:27

ID 5 DIABETES POST TRASPLANTE RENAL: EXPERIENCIA CLINICA DE 4 DECADAS

Autores
Pilar Musalem Abuyeres (1), Vicente Torres Cifuentes (2), Carolina Campos Torres (1), Paulina Figueroa Gajardo (1), Hans Müller Ortiz (1,2).

Instituciones Participantes
1. Servicio de Nefrología, Diálisis y Trasplante Renal, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile. 2. Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Introducción: La diabetes mellitus post trasplante (PTDM) afecta al 20-30% de los receptores de trasplante renal y se asocia a peores resultados como aumento de la mortalidad, riesgo cardiovascular, falla del injerto e infecciones. Su fisiopatología es multifactorial, incluyendo factores de riesgo previos al trasplante y asociados a éste que influyen en su desarrollo. El objetivo de este trabajo es caracterizar a los receptores de trasplante renal que evolucionaron con PTDM del Hospital Las Higueras de Talcahuano. Método: Estudio observacional descriptivo de corte transversal, desarrollado mediante revisión anónima de fichas de 354 pacientes adultos sometidos a trasplante renal desde 1981 a la actualidad. Resultados Caracterización clínica • Prevalencia 8,75% (31/354) • Edad promedio al trasplante: 50 años (28 – 65) • Mujeres: 48,3% • Tipo de donante: o Vivo: 0% o Cadáver 90,3% o Criterio expandido 9,7% Factores de riesgo • Retrasplante: 0% • Poliquistosis renal: 12,9% • Mismatch promedio (A B DR): 3,4 (0-6) • PRA promedio: 13,4% (0-80%) • Esquema inmunosupresor Tacrolimus – Micofenolato – Prednisona: 87% • IMC mayor o igual a 25: 80% • Infección por citomegalovirus (CMV): 9.6% • Rechazo agudo: 6.4% (100% humoral) • Infección por Hepatitis C: 0% Diagnóstico de PTDM • Promedio tiempo al diagnóstico: 44 meses (0-322) o 38% en los primeros 3 meses o 52% en los primeros 12 meses • Método de diagnóstico o Glicemia ayuno: 51,6% o HbA1c: 9,6% o Test de tolerancia a la glucosa: 9,6% o Desconocido: 29,2%

Conclusiones

• La prevalencia de PTDM de nuestro centro es más baja en comparación con lo descrito en la literatura, afectando ligeramente más a hombres, con un promedio de edad de 50 años al momento del trasplante. • Se desarrolló sólo en receptores de donante cadáver y en aquellos con factores de riesgo como sobrepeso/obesidad, antecedente de infección por CMV y de tratamiento de rechazo agudo. • El tiempo promedio al diagnóstico fueron 3,6 años post trasplante, destacando que un 38% la desarrolló en los primeros 3 meses de seguimiento y mas de la mitad en el primer año. El principal método diagnóstico fue la glicemia alterada de ayuno. • No fue posible evaluar la prevalencia de hipomagnesemia como factor de riesgo dado la poca tasa de medición, lo cual se espera optimizar a futuro. • Con estos resultados, se buscar implementar un protocolo de seguimiento y de prevención del desarrollo de PTDM en pacientes con factores de riesgo, y así mejorar los resultados de los pacientes receptores de trasplante renal.

JUEVES 24 / SALA II / 16:28 a 16:35

ID 19 COBERTURA DE CASOS MEDIÁTICOS DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN CHILE

Autores
R Alcayaga, F González C, N Leiva, F González F

Instituciones Participantes
Universidad De Chile, Hospital del Salvador. Santiago

Una de las claves para mantener y difundir programas de trasplantes es la confianza pública en la integridad del proceso de donación, asignación y trasplante de órganos. La percepción de que el proceso es defectuoso, o peor aún, corrupto, puede estar asociado con la pérdida de confianza y negativa a la donación en la población. El objetivo de esta investigación es establecer de qué forma las noticias de casos mediáticos abordan la donación de órganos. Es una investigación cualitativa de estudio de caso donde se analizaron 150 noticias de 14 casos mediáticos relacionadas a la donación de órganos y la necesidad de un trasplante mediante el análisis de contenido. Las publicaciones cubrieron medios digitales nacionales de noticias entre 2015 y 2019. Inductiva y deductivamente se codificó unidades de significado y se agruparon en temas. Se describieron 11 unidades de significado que fueron clasificadas en los siguientes temas: Necesidad de un trasplante (Prioridad nacional o gravedad, Lista de espera, Órganos donados no pueden ser entregados), Solidaridad (Agradecimiento a donante, Anonimato donante, Familia que dona), Desigualdad social (Nivel socioeconómico alto, Clínica privada, Nivel socioeconómico bajo) y Cobertura mediática (Llamado a hablar con la familia, Redes sociales). Ningún medio de comunicación menciona qué es el proceso de procuramiento de órganos, cómo se puede ser donante, ni la importancia de la muerte encefálica. Tampoco que gran parte de quienes reciben un órgano en Chile pertenecen al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Además, parece ser que tener cierta condición socioeconómica es algo malo en Chile. En la mayoría de los casos de personas que se trataron en una Clínica privada, que es casi la única mencionada en las noticias, se evita decir de dónde viven, dónde estudian, y se les trata de asociar al “esfuerzo” y la pena de manera muy evidente. Sin embargo, en los casos de hospitales públicos, los nombres de éstos son apenas mencionados. Pudiendo asociarse un mayor involucramiento del recinto de salud privado al proceso de trasplante, tanto para casos exitosos, como para casos fallidos. Toda la cobertura mediática no logra traspasar más allá de “el caso” expuesto en la noticia, es decir, el nombre de quien espera desesperadamente un órgano para vivir y su historia de vida. No mencionan antecedentes del proceso de procuramiento o donación, ni presentan un enfoque informativo que pueda orientar a la sociedad chilena en cómo ser donante, ya que existe un desconocimiento del proceso de procuramiento en los mismos periodistas y medios de comunicación. Tampoco se aprecia un interés por informar y educar a la población en qué consiste la donación de órganos, de quién depende, cómo se organiza la lista de espera, y quiénes son los posibles beneficiarios.

Conclusiones

Estos resultados muestran una necesidad de generar un documento para medios de comunicación acerca de la entrega de información responsable de noticias vinculadas a la donación y trasplante tal como los tienen España y Argentina.

VIERNES 25 / SALA I / 12:30 a 13:00

EL SISTEMA DE REPARTO DE RIÑONES PARA TRASPLANTE EN CHILE EXPLICADO SEGÚN LA TEORÍA DE JUEGOS: CÓMO LA GENEROSIDAD TEÓRICA SE TRANSFORMA EN EGOÍSMO 41

LA COBERTURA MEDIÁTICA DE PACIENTES EN ESPERA DE UN TRASPLANTE INFLUYE DE MANERA IMPREDECIBLE EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD, PERO NO EN LA SOCIEDAD 42

TEST DE APNEA EN CPAP, ALTERNATIVA AL MÉTODO CONVENCIONAL 43

LA ESCASEZ DE DONANTES DE ÓRGANOS EN CHILE SE EXPLICA POR LA FALTA DE PREPARACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y UCI 44

VIERNES 25 / SALA II / 12:30 a 13:00

MPACTO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS EN LISTA DE ESPERA: ANÁLISIS DEL TRASPLANTE CON DONANTE VIVO, DONANTE FALLECIDO Y NO TRASPLANTADOS. 45

RESULTADOS Y MORTALIDAD DE LA INFECCIÓN TEMPRANA POR SARS-COV-2 EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN CENTRO UNIVERSITARIO 46

TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO ADULTO-PEDIÁTRICO EN RECEPTOR MAYOR A 20 KGS. SERIE DE CASOS NACIONAL DE HEMI-INJERTO IZQUIERDO COMPLETO. 47

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO ADULTO-ADULTO EN CHILE: PRIMEROS 50 CASOS. 48

VIERNES 25 / SALA I / 14:00 a 15:00

EXPERIENCIA DE KEFURI, PLATAFORMA TECNOLÓGICA DE AVISO DE POSIBLES DONANTES EN DOS CENTROS DE ALTA COMPLEJIDAD DEL SSMO 49

10 AÑOS DE PROCURAMIENTO DE ÓRGANOS EN CHILE, ¿QUÉ DICE LA MATEMÁTICA? 50

EXPERIENCIA HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE KEFURI COMO HERRAMIENTA DE AVISO DE POSIBLE DONANTE 51

REINGENIERÍA, LA HERRAMIENTA QUE PUEDE REVOLUCIONAR LA OBTENCIÓN DE ÓRGANOS EN CHILE 52

ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE HOSPITALES DE LA REGIÓN DE COQUIMBO: UN ENFOQUE DESDE LA GESTIÓN DEL RIESGO 53

SIDOT, UNA BASE DE DATOS CON VASTAS POSIBILIDADES DE MEJORA 54

RESULTADOS DE LA EFECTIVIDAD DE KEFURI, PLATAFORMA DE AVISO DE POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS, EN 3 HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PAÍS 55

DESIGUALDAD SOCIAL Y ESTRUCTURAL DE LOS DESCARTES DE POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS EN CHILE 56

VIERNES 25 / SALA II / 14:00 a 15:00

MODELO ANIMAL DE PERFUSION HEPATICA FRÍA OXIGENADA (HOPE) CON SISTEMA ECMO PERSONALIZADO Y USO DE CÁMARA TERMOGRÁFICA 57

RESULTADOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO EN PACIENTES CON SÍNDROME HEPATOPULMONAR 58

HEPATECTOMIA DE DONANTE VIVO PARA TRASPLANTE HEPÁTICO ADULTO-ADULTO EN CHILE: CARACTERIZACIÓN Y REPORTE DE SUS COMPLICACIONES. 59

APLICACIÓN DE LA ESCALA DE MELD Y SUPERVIVENCIA GLOBAL EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARÍN EN QUITO – ECUADOR 60

EXTUBACIÓN TEMPRANA Y RECUPERACIÓN RÁPIDA EN TRASPLANTE HEPÁTICO 61

CARACTERISTICAS DE TRASPLANTES HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS CON TROMBOSIS DE ARTERIA HEPÁTICA 62

FLAVIN MONONUCLEÓTIDO COMO BIOMARCADOR DE VIABILIDAD EN PERFUSIÓN HEPÁTICA HOPE (HYPOTERMIC OXYGENATED PERFUSION) 63

RECHAZO DUCTOPÉNICO EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO. FACTORES ASOCIADOS. 64

VIERNES 25 / SALA I / 12:30 a 12:37

ID 14 EL SISTEMA DE REPARTO DE RIÑONES PARA TRASPLANTE EN CHILE EXPLICADO SEGÚN LA TEORÍA DE JUEGOS: CÓMO LA GENEROSIDAD TEÓRICA SE TRANSFORMA EN EGOÍSMO

Autores
F González C; C González B; R Alcayaga; F González F.

Instituciones Participantes
Universidad de Chile. Hospital del Salvador. Cesfam Ossandon. Santiago

Existe un gran desajuste entre la demanda y la oferta de riñones para trasplante. Los sistemas de asignación intentan entregar este recurso escaso de manera equitativa al mejor receptor utilizando algoritmos para maximizar la supervivencia del injerto. Los sistemas de asignación también pueden incentivar la actividad de procuramiento de órganos. El sistema de asignación chileno entrega un riñón a la institución procuradora y el segundo a otra diferente a nivel nacional; política diseñada buscando estimular el procuramiento en las instituciones de trasplante, las cuales reciben un riñón cada vez que procuran un donante. A esta política se le conoce como "riñón casa y riñón pool". Pero, ¿ha sido eficaz para lograr su propósito? Se estudió la eficacia de la política de riñones casa y pool a nivel nacional usando los registros de donantes de órganos de instituciones públicas y privadas, comparándolos con los centros que los implantaron entre 2010-2020. Se utilizó estadística descriptiva y modelos de teoría de juegos para analizar el comportamiento de las instituciones. Se obtuvo precios públicos y privados de los servicios utilizados para procurar un riñón (casa) y se comparó con el precio que una institución debe transferir al sistema a cambio de uno de pool. Resultados: Se encontró un aumento significativo en el número de donantes en el período estudiado. Las instituciones privadas han aumentado su participación en el mercado de trasplantes ($p = 0,003$), y lo hacen a expensas de las instituciones públicas ($p = 0,702$) y sin aumentar su aporte de órganos ($8,2 \pm 1,7$ vs $5,8 \pm 1,6$ donantes pmp para público vs privado, $p = 0,002$). Los centros privados tienen mayores ratios de trasplante/procuramiento ($4,40 \pm 1,59$ vs $2,56 \pm 0,54$; $p = 0,0017$), lo que significa que estas instituciones se benefician sobre las públicas, del sistema de asignación de órganos que entrega uno de los dos riñones a una lista de espera nacional sobre una local. En cuanto al costo, se encontró que es un 2,7% más caro conseguir un riñón en centros privados, y ambos costos (públicos y privados) son 5 veces superiores al precio de transferencia por riñón pool fijado por ley.

Conclusiones

Este comportamiento se puede enmarcar dentro de la Teoría de Juegos, concretamente la Tragedia de los Comunes, describiendo que los jugadores maximizan su beneficio a costa del resto, dando lugar a un desequilibrio entre demanda y oferta de órganos que se agrava con el tiempo y alarga las listas de espera, especialmente para aquellos que figuran enlistados en una institución pública. Chile debe cambiar su modelo de asignación para lograr equidad y aumentar los trasplantes, y para ello, se propone cambiar a un modelo de alocación predominantemente local, tal como la mayoría de los países del mundo.

VIERNES 25 / SALA I / 12:38 a 12:44

ID 13 LA COBERTURA MEDIÁTICA DE PACIENTES EN ESPERA DE UN TRASPLANTE INFLUYE DE MANERA IMPREDECIBLE EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD, PERO NO EN LA SOCIEDAD

Autores
F González C, N Leiva, R Alcayaga, F Vera, F González F.

Instituciones Participantes
Universidad de Chile. Hospital del Salvador. Santiago

Chile se ha esforzado en sensibilizar a la población sobre la donación de órganos (DO) como estrategia para disminuir la negativa familiar a la donación y, por ende, aumentar las tasas de DO. Casi todos los años hay un caso mediático en la prensa: una persona que necesita un trasplante (tx) y que, por esfuerzos familiares o interés de los medios, es cubierto en las noticias. La intención final de estas coberturas es encontrarles un órgano. Pero, ¿estos casos mediáticos alcanzan su objetivo? Se estudió la efectividad de los casos mediáticos de donación y tx de órganos en la prensa en aumentar los donantes efectivos de órganos. Se analizó todos los casos mediáticos en Chile entre 2015-2019 extrayendo noticias de medios de comunicación digitales. Con un enfoque deductivo-inductivo para encontrar códigos en las noticias, se creó una base de datos con ellos. Se usó AC1 de Gwet para abordar el acuerdo entre los 3 expertos que codificaron las noticias. Se agrupó las observaciones por mes y comparó con la base de datos nacional de procuramiento de órganos. Se usó estadísticas descriptivas y regresiones de series de tiempo lineales y dinámicas (RDST) hasta el cuarto rezago para el número de donantes efectivos de órganos (DE), negativa familiar (NF) y posibles donantes (PD) como variables dependientes, y la frecuencia de los códigos de noticias como variables independientes. Se incluyó 21 casos, 250 noticias (12 ± 6,7 noticias/caso; rango 3-29) y 30 variables independientes (6/30 obtuvieron menos del 60% de acuerdo y fueron excluidas). El 64% de las noticias refieren a una persona que necesita un tx, pero el 47% menciona que lo recibe. El 16% promovió una campaña en los medios para obtener un órgano, el 11% llamó activamente a donar, el 7% animó a hablar con la familia sobre la DO y el 2% mencionó cómo convertirse en donante. El número mensual de noticias no se correlacionó con DE (0,13, p=0,3), NF (0,21, p=0,1), ni PD (0,03, p=0,8). No hubo RDST significativos que se ajustaran a DE ni NF. La RDST que se ajustó a PD (R2=0,69, p<0,002) tuvo como mayores contribuyentes la mención de la ley (signo positivo) en los rezagos 3 y 4, y la mención de muerte encefálica (signo negativo) en el rezago 4.

Conclusiones

Conclusiones: A pesar de la intención detrás de cubrir estos casos mediáticos, las noticias no logran comunicar lo básico para lograr el objetivo. Ni el número de noticias ni ninguna otra variable se correlacionaron ni explicaron la DE o la NF para ningún período rezagado. Las noticias parecen explicar parcialmente sólo el número de PD, lo que sugiere que sensibilizan, positiva o negativamente, a los trabajadores de la salud para detectar y cuidar a los PD. Cubrir casos mediáticos no es útil para aumentar la DO, e incluso puede ser negativo. En lugar de ello, se debería realizar esfuerzos para mejorar la educación de los trabajadores de la salud que participan del proceso de procura y mejorar dichos procesos.

VIERNES 25 / SALA I / 12:45 a 12:51

ID 23 TEST DE APNEA EN CPAP, ALTERNATIVA AL MÉTODO CONVENCIONAL

Autores
Ronalad Pairumani Medrano Alejandro Barra Eduardo Cañon Monserrate Vera Miguel Aguilar

Instituciones Participantes
Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Barros Luco

INTRODUCCIÓN El diagnóstico de muerte encefálica (ME) concluye con la realización del test de apnea (TA) convencional, que según normativa nacional, se debe realizar en 8 a 10 minutos, retirando el ventilador mecánico y aportando oxígeno a través de una cánula a un flujo de 6 a 8 L/m. Durante ese tiempo se observan los movimientos respiratorios, ante su ausencia y la confirmación gasométrica de una Presión arterial de dióxido de carbono (PaCO2) > 60 mmHg y/o una diferencia > 20 mmHg de PaCO2 entre la muestra basal y final de la prueba, se certifica el fallecimiento. Sin embargo, a un grupo de pacientes no se podrá realizar el TA convencional, dado que el retiro de la presión positiva llevará al colapso alveolar, disminución de la capacidad residual funcional, hipoxemia y otras de complicaciones graves. Nuestro objetivo es demostrar, a través de un caso, que el TA puede ser realizado por métodos no convencionales. CASO CLÍNICO Paciente de 58 años con antecedentes de diabetes mellitus 2, es encontrado en domicilio con compromiso de conciencia, trasladado a urgencias en Escala de coma Glasgow de 5 y sin reflejos de tronco encefálico. Tomografía computarizada de cerebro mostró hemorragia intracerebral extensa con vaciado ventricular, fuera de alcance neuroquirúgico. Ya con signos clínicos de muerte encefálica se realiza test de apnea, el que resulta frustro por desaturación hasta 85%. Por lo que se realiza un test de apnea con presión positiva continua (CPAP), en ventilador liviano Trilogy Philips. Siendo el resultado positivo para muerte encefálica, con PaCO2 pre y post prueba de 43mmHg y 77 mmHg respectivamente. Dada normativa vigente, se realizó examen instrumental con angiografía cerebral, confirmando la muerte encefálica. DISCUSIÒN. En el paciente crítico potencial donante, el retiro de la presión positiva generará cambios en la fisiología de la cardio-pulmonar. Si bien la mayor parte de los potenciales donantes, no tienen complicaciones al realizar el TA convencional, en ciertas circunstancias no se podrá retirar la presión positiva, por ejemplo: neumonías, Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Por otro lado, están los candidatos a donación pulmonar, en los que se recomienda mantener una presión positiva al final de la espiración (PEEP) estable, como pilar fundamental del éxito del trasplante. La opción es mantener un nivel de presión positiva durante el tiempo del test. Los métodos reportados son diversos (CPAP en VM liviano o pesado, válvula de PEEP, CPAP de Boussignac, etc.). Lévesque y cols., en un estudio aleatorizado y cruzado, compararon 3 métodos de TA: convencional, tubo T y CPAP, no encontrando diferencias entre los 3 métodos, sin embargo, con CPAP de 10 cmH2O se logró mantener más estable la PaO2/FIO2. Si bien el estudio excluyó a pacientes con enfermedades pulmonares agudas y crónicas, los autores recomiendan el uso del método CPAP. Westphal y cols. describieron una serie de casos de pacientes con SDRA y uso de CPAP en VM convencional, mostrando buena correlación con el TA convencional. En otro reporte retrospectivo de 10 años, el método con bolsa de anestesia y válvula de PEEP, mostró ser más seguro que el TA convencional. El uso CPAP y ventilador mecánico liviano, el modo CPAP usado habitualmente en VM no invasiva, se adapta al tubo traqueal. Algunos VM pesados no aportatan un flujo de oxígeno constante, en cambio en los VM livianos el aporte de flujo de oxígeno es continuo y estaría asegurado durante el test con CPAP entre 5 a 10 cmH2O.

Conclusiones

El TA en CPAP parece ser más seguro para prevenir la hipoxemia y proteger el pulmón para donación pulmonar.

VIERNES 25 / SALA I / 12:52 a 12:58

ID 15 LA ESCASEZ DE DONANTES DE ÓRGANOS EN CHILE SE EXPLICA POR LA FALTA DE PREPARACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y UCI

Autores
F González C; F Vera; R Alcayaga; F González F

Instituciones Participantes
Universidad de Chile. Hospital del Salvador. Santiago

La tasa de donación efectiva de órganos (DEO) en Chile es baja. Se ha culpado a la negativa familiar, al tiempo que se desestima el efecto de las ineficiencias del proceso de procuramiento (PdP). El PdP es llevado por enfermeras que gestionan recursos y cuidados de los posibles donantes (PD). Una de las grandes dificultades es que parte importante de su trabajo depende del conocimiento y participación de profesionales en Urgencia y UCI. En ellos, tanto médicos como enfermeras, recae la detección, aviso y mantención de PDs. Pero, ¿tendrán estos los conocimientos suficientes para ello? ¿Conocen que son parte importante del PdP? Se utilizó un enfoque de dos pasos, comenzando con la obtención de dos conjuntos de datos: egresos hospitalarios y procuramiento de órganos entre 2013-2017. Se consideró todos los pacientes que ingresaron al sistema bajo criterio neurológico severo según CIE10, y egresaron fallecidos; y todos los PD que entraron a seguimiento de procuramiento. En segundo lugar, se aplicó una encuesta a médicos y enfermeras de urgencia y UCI de 3 grandes hospitales de la RM, cuyo objetivo era describir el conocimiento y el comportamiento del PdP. Se usó estadística descriptiva para ambos análisis. Entre 2013 y 2017 egresaron 11.412 pacientes del sistema de salud que cumplían con criterio de PD, de ellos sólo 1.480 ingresaron a seguimiento. Es decir, el 87% de los pacientes calificados como PD nunca iniciaron el PdP. Luego de filtrar aquellos pacientes descartados por contraindicación (154, 1,3%), y negativa familiar (659, 50%), tan sólo 5,8% se convirtieron en DEO. La encuesta fue respondida por 88 profesionales, 50% médicos, 70% de Urgencias. El 51% declaró haber detectado activamente PDs pero sólo el 43% los avisó a la Unidad de Procuramiento, por lo que sólo el 22% detectó y avisó PDs (78% no). El 10% de los encuestados no estaba seguro de la validez del diagnóstico de muerte encefálica y el 52% nunca recibió capacitación formal sobre ningún tema de donación mientras estudiaba. El 73% consideró importante la actividad de procuramiento, pero el 40% declaró no saber lo suficiente sobre ella. El personal de UCI declaró tener un mayor conocimiento al respecto del PdP que el de urgencia (81% vs 23% conocimiento más que suficiente, $p < 0.001$).

Conclusiones

El conocimiento insuficiente de la actividad y los conceptos de procuramiento, especialmente por parte del personal de urgencia, puede explicar la falta de detección y aviso de PDs. También es interesante que el porcentaje de profesionales de la salud que no avisan PDs (78%) es similar al porcentaje de PDs que no se avisan a nivel nacional (87%). Si bien la pequeña muestra puede no ser representativa de la población objetivo, los hallazgos brindan una idea de que los esfuerzos para aumentar la DEO en Chile deben centrarse en educar a los profesionales que participan del PdP, o incluso en automatizar y estandarizar el PdP para dejar de depender del conocimiento de las personas.

VIERNES 25 / SALA II / 12:30 a 12:37

ID 33 IMPACTO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS EN LISTA DE ESPERA: ANÁLISIS DEL TRASPLANTE CON DONANTE VIVO, DONANTE FALLECIDO Y NO TRASPLANTADOS.

Autores
Sergio Riveros, Daniel García, María Jésus Irarrázaval, Pablo Achurra, Eduardo Briceño, Eduardo Viñuela, Nicolás Jarufe, Jorge Martínez, Martin Dib.

Instituciones Participantes
Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción La distribución de los recursos económicos de un país en vías de desarrollo es importante en la toma de decisiones en el financiamiento de un programa de trasplante hepático. Métodos Estudio de cohorte no concurrente de todos los pacientes que ingresaron a la lista de espera para trasplante hepático entre Enero 2016 y Diciembre 2019 en el Hospital Clínico UC-Christus. Se analizaron los recursos utilizados durante el tiempo de seguimiento incluyendo hospitalizaciones y actividad ambulatoria. Fecha de seguimiento hasta el trasplante, salida de la lista (muerte o fuera de criterios) o hasta fecha límite de seguimiento en diciembre 2021. Análisis por grupo: Grupo no trasplantado (NT), Grupo trasplantado con donante fallecido (THDF) y grupo trasplantado con donante vivo (THDV). Resultados Se incluyeron un total de 156 pacientes. De los cuales 57 (37%) NT, 78 (50%) THDF y 21 (13%) THDV. Tiempo promedio en lista de espera 11.75, 7.29, 4.52 meses para NT, THDF y THDV, respectivamente. Se encontraron diferencias significativas en la estadía hospitalaria de UCI, requerimientos de RMN, número de endoscopías y promedio de ligaduras de varices esofágicas en lista de espera. Promedio de días de estadía en UCI para NT THDF y THDV, de 6.37, 3.05 y 2.3 días, respectivamente (0.049). El requerimiento de RNM fue de 1.16, 0.51 y 0.38 de resonancias para NT, THDF y THDV, respectivamente (p0.005). El promedio de endoscopias solicitadas fue de 0.88, 0.37 y 0.33 para NT, THDF y THDV, respectivamente (p0.004). El promedio de ligaduras de várices esofágicas fue 0.33, 0.14 y 0 ligaduras para NT, THDF y THDV, respectivamente (p0.024).

Conclusiones

El trasplante hepático con donante vivo disminuye los tiempos en lista de espera, y disminuye los recursos económicos utilizados durante la espera. Todas las estrategias para aumentar el número de trasplantes oportunos (donante vivo, máquinas de perfusión ex vivo, donante a corazón parado), no solamente aumentan la sobrevida sino además disminuyen los costos asociados al consumo de recursos durante la espera.

VIERNES 25 / SALA II / 12:38 a 12:44

ID 30 RESULTADOS Y MORTALIDAD DE LA INFECCIÓN TEMPRANA POR SARS-COV-2 EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Autores
C. Sotomayor, D. García, M.e. Balcells, F. Muñoz, K. Muñoz, P. Domínguez, A. Cancino, R. Wolff, F. Barrera, C. Benitez, L.a Díaz, E. Briceño, E. Viñuela, P. Achurra, P. Rebolledo, N. Jarufe, M. Vera, M. Dib, J.a. Martínez.

Instituciones Participantes
Departamento de Cirugía Digestiva, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: La pandemia de COVID-19 impactó mundialmente la práctica del trasplante hepático (TH). La mortalidad parecía más alta en pacientes con enfermedades crónicas, y particularmente en pacientes recientemente trasplantados e inmunosuprimidos. Teniendo en cuenta que la mortalidad en nuestra lista de espera de TH es >35 %, decidimos mantener el programa abierto, evaluando caso a caso la urgencia del receptor, y solo pausamos el programa electivo de trasplante hepático de donante vivo durante tres meses para disminuir el riesgo del donante. Objetivo: Evaluar los resultados de TH durante la pandemia de COVID-19 y la mortalidad por infección temprana SARS-CoV-2 en estos receptores. Métodos: Revisión retrospectiva de ficha clínica de pacientes adultos sometidos a TH en nuestro centro entre 1/01/ 2020 y 31/12/2021. Se incluyeron todos los receptores de TH que desarrollaron infección por SARS-CoV-2 confirmada por PCR durante la hospitalización posterior al trasplante. Se siguió la incidencia de COVID-19 desde el TH hasta 31/12/2021. Resultados: Se realizaron 104 TH en adultos; 84% fueron indicaciones electivas, 15% casos de urgencia y el 1% retrasplante. La edad promedio fue 56,2 ±12,5; 56% masculino. Las indicaciones más frecuentes fueron NAFLD(41%), hepatocarcinoma(23%), hepatitis autoinmune (16%) y enfermedad hepática alcohólica (14%). 79,8% fueron donantes fallecidos y 20,2% donantes vivos. El MELD promedio fue 22,5±9,45. Diecinueve receptores (18,3 %) adquirieron infección posoperatoria por SARS-CoV-2. 73,6% fueron sintomáticos. La mayoría tuvo síntomas leves, que requirieron solo tratamiento sintomático (10/19; 52,6%). 1 paciente requirió Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) (5,3%) y 3 pacientes VMI (3/19; 15,7%), con mortalidad en todos ellos. La mortalidad postrasplante a 30 días fue 7,6% en aquellos no infectados y la de receptores con infección temprana por SARS-CoV-2 fue 15,8%. Además es importante destacar que el 50% de los staff del equipo fueron infectados por SARS-CoV-2.

Conclusiones

La infección por SARS-CoV-2 en receptores de TH repercutió significativamente en el curso clínico. La mortalidad posterior al trasplante, incluso con infección temprana por SARS-CoV-2, fue significativamente menor que la mortalidad en lista de espera sin trasplante

VIERNES 25 / SALA II / 12:45 a 12:51

ID 35 TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO ADULTO-PEDIÁTRICO EN RECEPTOR MAYOR A 20 KGS. SERIE DE CASOS NACIONAL DE HEMI-INJERTO IZQUIERDO COMPLETO.

Autores
Catalina Ortiz, Sergio Riveros, Juan Carlos Pattillo, Humberto Soriano, Juan Cristóbal Gana, Nicolas Jarufe, Jorge Martinez, Eduardo Briceño, Martin Dib.

Instituciones Participantes
Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción Chile presenta una de las tasas de donación de órganos más bajas a nivel global, con 8.6 donantes cadavéricos por millón de habitantes el año 2022, con cifras de mortalidad en lista de espera para trasplante hepático pediátrico que ascienden a 38.1%. El trasplante con donante vivo es una de las principales alternativas para disminuir esta mortalidad, principalmente utilizado en niños menores a 20kg. Objetivos: Describir una serie de 3 casos de donante vivo con injerto izquierdo completo (segmento 2,3,4) para trasplante pediátrico de niños grandes en Chile Resultados: 1. Caso A Niña de 11 años (58 kg), con diagnóstico de falla hepática fulminante por hepatitis autoinmune, cumpliendo criterios de King's college para trasplante hepático. Se realiza trasplante con donante vivo (padre), realizando una hepatectomía izquierda completa en el donante con resección y reconstrucción de vena hepática media en receptora (tasa injerto/receptor 1.01). 2. Caso B Niño de 7 años (21 Kg), con diagnóstico de hepatoblastoma con estudio de diseminación negativo. Tras completar 5 ciclos de quimioterapia neoadyuvante y debido a irresecabilidad de la lesión, se realiza trasplante hepático con donante vivo, realizándose una hepatectomía izquierda completa en el donante sin resección de vena hepática media (tasa injerto/receptor 1.84). 3. Caso C Niña de 13 años (31 Kg), con diagnóstico de daño hepático crónico por hepatitis autoinmune. Evoluciona con hipertensión portal, síndrome hepatopulmonar, síndrome de Cushing y talla baja. Se realiza trasplante hepático con donante vivo, realizándose una hepatectomía izquierda completa en el donante con resección y reconstrucción de vena hepática media en la receptora (tasa injerto/receptor 1.38). En todos los casos, el trasplante fue exitoso, con 100% de sobrevida global y de injerto a la fecha.

Conclusiones

En trasplante hepático pediátrico, se suele utilizar el injerto de lóbulo izquierdo lateral para receptores pequeños de hasta 20 kg, ya sea por bipartición de injerto cadavérico adulto o de donante vivo. La experiencia en donante vivo adulto-adulto es de gran utilidad para el uso de un hemi-injerto de donante vivo de lóbulo izquierdo completo para trasplante de > 20kg, lo que podría disminuir potencialmente la mortalidad en lista de espera por donante cadavérico.

VIERNES 25 / SALA II / 12:52 a 12:58

ID 41 RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO ADULTO-ADULTO EN CHILE: PRIMEROS 50 CASOS.

Autores
Camila Sotomayor, Daniel García, Gabriela Ochoa, Sergio Riveros, Carlos Benitez, Patricia Rebolledo, Pilar Domínguez, Antonia Pastore, Francisco Barrera, Pablo Achurra, Rodrigo Wolff, Luis Diaz, Blanca Norero, Eduardo Briceño, Eduardo Viñuela, Nicolás Jarufe, Jorge Martínez, Martin Dib

Instituciones Participantes
Departamento de Cirugía Digestiva, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción. Existe discrepancia entre la oferta y demanda de órganos sólidos de donante cadavérico en Chile, con bajas tasas de donación. El TH con donante vivo (THDV) es una alternativa para aumentar la disponibilidad de injertos. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia inicial de trasplante hepático con donante vivo adulto-adulto en un programa nacional. Métodos. Análisis retrospectivo de registros clínicos de los 50 primeros casos de THDV, realizados en Red de Salud UC-Christus, Santiago, Chile. Resultados. 50 THDV fueron realizados entre junio 2016 y diciembre 2022. El promedio ± DE de la edad de los donantes fue de 35,0 ± 9,08 años (rango 20-60 años). El 98% fueron injertos de lóbulo derecho, y en el 85% de ellos con preservación de la vena hepática media en el donante (n=42). En 30 donantes se realizó un abordaje abierto (60%), en 11 abordaje laparoscópico-asistido (22%) y 9 completamente laparoscópico (18%) con 0% mortalidad. El promedio ± DE de la edad de los receptores fue 53,72 ± 12,71 años (rango 27-74 años). La indicación más frecuente de trasplante fue el daño hepático crónico (n=43/50; 86%). En 2 receptores la indicación de trasplante fue por metástasis de un tumor neuroendocrino, en 1 por metástasis de GIST, en 1 por hemangioendotelioma y en 1 por falla hepática fulminante. El tipo de anastomosis biliar más frecuente fue la ducto-ducto (n=27/50; 54%), seguida de la biliodigestiva (n=13/50; 26%) y ambas (n=9/50; 18%). Diecisiete receptores presentaron complicaciones biliares tempranas (n= 17/50; 34%), consistente en bilioma (n= 13/50; 26%), fístulas biliares (n= 10/50; 20%) biliperitoneo (n= 4/50; 8%) y estenosis biliar temprana (n=5/50; 10%). Veintidos pacientes presentaron estenosis biliar tardía >3 meses postop (n= 22/50; 44%). Reintervención biliar fue necesaria en 14 pacientes (Reparación anastomosis n=10, CPRE n=5). Siete pacientes presentaron complicaciones vasculares (n= 7/50; 14%). 5 de ellos trombosis de arteria hepática (10%), de los cuáles 2 tuvieron trombectomía exitosa al largo plazo, y 3 terminaron en retrasplante o muerte (n=3/50; 6%). La mediana de estadía postoperatoria de los receptores fue de 15 días (RIQ: 9-26 días) y la mortalidad a 30 días fue de 8%. La sobrevida global a 12, 24 y 36 meses fue de 86%, 83,7% y 74,9%, respectivamente.

Conclusiones

Nuestra experiencia con los primeros 50 casos de THDV muestra un porcentaje de complicaciones en el receptor similares a las de donante cadavérico. Destaca un mayor porcentaje de complicaciones biliares, que con manejo oportuno llegan a una sobrevida de injerto similar al donante cadavérico. La implementación de un programa cauteloso, con 0% mortalidad de donante vivo, con incorporación de técnicas mínimamente invasivas en el donante y buenos resultados en los receptores hacen de este programa una alternativa viable para aumentar la disponibilidad de injertos hepáticos en un país con baja tasa de donantes fallecidos.

VIERNES 25 / SALA I / 14:00 a 14:07

ID 16 EXPERIENCIA DE KEFURI, PLATAFORMA TECNOLÓGICA DE AVISO DE POSIBLES DONANTES EN DOS CENTROS DE ALTA COMPLEJIDAD DEL SSMO

Autores
F González C; F Vera; R Alcayaga; N Contreras; I Morán; M Gúmera, V Ahumada, C Vergara, F González F.

Instituciones Participantes
Universidad de Chile. Hospital del Salvador. Santiago

Introducción: La escasez de donantes de órganos en Chile parece obedecer a fallas en el proceso de procuramiento de potenciales donantes. La etapa de detección y aviso de un posible donante falla en el 87% de las oportunidades. La detección y aviso recae en el personal clínico de las unidades generadoras de donantes, Urgencias y UCIs. Entonces, ¿qué pasaría si ellos recibieran capacitación constante y un método fácil y rápido para notificar posibles donantes a su Coordinación Local de Procuramiento (CLP)? ¿Aumentarían los avisos y los donantes efectivos? Método: Se desarrolló una app para smartphones, Kefuri, usando metodología ágil Scrum, que permite el aviso fácil y rápido de un posible donante a la CLP seleccionando 4 variables: Causa de Admisión, GCS, Sexo y Rango de edad. Cuando el personal de las unidades generadoras ingresa las variables y le da "Alertar", la app realiza un llamado telefónico y una notificación push al teléfono de la CLP. Para probar esta tecnología, se capacitó a médicos y enfermeras de la Urgencia y UCI del Hospital del Salvador (HDS) y Luis Tisné (HLT), usando metodologías de gestión del cambio, enviando notificaciones periódicas de incentivo, capacitación y retroalimentación. La app comenzó su uso en mayo de 2019 en el HDS y en diciembre de 2020 en el HLT. En ambos casos, se utilizó un estudio de tipo series de tiempo interrumpidas, donde se comparó la cantidad de avisos de posible donante generados y donantes de órganos efectivos en el año de uso con los 2 años previos a la intervención para cada hospital por separado. Resultados: En los 2 años previos, se realizaron 20.5 avisos (1.7 mensuales) en el HDS y 6.5 (0.5 mensuales) en el HLT. Con Kefuri, los avisos aumentaron en 93% (39 total, 3,3 mensual) y 300% (26 total, 2,2 mensual), respectivamente. Los donantes efectivos lo hicieron, a su vez, en 550% (de 2 a 13) y 300% (de 1 a 4).

Conclusiones

Es posible aumentar los donantes de órganos en Chile a través de la mejora del proceso de procuramiento, comenzando por su primera etapa. Kefuri, una herramienta digital que facilita y disponibiliza el aviso de posibles donantes para el personal de las unidades generadoras, ha demostrado ser capaz de incitar y facilitar ese cambio, tanto para dicho personal como para las CLP, en dos hospitales diferentes en tamaño, población y sensibilidad hacia la donación y el trasplante. Esta experiencia demuestra que el enfoque del país y la política de donación y trasplante debe ir hacia la mejora de los procesos, y no el incentivo al altruismo, tal como lo hace España y Estados Unidos.

VIERNES 25 / SALA I / 14:08 a 14:14

ID 21 10 AÑOS DE PROCURAMIENTO DE ÓRGANOS EN CHILE, ¿QUÉ DICE LA MATEMÁTICA?

Autores
F González C, M Dirac, L Force, F Vera, R Wolff, F González F

Instituciones Participantes
University of Washington, Universidad de Chile, Minsal. Seattle, Santiago

Es común leer titulares en la prensa del estilo “Chile aumenta su tasa de donación de órganos en un 20% el último mes”. Si bien la intención detrás de este tipo de noticias es recalcar lo positivo de nuestro sistema de donación de órganos, éstas no traspasan más allá de ilustrar un par de datos de un período de tiempo extremadamente acotado. No hay que ser matemático experto para cuestionarse al final del año por qué Chile sigue teniendo una baja tasa de donación, si todos los titulares informaron alzas. Si uno estudia las tendencias a mediano y largo plazo de estas cifras, por otro lado, puede observarse que esos titulares responden a máximos locales de una serie de tiempo y no a una tendencia. Pero ¿cuál es la tendencia entonces? Con el objetivo de estudiar cómo ha evolucionado la tasa de donación, al igual que otros indicadores de final de proceso de procuramiento, se realizó regresiones lineales en el tiempo para donantes efectivos, negativas familiares, contraindicaciones y descartes sobre la base de datos de la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante entre los años 2013 y 2022. La base de datos total de posibles donantes contenía 21.658 registros, donde 24 pacientes estaban duplicados, y 466 fueron ingresados aún sin ser avisados ni pesquisados por la unidad de procuramiento, por lo que no fueron considerados. De los 21.192 restantes ingresados a seguimiento de procuramiento, el 85,5% fue descartados, 1,4% contraindicados, 6,6% negativas, y 6,7% efectivos. En cuanto a crecimiento, la pendiente de la regresión lineal del total de posibles donantes fue 1,78 ($p<0,0002$). Las pendientes de las regresiones lineales de cada indicador fueron 0,01 ($p=0.0146$) para contraindicaciones, 1,71 ($p< 0.0002$) para descartes, 0,01 ($p=0.243$) para negativa familiar, y 0,05 ($p=0.0003$) para donantes efectivos. Es llamativo un notorio punto de inflexión entre el año 2017 y 2018, que hace imperativo un análisis para ambos períodos por separado. Para 2013-2017, las pendientes fueron 0.002 ($p=0.99$), 0.02 ($p=0.05$), -0.18 ($p=0.168$), 0.06 ($p=0.027$), 0.10 ($p=0.00015$), respectivamente para los posibles donantes en total, y para cada resultado en el mismo orden anterior. Mientras que, en 2018-2022, las pendientes fueron 3.51 ($p<0.0002$), 0.0006 ($p=0.955$), 3.49 ($p< 0.0002$), -0.04 ($p=0.289$), 0.07 ($p=0.105$), respectivamente.

Conclusiones

Al contrario de lo que sugieren las noticias, Chile no ha mostrado crecimiento alguno en el número de donantes de órganos en 10 años. A pesar que entre 2013-2017 los donantes efectivos mostraban una leve pendiente positiva, en 2018-2022 esta no fue significativamente diferente a cero. Tanto las contraindicaciones como las negativas familiares han tenido constantemente un crecimiento de pendiente 0, mientras que son los descartes los que explican el cambio significativo entre esos dos períodos. Crecer de una pendiente de 0.002 a una de 3.51 en posibles donantes es explicado únicamente por el aumento de pacientes descartados, aumentando de -0,18 a 3,49. Si bien son varios los factores que pueden haber contribuido al aumento de pacientes ingresados a seguimiento y posteriormente descartados, la única explicación cuantificable es la alta correlación de 0,95 entre los pacientes descartados y la cantidad de hospitales y clínicas aportando posibles donantes al sistema, la cual, evidentemente, ha crecido en el tiempo (de ~20 a ~60). Es fundamental no sólo incluir nuevos hospitales a la actividad de procuramiento nacional, sino principalmente entender por qué los pacientes se descartan y estandarizar el proceso de procuramiento con el fin de transformar aquellos pacientes descartados en donantes efectivos.

VIERNES 25 / SALA I / 14:15 a 14:21

ID 7 EXPERIENCIA HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE KEFURI COMO HERRAMIENTA DE AVISO DE POSIBLE DONANTE

Autores
C Vergara; L Miranda; F González; F Vera; R Alcayaga; D Fontealba; Y Veliz; F González.

Instituciones Participantes
Universidad de Chile Hospital San Pablo de Coquimbo

El año 2019 un equipo multidisciplinario de la Universidad de Chile desarrolló, testeó e implementó Kefuri, una aplicación móvil que permite el aviso fácil y rápido de posibles donantes de órganos a la Coordinación Local de Procuramiento (CLP) desde Urgencia y UPC, en un primer hospital piloto donde en un año se aumentó la cantidad de avisos de posibles donantes en un 93% con respecto al promedio de los dos años previos. Con el fin de testear la efectividad de la tecnología y estudiar la metodología de implementación en distintos centros, se habilitó en el Hospital San Pablo de Coquimbo (HSP) en agosto 2022. Se reporta la metodología usada y la experiencia obtenida en el centro asistencial y por parte del equipo implementador y desarrollador Método: La app fue implementada en el HSP usando la metodología de gestión del cambio. Las estrategias usadas fueron construir una coalición con la CLP y dirección hospitalaria; reuniones educativas con jefes de unidad; visitas educativas de alcance, capacitando al personal objetivo en pequeños grupos en sus unidades de trabajo, enseñando a usar la app y resolviendo dudas de procuramiento de órganos; recordatorio de uso y retroalimentación mediante notificaciones push, incentivando el uso de la app y contando el desenlace final de cada paciente notificado. Resultados: La alianza Kefuri-CLP HSP fue establecida a inicio de 2022, y se consiguió la autorización de dirección en julio del mismo año. A inicios de agosto se tuvo reuniones con las jefaturas de unidad para motivar y comunicar el cambio que ocurriría. En una jornada de 6 días se capacitó a enfermería y medicina de Urgencia y UPC, logrando capacitar el 63% del total del personal objetivo. Según el testimonio de las CLP, se destaca que la estrategia de capacitación de Kefuri permite acercarse a los equipos de las unidades generadoras y educar en el proceso de procuramiento y donación. Facilita la notificación y al generar un registro de los avisos, les permite tener un respaldo, identificar quien notificó, y mejora la comunicación entre las unidades generadoras y la CLP. Preliminarmente, han aumentado los avisos de posibles donantes desde el estamento médico, estamento que en el HSP solía ser más difícil de fidelizar.

Conclusiones

Desde la experiencia de la CLP del HSP, existen diversos beneficios de Kefuri para la unidad, el testimonio coincide con los de CLP del hospital piloto, quienes perciben beneficios similares desde la primera etapa. Es fácil de implementar y de utilizar en cualquier región del país, contribuyendo a aumentar la detección de posibles donantes. Es importante seguir motivando la notificación de los posibles donantes en las unidades generadoras.

VIERNES 25 / SALA I / 14:22 a 14:28

ID 12 REINGENIERÍA, LA HERRAMIENTA QUE PUEDE REVOLUCIONAR LA OBTENCIÓN DE ÓRGANOS EN CHILE

Autores
F González C; F Vera; C Vergara; R Alcayaga; N Contreras; H Beckar; R Escobar; MF Rodríguez; R Correa; I Padilla; L Miranda; F González F.

Instituciones Participantes
Universidad de Chile, Hospital del Salvador, Hospital Gustavo Fricke, Hospital San Camilo, Servicio de Salud Metropolitano Norte, Hospital San José, Hospital San Pablo. Santiago, Viña del Mar, San Felipe, Coquimbo

Chile ha tenido históricamente una baja y estancada tasa, promedio de 8 donantes de órganos por millón de población (pmp), a pesar de los esfuerzos por mejorarla. Este fenómeno se debe principalmente a falta de detección y aviso de posibles donantes (PD) en las Urgencias y las UCI. Entre 2013 y 2017 el 87% de los PD del país no se detectó o avisó. ¿Qué pasaría si existiera una intervención capaz de mejorar esos dos factores? ¿Podría aumentar el número de pacientes que ingresan a seguimiento de procuramiento y con ello, los donantes efectivos? Se desarrolló Kefuri, una aplicación para teléfonos inteligentes, que permite a profesionales de la salud de Urgencias y UCI avisar de posibles donantes (PD) de manera fácil y rápida a la Coordinación Local de Procuramiento (CLP). Se implementó gradualmente en 6 hospitales de Chile en las fechas: 5/2019; 12/2020; 12/2021; 3/2022; 4/2022 y 8/2022, donde 3 de ellos se ubican en la capital y 3 en regiones, utilizando estrategias de gestión del cambio. Se empleó estadística descriptiva para evaluar la efectividad de la herramienta. Durante el período de estudio (5/2019 - 12/2022) se realizaron 337 avisos de PD con Kefuri, correspondientes al 80% del total de avisos y al 70% de los seguimientos (incluida la pesquisa de las CLP). Incluyendo 2018, los avisos de PD han aumentado a una tasa de 1,16% mensual, y Kefuri es responsable del 68% de ello ($p<0,001$). La pesquisa de las CLP se ha mantenido constante (crecimiento ~0, $p=0,4$). La diferencia atribuible de tasas de aviso anuales de PD durante el período de Kefuri ha aumentado significativamente ($p = 0,013$), y el ratio de la diferencia atribuible de tasas de aviso anuales de PD fue del 74% en promedio (±21%, rango 45-100). Durante el 2022, cuando todos los hospitales estaban activos, la tasa total de aviso de PD, 94 pmp, fue un 35% mayor que la media de años anteriores, 59 pmp ($p<0,001$). La donación efectiva de órganos aumentó un 11% en comparación con años anteriores (aunque no significativamente, $p = 0,78$), donde 79% de ellos fue avisado con Kefuri.

Conclusiones

Kefuri ha demostrado aumentar significativamente el número y la tasa de avisos de PD en los centros donde se ha incorporado, aún cuando 3 de 6 centros aún no han completado 1 año de uso. Si bien hay brechas que deben abordarse para mejorar aún más los resultados, se propone utilizar Ciencia de la Implementación para estudiarlas y abordarlas. Si bien la donación efectiva de órganos no aumentó esto es debido a que también se deben intervenir las etapas ulteriores del proceso de procuramiento de órganos. Creemos que Kefuri tiene potencial no sólo para aumentar los posibles donantes en todo el país, sino también para tener nuevas funcionalidades para automatizar y estandarizar el resto del proceso y también para incorporarse en otros países.

VIERNES 25 / SALA I / 14:29 a 14:35

ID 18 ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE HOSPITALES DE LA REGIÓN DE COQUIMBO: UN ENFOQUE DESDE LA GESTIÓN DEL RIESGO

Autores:
Lida Miranda De la Fuente, Daniela Fontealba Avilés, Yoseline Veliz Pinilla, Lucy Sapiain Pinto.

Instituciones Participantes:
Hospital San Pablo de Coquimbo

El programa de donación y trasplante en Chile se encuentra regulado por la Ley 19.451. El proceso de procuramiento a nivel operativo en la atención secundaria en salud está a cargo de las Coordinaciones Locales de Procuramiento (CLP), la mayoría de los/as coordinadores locales de procuramiento son profesionales de enfermería con un 84%. Taylor-Adams y Vincent desarrollan el protocolo para la investigación y análisis de eventos adversos. La Norma N°2 establece acciones que deben llevar a cabo los centros para implementar un programa de vigilancia y análisis éstos. Desde este punto de vista la gestión del cuidado propio de la disciplina de enfermería “se relaciona respectivamente con la previsibilidad y la evitabilidad del daño, en cuanto obligaciones accesorias de la prestación de servicios de enfermería. Definir los eventos que serán observados y analizados es una contribución a la certificación de la calidad de la gestión del cuidado. Se utilizó una metodología analítica y revisión de descartes de posibles donantes en el periodo comprendido entre enero 2022 y junio 2023. Se caracterizaron los descartes por causas asociadas a manejo médico conforme a lo que define la CNPT. Posteriormente se identificaron los principales motivos de descarte como eventos adversos para comenzar a aplicar el protocolo de investigación y análisis de eventos adverso.Tras el análisis de las 503 posibles donantes: en el 2022 el 24% obedecen estas causas; el primer semestre del 2023 fue el 20%. Los eventos adversos identificados fueron se clasificaron en 1. Déficit en la comunicación. 2. Situaciones relacionadas con la atención en salud en UEH 3. Situaciones relacionadas con la mantención en UPC 4. Situaciones relacionadas con la disponibilidad de recursos físicos 5. Otros. El análisis de caso considera los siguientes parámetros: Numero de notificación, Evento evaluado, Descripción de la situación, Factores contribuyentes, Factores de riesgo, Intervenciones realizadas y Recomendaciones. Se respeta la protección de datos personales de los pacientes y el personal de salud involucrado. El objetivo identificar situaciones que contribuyan a la mejora continua de los procesos de procuramiento. Durante el año 2023 se han reportado 5 eventos adversos. Tras la finalización del análisis, el documento es socializado a las jefaturas de los servicios y al equipo directivo involucrado para formalizar los acuerdos tratados, las recomendaciones y las medidas tomadas en cada caso.

Conclusiones

Un evento adverso corresponde a cualquier suceso que se derive de la atención de salud que afecte la continuidad del proceso y obtención de trasplantes de órganos y tejidos. Definir y analizarlos aporta a la calidad en salud desde la gestión del cuidado lo que permitirá mejorar los procesos de procuramiento y disminuir el porcentaje de descarte de posibles donantes, su impacto a futuro podría contribuir a aumentar la disponibilidad de órganos y tejidos a implantar, logrando dar resolución a la lista de espera nacional mejorando el acceso al trasplante de forma oportuna y justa. El reporte de eventos adversos en el proceso de procuramiento de órganos debería llegar a ser considerado como prioritario por parte del área de Calidad y Seguridad, siendo identificados por los miembros del equipo de salud, con la finalidad de crear y fortalecer una cultura de donación desde el ambiente sanitario. Esta metodología se encuentra en una fase inicial su accionar se basa en la definición de los eventos pudiendo ampliarse su análisis este trabajo ya que se caracterizaron los eventos reportados del periodo.

VIERNES 25 / SALA I / 14:36 a 14:42

ID 20 SIDOT, UNA BASE DE DATOS CON VASTAS POSIBILIDADES DE MEJORA

Autores
F González C, M Dirac, L Force, F Vera, R Wolff, F González F.

Instituciones Participantes
University of Washington, Universidad de Chile, Minsal. Seattle, Santiago

En 2011 la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante (CNPT) comenzó a usar una base de datos nacional donde se ingresan todos los posibles donantes que inician seguimiento de procuramiento (SdP), incluyendo variables demográficas, clínicas de evolución, y de resultado final. Si bien rica en información, en 10 años esta base jamás ha sido utilizada, estudiada, ni menos extraída de los servidores del proveedor del servicio. En estudios preliminares se encontró que cerca del 80% de los pacientes que ingresan a SdP son descartados o contraindicados, siendo las razones y mecanismos aún desconocidos. A través de la CNPT se obtuvo la base de datos de todos los pacientes ingresados SdP a nivel nacional en 2013-2022. Con el fin de entender las causas de descarte de los posibles donantes, se realizó una revisión del campo de observaciones en dicha base, y se cotejó con la clasificación de no efectivo provista. En caso que este campo no coincidiera con la clasificación, se reclasificó a los pacientes en la causa más cercana. Se utilizó estadística descriptiva para estudiar los resultados. Entre 2013-2022, 21.192 pacientes ingresaron a SdP, donde 85,5% fueron descartados, 1,4% contraindicados, 6,6% negativas, y 6,7% efectivos. De aquellos no efectivos, 68,2% contenía texto en el campo de observaciones. De ellos, 1,44% tenía el resultado mal asignado, es decir, estaba clasificado como descarte, cuando en realidad era una negativa familiar, por ejemplo; y 16,5% estaba mal clasificado en su causa de no efectivo, es decir, estaba clasificado como mejoría neurológica, cuando la real causa fue Glasgow estacionario, por ejemplo. En 31.8% de los pacientes no se pudo saber si su clasificación estaba correcta debido a la falta de texto en el campo de observaciones. Se observa una confusión en las causas de descarte, e incluso en la definición del resultado del paciente. Esto se exacerba en causas que están íntimamente relacionadas o en aquéllas cuya cascada de sucesos no es clara. Ejemplos de ello son descartar por patología de base, serología positiva, edad, o subóptimo; o entre PCR, falla multiorgánica, falla hemodinámica y falta de cuidados de mantención; entre otros. Actualmente no existe ninguna definición de estas causas de descarte ni mucho menos definición de cómo clasificar los casos límite.

Conclusiones

El propósito principal de almacenar datos es utilizarlos para la mejora de los sistemas. La base de datos de procuramiento en Chile no había sido utilizada sino hasta ahora, 10 años más tarde. Es fundamental exigir a las empresas licitadas que faciliten el acceso a los datos para su uso oportuno, hacer alianzas con universidades para estudiar contínuamente dichos datos y proponer estrategias de mejora, y establecer definiciones y criterios estandarizados para los resultados y causas de los pacientes que ingresan a seguimiento. Sin acceso ni estandarización, jamás será posible mejorar nuestro sistema de procuramiento.

VIERNES 25 / SALA I / 14:43 a 14:49

ID 22 RESULTADOS DE LA EFECTIVIDAD DE KEFURI, PLATAFORMA DE AVISO DE POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS, EN 3 HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PAÍS

Autores
F González Cohens, C Vergara, F Vera, R Alcayaga, H Beckar, R Escobar, MF Rodríguez, R Correa, I Padilla, F González Fuenzalida

Instituciones Participantes
Universidad de Chile, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Hospital San Camilo Servicio de Salud Metropolitano Norte, Hospital San José

Introducción: En 2019-20 un equipo multidisciplinario de la Universidad de Chile desarrolló, implementó y probó la eficacia de una aplicación movil que facilita y agiliza el aviso de posibles donantes de órganos (PD) a la Coordinación Local de Procuramiento (CLP) desde Urgencias y UPC, seleccionando 4 variables (Causa de Admisión, GCS, Sexo y Rango de edad), enviando una llamada telefónica y notificación push a dicha CLP. Se comprobó la eficacia de la herramienta, aumentando los avisos de PD y los donantes efectivos (DE) en 2 centros de alta complejidad de la Región Metropolitana (RM). A raíz de esta experiencia, el equipo quiso investigar la efectividad de la intervención en centros de distintas regiones, tamaños y culturas de donación y trasplante. Método: Utilizando la metodología de implementación probada en los hospitales previos (gestión del cambio y retroalimentación), se capacitó a médicos y enfermeras de Urgencia y UPC de los hospitales de siglas HGF (dic/21) y HSC (mar/22) de la V región (R) y HSJ de la RM (ab/22). Para analizar los resultados preliminares de los nuevos centros, se utilizaron series de tiempo interrumpidas donde se comparó la cantidad de avisos de PD, DE y % de avisos hechos con Kefuri, entre el período de un año de prueba y el promedio de los 2 años previos a la intervención. Resultados: En los 2 años previos, se realizaron en promedio 36 avisos al año, 1.8 mensuales en HGF; 16 totales, 1.1 mensuales en HSC, y 69.5 totales, 5.95 mensuales en HSJ. Con Kefuri, los avisos aumentaron en 81% (65 total, 5,4 mensual, p=0.011), -6.25%% (15 total, 1.25 mensual, p=0.33) y 83% (127 total, 10.58 mensual, p=0.004) respectivamente. Los donantes efectivos crecieron en 100% (de 4 a 8), en -33% (de 1.5 a 1) y en 20% (de 2.5 a 3), respectivamente. De los avisos recibidos, respectivamente el 71%, 67% y 69% fue realizado con Kefuri. Finalmente, el indicador de avisos sobre pacientes en muerte encefálica, fue respectivamente 76%, 91% y 82%.

Conclusiones

En general los resultados obtenidos concuerdan con los resultados de los 2 primeros hospitales estudiados en la prueba de eficacia. Estos tres hospitales muestran una tendencia positiva en los indicadores medidos, lo que sugiere que Kefuri es efectivo en aumentar los avisos de PD y con ello los DE. Si bien el cambio no fue significativo en HSC, podría deberse al tamaño acotado de dicho hospital en comparación con los otros, pudiendo estos alcanzarse quizás en un período de estudio más largo. En ese sentido, los próximos pasos son determinar cómo influyen las diferentes variables hospitalarias, como tamaño, población, cultura de donación y trasplante, entre otros, a la efectividad de la herramienta, y si una detallada metodología de implementación podría equiparar los distintos centros.

VIERNES 25/ SALA I / 14:50 a 14:56

ID 10 DESIGUALDAD SOCIAL Y ESTRUCTURAL DE LOS DESCARTES DE POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS EN CHILE

Autores
F González C, M Dirac, L Force, F Vera, R Wolff, F González F.

Instituciones Participantes
University of Washington, Universidad de Chile, Minsal. Seattle, Santiago

Chile tiene una baja tasa de donación de órganos (DO) de 7.8 pmp en promedio, debido principalmente a la alta negativa familiar a la donación (50%), la falta de aviso de posibles donantes (PD) (87%) y al alto número de PD descartados durante el proceso de procuramiento (PdP) (80%). Mientras se han hecho intervenciones para mejorar las dos primeras, poco se ha hecho siquiera por estudiar la última. ¿Qué factores contribuyen a que se descarten los PD? ¿Existen diferencias entre Coordinadoras Locales de Procuramiento (CLP), hospitales o nivel socioeconómico? Para responder estas preguntas se obtuvo la base de datos de todos los pacientes ingresados al PdP a nivel nacional en 2013-2022, y se utilizó regresiones logísticas multivariadas con un enfoque multinivel, considerando los niveles individual, hospital y CLP. Las variables explicativas fueron sexo del paciente (pte) (única variable accesible), hospitalarias (pertenece a programa GRD, complejidad) y niveles municipales de pobreza, ruralidad, escolaridad, índice de desarrollo comunal y población de pueblos originarios donde el hospital se ubica. La variable binaria independiente se definió como descarte o contraindicación (1), versus donante o negativa (0). Adicionalmente, se agrupó las causas de descarte en 4 grupos: Pte, Proceso, Social u Otra, y se ajustaron regresiones para cada una por separado. Se excluyó a las clínicas privadas del análisis para disminuir el sesgo. Para el modelo general, se encontró que las únicas variables significativas son sexo del pte (OR=1,21; p<0,00023), pobreza (OR=28.160; p<0,00015) y ruralidad (OR=14,65; p=0,00728) comunal, con efectos aleatorios significativos para ambos niveles de agrupación (varianza de 0,13 y 0,12 respectivamente para hospital y CLP). Todos los submodelos mostraron efectos aleatorios significativos a nivel hospital (0,13; 0,23; 0,78; 0,29), sin embargo, a nivel CLP sólo Pte (0,23) y Proceso (0.48) mostraron varianza significativa. El sexo del pte fue significativo para todos los modelos excepto Otro (OR=1,38-p<0,0337; OR=1,31-p=0,008; OR=1,45-p<0.02), mientras que el nivel de pobreza lo fue para todos menos Proceso (OR=2.575-p<0.01; OR=1.448.342-p=0.0054; OR=663.187-p<0.0002). Proceso mostró años de escolaridad como variable significativa (OR=0,64; p<0,0029), y la ruralidad fue significativa en Social (OR=231,8; p=0.0012) y Otro (OR=9,85; p=0.041).

Conclusiones

La gran variabilidad en los descartes de PD entre distintos centros procuradores es altamente explicada por la varianza a nivel hospitalario y de CLP, evidenciando una completa ausencia de estandarización del PdP. Si bien los resultados muestran que el sistema chileno de DO es inesperadamente impactado por las desigualdades sociales subyacentes, algo que es imposible de abordar sólo desde este campo, sí es posible mejorar el PdP a nivel de hospital y CLP para reducir la variabilidad encontrada. Es imperativo estandarizar el PdP, lo cual se puede hacer mediante herramientas tecnológicas de monitoreo y evaluación, y así aumentar el número de DO efectiva eficientemente.

VIERNES 25 / SALA II / 14:00 a 14:07

ID 26 MODELO ANIMAL DE PERFUSION HEPATICA FRÍA OXIGENADA (HOPE) CON SISTEMA ECMO PERSONALIZADO Y USO DE CÁMARA TERMOGRÁFICA

Autores
J. Benitez (1,2); N. Jarufe (1); F. Puelma (1); E. Buckel S (1,2); L. Calabran (1); P. Alarcon (1); N. Seguel (1); A. Gatica(1); C. Muñoz(1); M. Nogales (1); R. Rebolledo(2,3); y E. Buckel G (1).

Instituciones Participantes
1) Clinica Las Condes (2021-2022), 2) Hospital Dr Sotero del Rio, 3) Instituto de ingeniería biologica y medica UC

Introducción La perfusion “ex situ” o “ex vivo” es un método de preservación dinámica que ha demostrado mejores beneficios que la actual preservación estática en frio, esto debido a la posibilidad de controlar el metabolismo de los injertos, administrar oxígeno y otras terapias de tratamiento, evaluar su viabilidad, mejorar tiempos logísticos de los equipos de trasplante, disminuir complicaciones biliares, estimar el riesgo de disfunción primaria del injerto e incluso ahorrar costos derivados de la actividad del trasplante de órganos. Se han descritos diferentes técnicas de perfusion “ex situ”, de estas la que ofrece menor complejidad es HOPE, diseñamos un circuito de perfusion fría con dispositivos ECMO en un modelo animal. Método Describimos a continuación el circuito de perfusion personalizado con equipos ECMO y circulación extracorpórea. Circuito. El circuito diseñado es capaz de entregar y medir : presión, flujo, oxigeno y temperatura, el injerto es colocado en el contenedor o bowl donde habitualmente se realiza la cirugía de banco, se procede a canular la vena porta con cánula 22Fr con luer lock, a este ultimo se conecta linea para sensor de presión en monitor de signos, la linea principal es de 3/8” y continúa hacia el oxigenador (oxigenador con reservorio de polipropileno 2,2 m2 con reservorio de policarbonato 7L/min), este se conecta en paralelo al intercambiador de calor (Maquet Jostra HCU 30 1-40,5 °C), la linea continua a bomba centrifuga (rotaflow RF 32) y luego a filtro arterial de 40 µm (Braile 56016) y finaliza en el contenedor del injerto donde por gravedad es alimentado el sistema con la solución que drena el injerto a través de la vena cava. Protocolo de perfusión. El protocolo HOPE fue aplicado en un hígado de cerdo, este fue obtenido por procuramiento en muestra viva luego de 15 min de paro cardiaco mas preservación fría estática de 1 hora, previa aprobación por Comité Institucional para el Cuidado y Uso de Animales en laboratorio de Clínica Las Condes (EXVIV-2022), se perfundio con solución Universidad de Wisconsin MPS (UW MPS) por 2 horas, bajo los siguientes parámetros : temperatura 10° C, presión 3-5 mmhg, oxigenación > 80 Kpa y el flujo inicial fue calculado según peso del injerto a 0,13 ml/min/g. Parámetros de evaluación: muestras para gases en el perfusado, bioquímica, biopsia del injerto: previo al procuramiento, luego de la preservación estática, y al final de la perfusion ademas monitorización de temperatura por imagen termográfica Resultados La perfusion fue evaluada en términos de hidrodinámia observando durante las 2 horas la capacidad del circuito de mantener la presión objetivo entre 3-5 mmhg y siendo capaz de regular el flujo según la necesidad del injerto, la gasometria mostró oxigenación de 106 Kpa durante todo el tiempo de perfusion, PH y lactato sin cambios de importancia clínica, la bioquímica no mostró citólisis en el análisis de transaminasas y el lactato fue normal, las tres diferentes biopsias dieron como resultado indemnidad de la estructura celular hepatica antes y luego del procedimiento, la monitorización con cámara termográfica fue util para diferenciar la temperatura entre el injerto y el intercambiador de calor, reponiendo así la disipación de calor propia de la longitud del circuito y manteniendo el injerto a la temperatura deseada

Conclusiones

La terapia HOPE con circuito personalizado con ECMO es segura y no es capaz de causar cambios deletéreos en el injerto hepático y su estructura celular en este modelo animal, este circuito es factible como alternativa para la preservación dinámica hepática y su relación costo beneficio podría ser mejor que las maquinas actuales.

VIERNES 25 / SALA II / 14:08 a 14:14

ID 47 RESULTADOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO EN PACIENTES CON SÍNDROME HEPATOPULMONAR

Autores
A Vega, MP. Muñoz, G. González, C. Acuña, A. Alba, M. Uribe

Instituciones Participantes
Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago

Introducción. El síndrome hepatopulmonar (SHP) se caracteriza por dilatación vascular pulmonar con hipoxemia arterial (Pao2 <80 mm Hg o Gradiente(A-a)O2 >15 mm Hg)en pacientes con enfermedad hepática crónica, y evidencia de dilataciones vasculares que producen un cortocircuito intrapulmonar de derecha a izquierda. En las etapas iniciales puede ser asintomática en pacientes clínicamente estables. En estadíos avanzados empobrece el pronóstico y la calidad de vida. El único tratamiento curativo actual es el trasplante hepático. La hipoxemia grave (PaO2 < 50 mmHg y Gradiente(A-a)O2 >15 mm Hg en aire ambiente) se considera una contraindicación para el Trasplante. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y el seguimiento de los pacientes con diagnóstico de SPH que fueron sometidos a trasplante hepático en el Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Métodos :Estudio retrospectivo-descriptivo. Se incluyeron todos los casos de trasplante hepático por SPH en el Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Se excluyeron los pacientes con cardiopatías y otras causas de hipoxemia. Se revisó la historia clínica de donde se obtuvieron todos los datos. Resultados :Se incluyeron siete pacientes, 4 hombres (57%), mediana de edad al diagnóstico de SPH de 8,8 años. La enfermedad subyacente más frecuente fue la atresia de vías biliares en 3 pacientes. La mediana de tiempo transcurrido entre el diagnóstico de enfermedad hepática y el SPH fue de 7 años. Previo al trasplante, todos usaban oxígeno suplementario y 6 (86%) tenían hipocratismo digital. Cinco pacientes (71%) tenían SPH grave o muy grave. La mediana de edad al trasplante fue de 11,5 años, con una mediana de PELD/MELD de 12. La mediana de tiempo transcurrido entre el diagnóstico de SPH y el trasplante fue de 1,3 años. Se realizó cateterismo postrasplante en 3, embolización en 1, dos pacientes requirieron óxido nítrico y un paciente ECMO(2 cateterismos, 1 embolización). La mediana de días con ventilación mecánica fue de 6. Todos sobrevivieron y todos pudieron suspender el oxígeno suplementario a una mediana de 2,5 meses después del trasplante.

Conclusiones
La mayoría de los pacientes tenían SPH grave o muy grave y todos requirieron oxígeno suplementario antes del trasplante. El soporte critico postrasplante se relacionó con la gravedad del SPH. Todos los pacientes sobrevivieron y el trasplante fue curativo en todos ellos.

VIERNES 25 / SALA II / 14:15 a 14:21

ID 45 TRASPLANTE HEPÁTICO ADULTO-ADULTO EN CHILE: CARACTERIZACIÓN Y REPORTE DE SUS COMPLICACIONES.

Autores
Daniel García, Camila Sotomayor, Gabriela Ochoa, Sergio Riveros, Patricia Rebolledo, Pilar Domínguez, Carlos Benitez, Rodrigo Wolff, Antonia Pastore, Pablo Achurra, Eduardo Viñuela, Nicolás Jarufe, Jorge Martínez, Eduardo Briceño, Martin Dib

Instituciones Participantes
Departamento de Cirugía Digestiva, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: La hepatectomía de donante vivo es un procedimiento quirúrgico técnicamente demandante, la cual los aspectos éticos y de seguridad del donante tienen la más alta prioridad. La selección del donante vivo es fundamental para minimizar los riesgos del donante y maximizar los resultados del receptor. Buscamos caracterizar a los donantes vivos de hígado de nuestro centro, detallar su estudio preoperatorio y sus complicaciones post operatorias. **Material y método:** Análisis retrospectivo de registros clínicos de los 50 primeros donantes vivos adulto-adulto en Red de Salud UC- Christus. Los criterios de selección para ser donante incluyeron: edad 18-60 años, ausencia de comorbilidades médicas o psicosociales significativas, compatibilidad de grupo, compatibilidad volumétrica y vascular. Los potenciales donantes son estudiados con exámenes de laboratorio de rutina, volumetría por TC y RNM para cálculo del porcentaje de esteatosis. Además se realiza tamizaje serológico. **Resultados:** 50 casos se realizaron en nuestro centro entre 2016 y 2022. El promedio de edad ± DE de los donantes fue de 35±9,1 años. La mayor parte de los donantes fueron hombres (n=28;56%). El IMC promedio ± DE fue de 25,91 ± 2,98. Todos los donantes contaron con volumetría en el estudio preoperatorio, en donde se pudó evidenciar un volumen promedio de hígado derecho ± DE de 906,12 ± 164,59 gr y un futuro remanente ± DE de 30,55% ± 13,21%. Veintiun donantes presentaron variaciones anatómicas arteriales en el estudio con imágenes preoperatorio (n= 21/50; 42%) y 16 presentaron variaciones anatómicas biliares (n= 16/50; 32%). En la mayoría de los donantes se realizó una hepatectomía derecha de donante vivo (49/50), y en su mayoría se realizó preservación de la vena hepática media en el donante (n= 42/50; 84%). En 30 donantes se realizó un abordaje abierto (n= 30/50; 60%), en 11 abordaje laparoscópico-asistido (n= 11/50; 22%) y 9 completamente laparoscópico (n= 9/50; 18%). Durante la cirugía se evidencio 1 conducto derecho simple en 27 donantes (n= 27/50; 54%), 2 conductos derechos en 21 donantes (n= 21/50; 42%) y 3 conductos derechos en 2 donantes (n= 2/50; 4%). Solo 2 pacientes requirieron transfusión de glóbulos rojos (n= 2/50; 4%). Nueve donantes presentaron complicaciones en el postoperatorio (18%), de los cuales 3 requirieron una reintervención, 2 de ellos por hemoperitoneo y 1 por bilioma, todos con recuperación funcional completa. La estadía postoperatoria promedio ± DE de los donantes fue de 6,4 ± 1,68 días. La mortalidad perioperatoria fue de un 0%.

Discusión
Los riesgos potenciales para los donantes son la base para muchos de los dilemas éticos asociados al THDV. En nuestro grupo no hubo mortalidad ni morbilidad a largo plazo en los primeros 50 donantes vivos, logrando con los años hacer una transición a un mayor número de hepatectomías completamente laparoscópicas y por lo tanto menos invasivas, destacando además buenos resultados en los receptores.

VIERNES 25/ SALA II / 14:22 a 14:28

ID 29 APLICACIÓN DE LA ESCALA DE MELD Y SUPERVIVENCIA GLOBAL EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARÍN EN QUITO – ECUADOR

Autores
J. Abad González1, D. Galarza Villavicencio1, R. Chong Menendez2, F. Guerrero Toapanta3, S. Viteri Avila1, J. Piedra Andrade4.

Instituciones Participantes
Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. Quito-Ecuador.

INTRODUCCIÓN. El primer trasplante hepático en el mundo se realizó en Estados Unidos en 1963 por Thomas Starzl, hasta la década de los 90 la supervivencia al año fue de 73% y a los 5 años de 64%, según diferentes series que abarcaron más de 1 000 trasplantes realizados hasta 1989. La escala Model for End-Stage Liver Desease se utiliza para conocer el estadio de la enfermedad hepática y para la asignación de órganos en los pacientes candidatos a trasplante. El Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín inició la actividad del programa en mayo del 2016. OBJETIVO. Validar la utilidad de la escala en pacientes adultos del Programa de Trasplante Hepático y su aplicación en la priorización de injertos para pacientes en lista de espera. Conocer la supervivencia global de los pacientes sometidos a trasplante hepático. MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio observacional, descriptivo. De una población de 103 Historias Clínicas, se tomó una muestra de 95 registros del Programa de Trasplante Hepático del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín en el periodo mayo 2016 a marzo 2020. Criterios de inclusión: datos de pacientes con diagnóstico de enfermedad hepática terminal, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 14 y 65 años. La información se tomó del sistema AS400 y se analizaron en el programa estadístico International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences, versión 23.0 y el estimador Kaplan-Meier. Para la supervivencia del programa se realizó un estudio observacional, descriptivo, con una población igual a la muestra de 62 datos de Historias Clínicas del Programa de Trasplante Hepático en la Unidad Técnica de Trasplante del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín en el período mayo 2016 a diciembre 2019. Criterios de inclusión: pacientes so- metidos a trasplante hepático, con seguimiento durante 43 meses. RESULTADOS. La sobrevida en lista de espera fue del 86,3% (82; 95) y en el post trasplante del 72,5% (44; 62) a los 12 meses y 68,9% (42; 62) a los 46 meses de seguimiento. DISCUSIÓN. Esta escala se consideró para los pacientes graves, asignándoles un puntaje que les permitió tener la opción de recibir un trasplante en relación a otros pacientes. Se evidenció similares resultados descritos de supervivencia en centros con actividad en periodos cortos, menor a 5 años CONCLUSIÓN. Se validó la utilidad de la escala, no se encontró diferencia significativa, pero mantuvo el principio de prioridad para los pacientes con mayor severidad. Se pudo conocer la supervivencia global de los pacientes trasplantados del hospital, cuya expectativa motiva a potenciar el programa para mejorar la calidad de vida de los pacientes candidatos a trasplante.

Conclusiones
Se validó la utilidad de la escala Model for End-stage Liver Disease y se observó que con un score mayor, la mortalidad aumenta, sin embargo, no se encontró diferencia significativa, pero se mantuvo el principio de prioridad en la asignación para los pacientes con mayor severidad. Se pudo conocer la supervivencia global de los pacientes sometidos a trasplante hepático que fue similar a la de centros internacionales con igual experiencia y de reciente creación.

VIERNES 25 / SALA II / 14:29 a 14:35

ID 39 EXTUBACIÓN TEMPRANA Y RECUPERACIÓN RÁPIDA EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Autores
J. Benítez, V. Galaz, J. Bastidas, M. Zamorano, C. Grandon, N. Mendoza, M. Matulic, M. Contreras, M. Órdenes, E. Rivas, T. Alvarez, J. Ruiz, I. Morales, D. Fuentes, E. Martínez, A. Domínguez, B. Norero, M. Sanhueza Y R. Rebolledo.

Instituciones Participantes
Hospital Sotero del Río

INTRODUCCIÓN La cirugía de trasplante hepático ortotópico (THO) históricamente se manejó con intubación post operatoria e ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). A partir de los años 90 tomando la experiencia de la extubación temprana en cirugía cardiaca ocurrió un cambio de paradigma para esta práctica y progresivamente identificaron grupos de pacientes candidatos a “fast tracking”. Las ventajas de esta técnica son: menor complicación ventilatoria por atelectasias, menor estadía en UCI con una consecuente recuperación motora más acelerada, disminuir los días de hospitalización y ahorrar costos en el sistema de salud. Se han descrito diferentes scores y protocolos para seleccionar estos pacientes, sin embargo, todos convergen en: menor tiempo operatorio, bajos requerimientos de transfusiones y drogas vasoactivas, una técnica anestésica específica que permita manejo postoperatorio del dolor, evitar la sobrecarga de fluidos durante la cirugía y una adecuada evaluación preoperatoria que excluya situaciones de riesgo como por ejemplo: síndrome hepatopulmonar, encefalopatía grave y pacientes severamente enfermos como trasplantes de urgencia, MELD-Na >25, tiempos prolongados de hospitalización previo al trasplante. Presentamos una serie de 11 casos que se incluyeron en protocolo de extubación en la sala de operaciones y describimos los resultados clínicos post THO. MÉTODO Se incluyeron los casos desarrollados entre enero 2020 hasta julio 2023 de los THO del Hospital Sotero del Rio. Utilizando la base de datos prospectiva, la cual recopila de manera anónima datos demográficos y clínicos Los datos son expresados en promedios y sus rangos RESULTADOS En el periodo de revisión se realizaron 60 THO, 11 fueron sometidos a “fast track”, todos ellos fueron pacientes electivos. Las causas del trasplante fue daño hepático crónico por: esteatohepatitis no alcohólica en 6 pacientes, alcohol en 3 pacientes y hepatitis autoinmune en 2 casos. La técnica anestésica de elección fue anestesia general con remifentanil y sevoflurano. El promedio de MELD-Na fue 18 pts (12-29 pts), con una estadía en UCI de 3 días (1-4 días), y una estadía hospitalaria de 11 días (8-22 días). BAR score 7 ptos (8-19 ptos); 4 injertos (36%) fueron marginales, la macroesteatosis estimada por biopsia fue entre 0 a 15%. Diez injertos (90%) fueron preservados con técnica dinámica HOPE por 191 min (137-250 min). El tiempo operatorio fue de 296 min (217-465 min), con pérdidas hemáticas de 1540 ml (1000-3000 ml), transfusión de glóbulos rojos intraoperatorio 2 ud (0-5 ud); TIF (tiempo de isquemia fría) 306 min, la técnica quirúrgica fue: 7 piggy-back, 3 técnica clásica de reemplazo de vena cava, 1 cava-cava latero-lateral. Ningún paciente presentó síndrome de reperfusión, 2 pacientes (18%) requirieron reintubación sin aumentar el promedio de su estadía en UCI, el ahorro fue de 4 días UCI por paciente, 44 días en total, con un costo estimado de 50.000 USD (según datos GRD abril 2023), no hubo pérdidas del injerto, y las complicaciones perioperatorias fueron Clavien-Dindo < III en toda la serie.

Conclusiones
La recuperación rápida en trasplante hepático es factible bajo un protocolo estricto de selección de pacientes, un equipo organizado con adecuada evaluación preoperatoria y participación activa de todos los especialistas en la toma de decisiones. La extubación temprana no produce complicaciones mayores en el injerto y acelera la recuperación del paciente y su rápida evolución hasta el egreso e incluso puede producir ahorro en los gastos médicos derivados del THO. Los injertos considerados marginales pueden funcionar en recuperación rápida si son emparejados correctamente con el receptor.

VIERNES 25 / SALA II / 14:36 a 14:42

ID 48 CARACTERISTICAS DE TRASPLANTES HEPATICOS PEDIATRICOS CON TROMBOSIS DE ARTERIA HEPÁTICA

Autores
G. Gonzalez, M.Uribe, A Vega, A. Alba, MP. Muñoz

INTRODUCCIÓN Los pacientes pediátricos trasplantados de hígado tienen un especial riesgo de trombosis de arteria hepática (TAH), comparados con los trasplantados adultos. Este evento, se presenta entre un 4% a 10%, su frecuencia ha disminuido con la mejoría de las técnicas quirúrgicas y la incorporación de la microcirugía. La TAH se asocia a mayor porcentaje de reintervenciones, complicaciones biliares e incluso retrasplante. Se ha reportado el efecto deletéreo de esta complicación sobre la sobrevida de los pacientes que la presentan. OBJETIVO Reportar el porcentaje de trombosis de arteria hepática en los últimos 10 años en un programa de trasplante hepático pediátrico (THP) y su asociación con potenciales factores de riesgo, complicaciones y sobrevida. MATERIAL Y MÉTODOS Estudio retrospectivo analitico. Se revisó nuestra base de datos de los últimos 10 años, tamaño muestral 171 pacientes. Se analizaron la presencia o no de TAH y se comparon los grupos respecto a peso de receptor <10 kilos al trasplante, tiempo de isquemia, tipo donante (vivo/fallecido y pediátrico/adulto) y tipo de injerto (completo/reducido). Se evaluaron las complicaciones biliares, falla de injerto y mortalidad, comparándola con aquellos pacientes que no presentaron TAH. RESULTADOS Desde el año 2012 se han realizado 171 THP en 164 paciente, 10 (6.2%) presentaron TAH. El analisis de las caracteristicas del receptor (peso <10 kilos 60% en TAH vs. 39%, p=0.32), del donante (donante pediátrico 20% en TAH vs 26%, p=1.00, Donante vivo 40% en TAH vs. 36%, p=1.00), tecnica quirurgica (Injerto completo 20% en TAH vs. 37%, p=0.32, anastomosis arterial compleja 12,5% en TAH vs 16% p=1.00), no fueron estadisticamente significativas. La presencia de complicaciones biliares en su conjunto 30% en TAH vs 18% p=0.45, ni especificamente la estenosis de anastomosis biliar 23% en TAH vs 24%, p=1.00) tampoco fueron significativas. Al analizar perdida de injerto hubo un 50% de perdida de injerto en el grupo de TAH vs 0,89% en pacientes sin TAH p<0.05 y fallecieron un 40% de pacientes con TAH vs 13%, (p<0.05) siendo la principal causa de muerte de el grupo en estudio, la falla de injerto de etiología vascular.

Conclusiones
La TAH sigue siendo una de las principales causas de falla de injerto y pérdida de pacientes. En nuestro grupo de estudio no encontramos una asociación estadisticamente significativa, dado eventualmente por el bajo número total de pacientes con TAH.

VIERNES 25 / SALA II / 14:43 a 14:49

ID 40 FLAVIN MONONUCLEÓTIDO COMO BIOMARCADOR DE VIABILIDAD EN PERFUSIÓN HEPÁTICA HOPE (HYPOTERMIC OXYGENATED PERFUSION)

Autores
J. Benítez, V. Galaz, E. Rivas, S. Riveros, T. Alvarez, J. Ruiz, J. Bastidas, M. Zamorano, C. Grandon, N. Mendoza, M. Matulic, M. Contreras, M. Órdenes, I. Morales, D. Fuentes, E. Martínez, A. Domínguez, B. Norero, M. Sanhueza Y R. Rebolledo.

Instituciones Participantes
Hospital Sotero del Rio

Introducción La preservación dinámica de los injertos hepáticos ha demostrado claras ventajas sobre la preservación estática en frío, su desarrollo ha permitido avanzar en la simplificación de la técnicas de perfusión y mejorar su eficiencia, sin embargo, los equipos de trasplante que realizan preservación dinámica necesitan de un marcador objetivo que permita evaluar la viabilidad de los injertos hepáticos previo al implante en el receptor y de esta forma realizar una asignación de órganos más adecuada y ampliar el número de injertos disponibles. Actualmente el HOPE es una de las técnicas más utilizadas, consiste en perfusión portal fría. HOPE pretende reducir la lesión celular por isquemia-reperfusión (IR) en el injerto y promover| el flujo de electrones en los complejos mitocondriales generando su acondicionamiento y recarga de ATP. El resultado es: menor inflamación celular con menor activación del sistema inmunológico innato Durante los últimos años se ha avanzado en describir marcadores relevantes en viabilidad, entre ellos destaca el flavin mononucleótido (FMN), molécula derivada de la rivoflavina y cofactor enzimático mitocondrial. El FMN es liberado desde la mitocondria cuando se altera la cadena transportadora de electrones. Un aumento en la concentración total o el aumento de su liberación durante la perfusión se correlaciona con una disminución en la actividad del complejo I y II durante la oxigenación por lo tanto, con una disminución de la capacidad mitocondrial, no es capaz de producir suficiente ATP. Presentamos a continuación la relación entre los niveles de FMN en el perfusado y los resultados clínicos de una serie de 40 injertos de donantes en muerte encefálica tratados con HOPE en nuestro centro. Método Se realizó perfusión HOPE con circuito personalizado con dispositivos ECMO en 40 injertos de donante fallecido por muerte encefálica bajo los siguientes parámetros: presión 3-5 mmhg, temperatura 10°C, oxigenación > 70 Kpa, por al menos 2 horas, se recolectó muestras para FMN a los 15 min y luego cada hora hasta finalizar la perfusión, el FMN fue medido por espectroscopia de fluorescencia. Se compararon las concentraciones de de FMN y el cambio de estas concentraciones en el tiempo con los resultados clínicos de los receptores. En el análisis estadístico los valores de p < a 0,05 se consideraron significativos. Resultados Cuarenta injertos hepáticos fueron perfundidos con HOPE, 40% fueron injertos marginales, 1 injerto fue descartado por esteatosis severa. 39 injertos fueron implantados. Hubo 1 falla primaria del injerto que requirió retrasplante. No hubo complicaciones biliares no anastomóticas en el seguimiento de 3 meses, 1 paciente presentó síndrome de reperfusión, en promedios al día 7 el INR fue 1.3, Bilirrubina Total 3,9. Al comparar el comportamiento de los resultados clínicos con los niveles de FMN encontramos que hay una relación entre el delta de FMN y el peak de AST a las 6 horas (p: 0.030), con una estadía en UCI más prolongada (p: 0.014). Así también cuando el delta de FMN > 0,1 µm/ml.

Conclusiones

El FMN es un biomarcador promisorio que se encuentra actualmente en desarrollo, estos resultados sugieren que el delta durante la perfusión puede aportar elementos de interpretación clínica para el resultado en el receptor, traduciendo el comportamiento e inflamación celular del injerto, además proponemos que el delta > a 0,1 µm/ml podría ser el punto de corte objetivo para estratificar el riesgo de los injertos bajo perfusión. Nuestra serie requiere de un seguimiento a largo plazo para reportar algún otro hallazgo clínico relacionado al FMN durante la perfusión.

VIERNES 25 / SALA II / 14:50 a 14:56

ID 49 RECHAZO DUCTOPÉNICO EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO. FACTORES ASOCIADOS.

Autores
G. González, M. Uribe, MP Muñoz, A. Vega, A. Alba

Instituciones Participantes
Hospital Dr Luis Calvo Mackenna, Santiago

NTRODUCCIÓN El rechazo ductopénico (RD) es una causa importante de pérdida del injerto en trasplante hepático pediátrico (THP). Su incidencia varia entre 4% a 6%, su remisión se logra sólo en 35%, requiriendo el resto retrasplante. El rechazo crónico se asocia a una mortalidad que supera el 50%. Si bien ha sido ampliamente estudiado, su etiología, probablemente, multifactorial, no ha sido clarificada. OBJETIVO Reportar la incidencia de RD en un programa de trasplante pediátrico y su asociación a potenciales factores de riesgo. MATERIAL Y MÉTODO Trabajo retrospectivo analítico de pacientes con THP entre el 1996 y 2023. Tamaño muestral: serie completa THP. Se analizaron los pacientes con RD, diagnosticado por biopsia y/o laboratorio sugerente. Se buscaron factores potencialmente asociados como tiempo de isquemia, rechazo celular agudo, tipo inmunosupresion (FK-Micofenolato-Prednisona (FK-MF-PD) vs Ciclosporina-azatioprina-prednisona, tipo de injerto, ABO idéntico, comparándolo con pacientes sin RD. Se reportó sobrevida de pacientes a 3 y 5 años. Se utiliza test Fisher, con $p<0.05$ para significancia estadística. RESULTADOS De un total de 338 pacientes hepáticos trasplantados, 25 (7.4%) presentaron RD. Todos fueron tratados con cambio inmunosupresión, con mejoria en 11 (44%) y retrasplante en 14 pacientes, 2 de ellos con 2 retrasplantes. Existió antecedente de rechazo celular agudo en un 68% de pacientes con RD vs 49%, $p<0.05$. Uso FK-MF-PD en 44% de pacientes con RD vs 76%, $p<0.05$. Isquemia fría RD 317 min (42-540 min) vs 252 min (30-660 min) $p>0.05$. Donante vivo en RD 12% vs 51%, $p<0.05$. ABO no-idéntico 20% vs 15%, $p>0.05$. Tasa de retrasplante en RD 56% vs 13.7%, $p<0.05$, La sobrevida a los 3 años y 5 años fue de 84 % y 72% en pacientes con RD y 84% y 83% en pacientes sin RD, $p<0.05$. DISCUSION: El RD es una de las causas más frecuentes de retrasplante. Encontramos una frecuencia menor de esta complicación en pacientes que no presentaron rechazo celular agudo, en trasplantados con injertos de donante vivo y con el uso de la asociación FK-MF-PD como agentes inmunosupresores. Ell tiempo de isquemia fría y ABO no-idéntico no fueron estadísticamente significativos. A pesar de su importancia en la sobrevida de injerto, la diferencia en la sobrevida de pacientes no fue estadisticamente significativa.

SOCIEDAD CHILENA DE TRASPLANTE
DESDE 1981
IX
CONGRESO
CHILENO DE TRASPLANTE
EN BUSCA
DE LA EXCELENCIA