



## O-135 - EL FLUJO HEPÁTICO AJUSTADO A PESO PREDICE LA DISFUNCIÓN PRIMARIA Y LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Barzola, Ernesto<sup>1</sup>; Plá, Pau<sup>2</sup>; Cepeda, Carmen<sup>3</sup>; Álamo, Jose M.<sup>3</sup>; Marín, Luis M.<sup>3</sup>; Suárez, Gonzalo<sup>3</sup>; Padillo, Javier<sup>3</sup>; Gómez, Miguel Ángel<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria; <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>4</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, España.

### Resumen

**Introducción:** La evaluación intraoperatoria del flujo sanguíneo hepático es una herramienta clave para anticipar la función del injerto y complicaciones tempranas después del trasplante hepático. No obstante, aún no se han establecido umbrales validados para el flujo de la vena porta (VP) y la arteria hepática (AH) que guíen decisiones clínicas en tiempo real. Este estudio tuvo como objetivo determinar si parámetros específicos de flujo hepático intraoperatorio predicen la disfunción primaria del injerto (PGD) y la supervivencia temprana del injerto.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 472 pacientes adultos sometidos a trasplante hepático ortotópico con donante fallecido entre agosto de 2014 y enero de 2024 en un único centro. Los flujos intraoperatorios de la VP y la AH se midieron con un medidor VeriQ (Medistim, Noruega) tras la reperfusión portal y arterial, y se normalizaron por cada 100 g de peso del injerto. El desenlace primario fue la PGD, definida por criterios clínicos estandarizados. Los desenlaces secundarios incluyeron complicaciones posoperatorias y la supervivencia del injerto al año.

**Resultados:** De los 472 pacientes analizados, 54 (11,4%) desarrollaron PGD. La tasa global de supervivencia del injerto al año fue del 90,5%. Un flujo de la VP < 69 mL/min/100 g se asoció con menor supervivencia del injerto al año ( $p = 0,048$ ), mientras que un flujo de la AH < 8,5 mL/min/100 g se asoció significativamente con mayor incidencia de PGD ( $p < 0,001$ ). El análisis ROC mostró que el flujo de la AH presentó una capacidad predictiva moderada para PGD (AUC = 0,72; especificidad: 80,5%; sensibilidad: 56,9%), mientras que el flujo portal presentó menor capacidad predictiva (AUC = 0,61; especificidad: 75,9%; sensibilidad: 51,0%). El análisis multivariante identificó un bajo flujo de AH (OR = 0,873;  $p < 0,001$ ) y un tiempo de isquemia fría prolongado (OR = 1,007;  $p < 0,001$ ) como predictores independientes de PGD.

**Conclusiones:** La medición intraoperatoria del flujo hepático, tanto portal como arterial, es un predictor significativo de la disfunción primaria del injerto y de la supervivencia temprana del injerto. Estos hallazgos respaldan la utilidad clínica de mantener un flujo portal superior a 69,9 mL/min/100 g y un flujo arterial hepático superior a 8,58 mL/min/100 g para optimizar los resultados posoperatorios.