



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-610 - LA FUNCIÓN RENAL A CORTO Y MEDIO PLAZO SE CONSERVA MEJOR EN PACIENTES QUE EXPERIMENTAN RESULTADO DE LIBRO DESPUÉS DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL Y TRASPLANTE HEPÁTICO

Melgar, Paola<sup>1</sup>; Rodríguez-Laiz, Gonzalo Patricio<sup>1</sup>; Lluís, Nuria<sup>2</sup>; Alcázar-López, Cándido Fernando<sup>1</sup>; Franco-Campello, Mariano<sup>1</sup>; Villodre Tudela, Celia<sup>1</sup>; Ramia, José Manuel<sup>1</sup>; Lluís, Félix<sup>3</sup>; en representación Equipo de TH

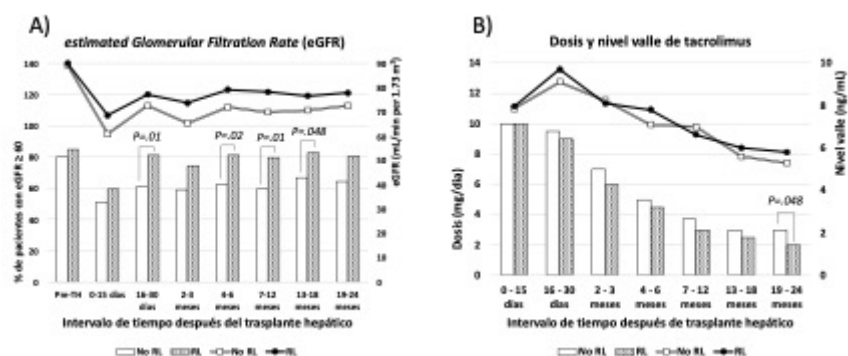
<sup>1</sup>Hospital General Universitario, Alicante; <sup>2</sup>Miami Cancer Institute, Miami; <sup>3</sup>Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La rehabilitación multimodal después de cirugía (*enhanced recovery after surgery*, ERAS) tiene como objetivo reducir el riesgo de complicaciones posoperatorias. Desde la perspectiva del paciente, dejar el hospital sin complicaciones después de un procedimiento quirúrgico complejo como el trasplante hepático (TH), que pone en peligro la vida, se considera un objetivo deseable. Cuando los pacientes no presentan complicaciones, estancia hospitalaria prolongada, reingreso ni mortalidad después de un procedimiento, se considera que han experimentado un resultado de libro (RL).

**Métodos:** Se identificaron, con datos de donante y receptor, dos cohortes de pacientes consecutivos de bajo (n = 101) o medio riesgo (n = 15) de TH. Los pacientes restantes (n = 65) se agruparon por separado. La tasa de filtración glomerular estimada (*estimated glomerular filtration rate*, eGFR) se calculó según la Colaboración Epidemiológica de Enfermedad Renal Crónica, [*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*, CKD-EPI<sub>(crea)</sub>]. Las mediciones eGFR para cada paciente se agruparon en intervalos de tiempo y se obtuvo el percentil 25 de eGFR para cada intervalo. Un valor final  $\geq 60$  ml/min por 1,73 m<sup>2</sup> indicó que el paciente no tuvo enfermedad renal crónica durante ese intervalo. Se registró el porcentaje de pacientes con eGFR  $\geq 60$  sobre el total de pacientes en cada intervalo. Se estableció como objetivo lograr niveles valle de tacrolimus de 6 a 8 ng/mL. Las dosis de tacrolimus y los niveles valle de cada paciente se agruparon en intervalos de tiempo y se obtuvieron la dosis y el nivel valle medianos para cada intervalo.

**Resultados:** Durante los dos años posteriores al TH, la variabilidad del eGFR de pacientes que lograron RL fue similar a pacientes que no lo lograron (RL, 92,4% [82,8-98,5]; no RL, 90,8% [76,4-100], p = 0,56) (fig. A). Los pacientes que lograron RL tuvieron más probabilidades de permanecer libres de enfermedad renal crónica (RL, 83,8% [82,7-85,6]; no RL, 67,9% [66,9-70,2]), una tendencia que alcanzó significación estadística durante dieciocho meses después del TH (fig. A). Durante los primeros 15 días tras el TH, la dosis mediana de tacrolimus fue idéntica para todos los pacientes (TO, 10 mg/día [7,75-13]; no TO, 10 mg/día [7-12,6]; p = 0,58). La dosis de tacrolimus fue disminuyendo progresivamente a lo largo del primer año y medio tras el TH, sin diferencias significativas entre ambos grupos, excepto en el último medio año (Fig. B). El nivel valle de tacrolimus fue de 7,9 ng/mL (6,6-9,4) durante los primeros 15 días pos-TH, aumentó a 9,4 ng/mL (8-11) durante el segundo período de 15 días y disminuyó progresivamente a 5,4 ng/mL (4,6-6,5) al final del segundo año. No hubo diferencias estadísticamente significativas de nivel valle entre los pacientes que no lograron RL y los que lo lograron (fig. B).



**Conclusiones:** Un hallazgo novedoso del estudio es que los pacientes que presentan RL tienen más probabilidades de mantener una función renal normal a corto y medio plazo tras el TH. La mejor función renal de los pacientes que logran RL no se debe a una dosis más baja de tacrolimus.