



O-133 - ¿ES POSIBLE APLICAR LOS PROTOCOLOS ERAS TRAS DONACIÓN EN ASISTOLIA?

Villodre, Celia; Cerezo, Esther; Alcázar López, Cándido; Franco Campello, Mariano; Rubio García, Juan Jesús; Bravo Hernández, José Antonio; Melgar Requena, Paola; Ramia, José Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: El trasplante hepático (TH) es el tratamiento de elección en determinadas enfermedades hepáticas. La optimización de la estancia hospitalaria es un punto clave para mejorar los resultados posoperatorios. La implementación de protocolos ERAS tiene como objetivo reducir complicaciones asociadas a la hospitalización prolongada, pero su utilidad en el TH aún genera debate. Este estudio tiene como objetivo analizar y comparar la seguridad y los resultados del protocolo ERAS en pacientes con TH según el tipo de injerto: muerte encefálica (ME) y donación en asistolia (DA).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Periodo estudio: 2012-2024. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años y TH por cualquier etiología. Criterios de exclusión: retrasplante y muerte intrahospitalaria. Protocolo ERAS aplicado universalmente desde 2012. Criterio priorización: MELD y variables antropométricas. Se consideró #2 4 días alta precoz. Se evaluaron variables clínicas y analíticas, estancia hospitalaria, mortalidad y reintegros. Se consideró diferencia significativa si $p < 0,05$.

Resultados: Se estudiaron 408 TH. 342 pacientes (83,8%) recibieron un injerto de donante ME y 66 (16,2%) de DA. La mediana de estancia posoperatoria fue de 4 días (RIQ: 3-7). El porcentaje de donaciones en asistolia ha ido aumentando en los últimos años. Los grupos no fueron totalmente homogéneos ya que los pacientes TH con donante DA presentaron un MELD levemente superior en la inclusión en lista (21 vs. 20, $p = 0,033$) pero no en el momento del trasplante. Si tuvieron mayor presencia de ascitis (710 vs. 100 ml, $p = 0,011$), y encefalopatía (9,1 vs. 3,2%, $p = 0,029$), el peso del injerto fue mayor (1,6 vs. 1,3 kg, $p < 0,001$) y presentaron más pérdidas hemáticas intraoperatorias (488 vs. 300 ml, $p = 0,006$), más tiempo de isquemia fría (295 vs. 256 min; $p = 0,002$) y caliente (51 vs. 41 min, $p < 0,001$); y menor extubación intraoperatoria (90,1 vs. 98,5%, $p < 0,001$). Sobre los datos del donante encontramos diferencias en la estancia en UCI siendo mayor en el grupo de DA (8 vs. 2 días, $p < 0,001$) y la causa del fallecimiento, con un Índice de Riesgo de donante mayor en el grupo de DA (2,65 vs. 1,83, $p < 0,001$). El 59,1% de TH con donante ME recibieron alta precoz (#2 4 días) y el 36,4% de los DA ($p < 0,001$). La estancia mediana en grupo ME fue 4 días (RIQ:3-7) y en DA 6 días (RIQ:4-11). La inducción del tratamiento inmunosupresor con basiliximab fue superior en el grupo de DA (63,6 vs. 43,3%, $p = 0,002$). La tasa de reintegros fue ligeramente mayor en el grupo ME (31,9 vs. 30,3%, $p = 0,802$); así como la mortalidad en los 30 primeros días (1,8 vs. 1,5%, $p =$

0,889) ambas sin diferencias significativas.

Conclusiones: El alta precoz en trasplante hepático es una opción segura tanto en pacientes con donantes en muerte encefálica como en asistolia, aunque los resultados en pacientes DA son levemente inferiores. Puede que las diferencias en la inmunosupresión hayan influido en la estancia posoperatoria.