

les tras lesiones rectales, es importante la sospecha clínica de este tipo de lesiones, y más aún, establecer una adecuada estrategia diagnóstica y terapéutica.

Caso clínico: Hombre de 45 años que sufrió un accidente de moto vs coche, y fue traído a Urgencias. A su llegada presentaba la vía aérea permeable con saturación de O₂ de 98%, hemodinámicamente estable, normotérmico y con Glasgow 15. Presentaba dolor a la palpación de la pelvis y una herida penetrante inguino escrotal sin sangrado activo. TC: fracturas pélvicas, hematoma retroperitoneal hasta el espacio prevesical sin signos de sangrado activo. Paciente fue llevado a quirófano para la colocación de fijación externa pélvica y revisión de herida inguino escrotal, evidenciando una perforación intestinal a nivel de la unión recto-anal, que se suturó parcialmente y luego se dejó drenaje de penrose. 10 días después del accidente, se evidenció gran enfisema subcutáneo que ascendía desde región escrotal hasta región cervical provocando disfonía, por lo que se realizó TC en el que se apreciaba aumento del aire a nivel del trayecto recto-escrotal, enfisema subcutáneo que comprometía región escrotal, pared abdominal y torácica bilateral, región cervical, mandibular y mediastino superior, sin pneumoperitoneo ni colecciones intrabdominales. Ante estos hallazgos se procedió a la revisión quirúrgica de región rectal, donde se evidenció, hematoma de pared rectal anterior y dehiscencia parcial de la sutura previa, y se realizó dilatación anal forzada, dejando posteriormente una sonda foley a nivel de ampolla rectal con el fin de disminuir la presión local; asimismo, se realizó FBS, descartando lesión traqueal. Sin embargo, al no objetivarse mejoría, 2 días después se realizó una colostomía laparoscópica en loop, con el cabo distal cerrado.

Resultados: El paciente presentó una remisión progresiva de enfisema subcutáneo, asimismo, toleraba dieta oral y la colostomía era funcional.

Conclusiones: El enfisema extraperitoneal y subcutáneo constituye una complicación rara de los traumatismos rectales extra-peritoneales. Este enfisema extraperitoneal puede desplazarse a través del espacio subcutáneo en la pared abdominal y torácica, así como a través del espacio retroperitoneal y el mediastino posterior. Los pacientes con sospecha de traumatismo rectal deben ser valorados inicialmente según los criterios del ATLS, descartando así lesiones potencialmente mortales, para posteriormente, una vez estabilizado el paciente, proceder con la revisión secundaria, en la que se realizará una exploración minuciosa de la región perineal y ano-rectal.

Objetivos: Presentar la experiencia nacional de TH por LIVBP, tanto tras cirugía abierta (CA) como tras cirugía laparoscópica (CL), siendo la serie más larga publicada en la literatura consultada.

Pacientes y métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo de pacientes con indicación de TH en España por LIVBP (septiembre 1987-diciembre 2009). 26 pacientes tuvieron indicación de TH: 13 casos tras CA y 13 tras CL. Edad media: $51 \pm 9,7$ años (rango 35-65 años); 16 mujeres (62%). Tiempo entre la LIVBP y la indicación de TH: 64 ± 86 meses (rango 0-276). Las lesiones fueron E4 de Bismuth-Strasberg en 12 casos (46%), E3 en 9 casos (35%), E2 en 4 casos (15%) y no consta en 1 caso (4%). En 6 casos (23%) se asoció lesión vascular (de la arteria hepática común en 2 casos, de la arteria hepática derecha en 3 casos y de la arteria hepática común y de la vena porta en 1 caso). La media de intervenciones previas al TH fue de 1,9 (rango 1-5).

Resultados: 23/26 pacientes fueron trasplantados. Dos fallecieron en espera de trasplante urgente y 1 está en lista de espera para TH. Indicaciones: IHA en 2 casos, hígado de sepsis en 3 casos y CBS en los 18 restantes. La indicación de TH urgente fue más frecuente en el grupo de CL (4/10 casos) que en el grupo de CA (1/13) ($p < 0,05$). Así mismo, la indicación por CBS fue más frecuente en el caso de la CA (12/13 casos) que en el grupo de CL (6/10 casos) ($p < 0,05$). El seguimiento medio fue de $82,8 \pm 17,3$ meses (0,26-288 meses), mediana 72 meses. En 6 casos (26%) se realizó el TH con la técnica clásica y en 17 se realizó la técnica de Piggy-back (74%). La anastomosis biliar se realizó en todos los casos mediante HY-Roux. Morbilidad. – 17 pacientes presentaron complicaciones tras el TH. Cinco presentaron complicaciones biliares en relación con la HY-Roux (dehiscencia de anastomosis biliar en 3 casos, una estenosis de la HY-Roux y un caso con colangitis sin estenosis que se resolvió con tratamiento médico antibiótico. Dos pacientes precisaron retrasplante hepático para resolver la dehiscencia de la sutura biliar. Mortalidad. – 7 pacientes fallecieron (30%), 4 en el postoperatorio inmediato (17%) y 3 (13%) durante la evolución. La mortalidad fue superior cuando se realizó la indicación urgente de trasplante ($p < 0,05$), especialmente cuando existió IHA (falleció 1 de los 2 pacientes), y en hígado de sepsis (fallecieron 2 de los 3 pacientes). La mortalidad fue inferior en los pacientes con indicación por CBS (22%) ($p < 0,05$). La supervivencia a 1, 3, 5 y 10 años fue del 78%, 78%, 78%, 68%, respectivamente.

Conclusiones: El TH tras CBS por LIVBP obtiene buenos resultados a 5 años. La indicación urgente, aunque presenta peores resultados, está justificada.

O-259. PREDICCIÓN DE LA DISFUNCIÓN DEL INJERTO EN TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTES MARGINALES DURANTE LA ÉPOCA MELD

R.J. Ortí Rodríguez, R. Ciria Bru, J. Briceño Delgado, A. Luque Molina, S. Rufián Peña, M. de la Mata y P. López Cillero

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Para explicar la influencia que el estado del receptor y las distintas variables de los donantes con criterios expandidos (DCE) tienen sobre la supervivencia del injerto y sobre la aparición de lesión de isquemia-reperfusión severa en la época MELD, analizamos nuestra serie de trasplantes hepáticos (TH), que fueron divididos en dos períodos: 400 TH (1992-2002 en época pre MELD) y 275 TH (2002-2007 de la época MELD).

Material y métodos: La disfunción primaria (DP), fue definida como fallo primario del injerto que requirió de retrasplante urgente o como pobre función inicial. Se procedió a validar los resultados del score-Córdoba sobre 5 variables del donante incluyendo las mismas en un nuevo modelo de análisis multivariante

TRASPLANTES DE ÓRGANOS

COMUNICACIONES ORALES

O-258. RESULTADOS NACIONALES DEL TRASPLANTE HEPÁTICO POR LESIONES IATROGÉNICAS DE LA VÍA BILIAR TRAS COLECISTECTOMÍA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA

R. Robles Campos y E.M. Nacional

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La lesión iatrogénica de la vía biliar (LIVBP) pueden finalizar en trasplante hepático (TH), por insuficiencia hepática aguda (IHA), por hígado de sepsis o por cirrosis biliar secundaria (CBS).

prospectivo con end-points combinados de disfunción primaria y supervivencia del injerto. Se realizaron modelos de regresión lineal y logarítmicos para valorar la relación prospectiva entre lesión de isquemia reperfusión y disfunción primaria del injerto. Finalmente, los resultados fueron combinados con la situación del receptor (MELD) para valorar el efecto combinado de donante y receptor sobre el pronóstico post-trasplante.

Resultados: La edad del donante, la esteatosis macrovesicular > 30% y el tiempo de isquemia fría se asociaron a disfunción del injerto. La probabilidad media de disfunción primaria fue 14,8%, 19,2%, 27,5% y 37,4% para DCE con $0/1/2/ \geq 3$ conjunción de variables respectivamente ($p = 0,003$). La distribución de las lesiones de isquemia-reperfusión (leve, moderada y severa) entre las categorías MELD fue 72,53%, 24,17% y 3,30% (Grupo MELD = 12-19); 56,52%, 36,96%, y 6,5% (grupo MELD = 20-28); y 23,91%, 54,35% y 21,74% (grupo MELD ≥ 29) respectivamente ($p = 0,043$). El desarrollo de disfunción primaria en relación con las variables de los DCE fue: 18,8%, 18,1%, 28,0% y 35,3% para DCE $0/1/2/ \geq 3$ respectivamente ($p = 0,047$). Las siguientes variables fueron predictores independientes de disfunción primaria (modelo de regresión proporcional de Cox): DCE-2 (RR = 1,59; IC95% = 1,25-1,62), DCE-3 (RR = 2,74; IC95% = 2,38-3,13), MELD 21-30 (RR = 1,89; IC95% = 1,32-2,06) y MELD ≥ 30 (RR = 3,38; IC95% = 2,43-3,86). La supervivencia del injerto disminuyó mientras el score MELD y el número de variables de los DCE aumentaban.

Conclusiones: Las variables del donante junto con el status del receptor (MELD) interactúan para generar un peor pronóstico post-trasplante de una forma no lineal. La combinación de tres o más variables de los donantes marginales y un MELD ≥ 29 es el peor escenario para la supervivencia del injerto después de un TH.

O-260. FACTORES DE BUEN PRONÓSTICO EN EL TRASPLANTE HEPATORRENAL SIMULTÁNEO

O. Caso Maestro, I. Justo Alonso, A. Manrique Municio, F. Cambra, J. Calvo Pulido, R. López Sterup, S.P. Olivares Pizarro, E. Álvaro Cifuentes, A. García Sesma, C. Jiménez Romero y E. Moreno González

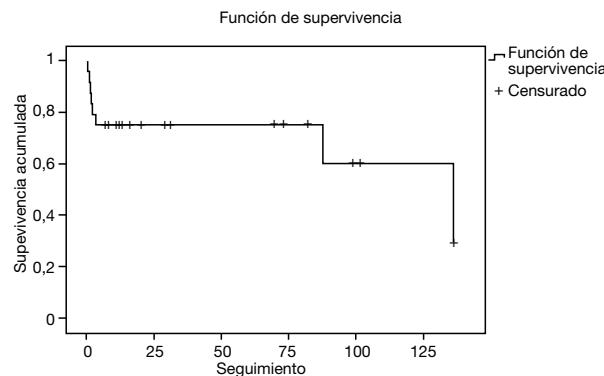
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Estudio de las características y de los resultados a corto y largo plazo del trasplante hepatorrenal simultáneo en pacientes adultos con enfermedad terminal tanto hepática como renal.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de todos los casos de trasplante hepatorrenal simultáneo en adultos realizado en nuestro servicio entre abril'86 y diciembre'09, aplicando funciones de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados: Desde que comenzó el programa de trasplante en nuestro servicio en abril de 1986, hasta diciembre de 2009 se han realizado 1.440 trasplantes hepáticos, de los cuales 34 han sido simultáneos con otros órganos abdominales: 5 multiviscales, 3 hepatopancreáticos, 2 hepatocardiacos y 24 hepatorrenales. Estos 24 casos son los que forman nuestra serie de estudio. Durante un seguimiento medio de 40 ± 45 meses se han producido en nuestra muestra 8 exitus (33,3%). Esto supone una supervivencia media cruda del 66,7% y una supervivencia actuarial del 75% a 1, 3 y 5 años y del 60% a 10 años. De todas las variables analizadas: edad, sexo, antecedentes personales, etiología, Child-Pough y MELD score, periodo en diálisis previo al trasplante, tiempo en lista de espera, creatinina sérica preoperatoria, características del donante, uso de diálisis intraoperatoria, transfusión de hemoderivados, tipo de inmunosupresión inicial, inicio de diuresis precoz, complicaciones postoperatorias, rechazo agudo, periodo en que se realizó el trasplante,

tiempo de isquemia fría y valores de creatinina sérica a 1 y 6 meses y a 1, 2 y 5 años posttrasplante; sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el MELD score ($p = 0,036$), el empleo de diálisis intraoperatoria ($p = 0,021$) y el inicio precoz de la diuresis en el postoperatorio ($p = 0,034$). La variación en la supervivencia media obtenida durante el periodo que va entre 1986 y 2000 (68 ± 21) y el periodo que va entre 2000 y 2010 (88 ± 9) fue notable aunque no resultó significativa ($p = 0,06$).



Conclusiones: El trasplante hepatorrenal simultáneo continúa siendo la mejor opción de tratamiento para pacientes con enfermedad terminal tanto hepática como renal. La evolución de las pautas de inmunosupresión a lo largo de la historia ha permitido un mejor control de estos pacientes consiguiendo una mayor supervivencia tanto del paciente como del injerto. El mejor control de la función renal tanto intraoperatoria como postoperatoriamente mejora los resultados obtenidos a corto y largo plazo.

O-261. RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS PROCEDENTES DE DONANTES MAYORES DE 75 AÑOS. ESTUDIO CASO-CONTROL EN 87 PACIENTES

P. Cascales, P. Ramírez, R. González, A. Bernabé, I. Martínez Frutos, J. Domingo, A. Ríos, J.A. Pons, F. Sánchez Bueno, R. Robles y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El uso de donantes mayores de 75 años permite aumentar el pool de órganos disponibles para trasplante. El objetivo de este trabajo es el de analizar los resultados obtenidos con la utilización de injertos procedentes de donantes con edades superiores a los 75 años.

Pacientes y métodos: Se seleccionaron 29 pacientes trasplantados con hígados procedentes de donantes mayores de 75 años desde enero de 2003 hasta enero de 2010 (grupo a estudio). Los datos del grupo a estudio fueron comparados con los procedentes de un grupo control (58 pacientes), obtenido con los pacientes que fueron trasplantados inmediatamente antes y después de cada caso a estudio (grupo control). Se trata pues de un estudio retrospectivo caso-control (1:2). En la comparativa se tuvieron en cuenta variables del donante (edad, sexo, estancia en UCI, grado de esteatosis, GOT/GPT, Quick, nivel de sodio en sangre, tiempo de isquemia y procedencia del órgano) y del receptor (edad, sexo, etiología de la enfermedad hepática, Child, MELD, tiempo en lista de espera, parámetros de función hepática pre y posttrasplante, estancia en UCI y global, aparición de disfunción primaria del injerto, necesidad de retrasplante precoz, complicaciones vasculobiliares posttrasplante, así como la supervivencia del injerto y del paciente). Los datos

fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 15.0, considerándose diferencias estadísticamente significativas ante una $p < 0,05$.

Resultados: La edad de los donantes en el grupo a estudio ($78,3 \pm 2,9$ años) fue significativamente superior a la de los donantes del grupo control ($50,4 \pm 17,8$ años). El resto de parámetros del donante no mostró diferencias significativas entre ambos grupos. La indicación más frecuente en el grupo a estudio fue el hepatocarcinoma (16 pacientes) y en el grupo control la cirrosis por alcohol (22 pacientes). No se detectaron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas entre ambos grupos, incluyendo la mortalidad precoz postrasplante. El seguimiento medio de los pacientes ha sido de 32 meses (3-94 meses), con una supervivencia del injerto en el grupo control vs grupo a estudio de 78% vs 83% ($p = NS$) al año y del 61% vs 71% ($p = NS$) a los 3 años.

Conclusiones: El uso de donantes subóptimos por edad avanza- da permite aumentar el pool de donantes con buenos resulta- dos a corto y medio plazo.

O-262. ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE HEPÁTICO. UN AÑO DE EXPERIENCIA

A. López-Navas¹, A. Ríos¹, A. Riquelme²,
L. Martínez-Alarcón¹, J.A. Pons¹, M. Miras¹,
A. Sanmartín¹, B. Febrero¹, P. Ramírez¹ y P. Parrilla¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

²Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia.

Introducción: En el trasplante hepático la patología psicoló- ca-psiquiátrica ha sido clásicamente infravalorada. Sin embargo, existen evidencias de que la comorbilidad psiquiátrica no tratada empeora la calidad de vida post-trasplante. Objetivos: 1. Evaluar las dificultades de la instauración de una Unidad de Atención Psicológica en la Unidad del Trasplante Hepático; 2. Evaluar psicológicamente a los pacientes incluidos en lista de espera para un trasplante de hígado.

Material y métodos: La Unidad de Atención Psicológica del paciente en el trasplante hepático se instauró en febrero de 2009, destinada a la valoración clínica psicológica. Parámetros para determinar el funcionamiento de la Unidad: número pacientes citados, número de pacientes entrevistados, número de pacientes no entrevistados, número de consultas suspendidas y grado de asistencia de los pacientes. Evaluación psicológica: Historia socio-personal; Mini Mental State Examination: MMSE; Inventario Breve de Síntomas Psicopatológicos: SA-45; Cuestionario sobre ajuste mental a la enfermedad: MAC; Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional: MINI; Apgar Familiar y Cuestionario de apoyo social MOS.

Resultados: Instauración de la consulta. Los tres primeros meses de funcionamiento presentaron una serie de limitacio- nes derivados de la instauración de cualquier consulta nueva en un hospital (problemática para localizar la consulta por el paciente, citación en agenda nueva, conocimiento por parte de otros facultativos y personal de la nueva consulta, etc.). De un total de 80 pacientes en espera para trasplante hepático fueron citados 75 (94%), sólo 5 (6%) pacientes no pudieron ser citados al estar en el momento de su inclusión en lista de es- pecta ingresados en UCI en situación de código cero. Fueron entrevistados 63 (79%) pacientes. 17 (21%) no pudieron ser entrevistados por varios motivos, 7 pacientes (9%) por exitus, 4 pacientes (10%) por ingresos hospitalarios continuados y 3 (3%) pacientes por presencia de encefalopatía hepática en grado II-III. Número de consultas citadas suspendidas: 12 (31%). El grado de asistencia de los pacientes incluidos en lista de espera fue del 79%, habiéndose suspendido el 31% de

las mismas. Evaluación psicológica. a) Sintomatología psico- patológica: las más relevantes fueron las de tipo ansiosa (54%), obsesiones-compulsiones (52%), depresiva (44%) y so- matizaciones (35%); b) Estrategias de afrontamiento ante la enfermedad: el 94% de los pacientes presentan una inadecuada adaptación ante la enfermedad (83% mal espíritu de lucha, 51% preocupación ansiosa, 33% negación, 29% fatalismo, 25% indefensión); c) Evaluación clínica diagnóstica: El 13% presenta algún tipo de trastorno psicopatológico por lo que fueron derivados al servicio de psiquiatría; d) Apoyo fa- miliar y social, según el Apgar familiar el 30% tenían una per- cepción del apoyo familiar disfuncional, leve el 25% y grave el 5%. En función del cuestionario MOS, el 61% presentó un índice global de apoyo social máximo, el 33% medio y el 6% mínimo.

Conclusiones: La instauración de una Unidad de Atención Psi- cológica puede ser realizada en un hospital trasplantador de tercer nivel sin dificultades y con un adecuado coste-efectivi- dad. Los pacientes en espera de un trasplante hepático pre- sentan una elevada sintomatología psicopatológica además de una inadecuada adaptación ante la enfermedad, que preci- san de una intervención psicológica para mejorar su calidad de vida.

O-263. APPLICABILIDAD DEL PET-TAC EN LA EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA QUIMIOEMBOLIZACIÓN EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA SOBRE CIRROSIS HEPÁTICA EN ESPERA DE TRASPLANTE

P. Cascales, R. González, P. Ramírez, B. Febrero, I. Martínez Frutos, J. de la Peña, J. Contreras, J.A. Pons, F. Sánchez Bueno, R. Robles y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Actualmente existe controversia en el tratamien- to a aplicar en el paciente con hepatocarcinoma sobre cirrosis hepática, para evitar la progresión de la enfermedad durante el período de tiempo que tiene que permanecer a la espera de un trasplante hepático. El objetivo de este estudio ha sido analizar la eficacia de la quimioembolización pretrasplante evaluando el grado de necrosis tumoral mediante PET-TAC y anatomía pato- lógica.

Pacientes y métodos: Durante un período de 3 años es (2007-2009) 39 pacientes con hepatocarcinoma sobre cirrosis hepática han sido trasplantados en nuestro hospital, habiendo sido incluidos en programa de quimioembolización 21 de ellos (17 hombres y 4 mujeres con edad media de 58,6 años). La etiología de la cirrosis hepática fue: 11 de origen viral (6 por virus C y 5 cirrosis por virus B), 6 cirrosis etanólicas, 2 cirrosis biliares primarias y 2 cirrosis criptogenéticas. Todos estos pacientes cumplían los criterios de Milán con una media de 2 nódulos y un tamaño medio de $2,7 \pm 1,5$ cm por nódulo. El número medio de sesiones de quimioembolización por paciente fue de $1,3 \pm 0,6$. El tiempo medio en espera de trasplante de estos pacientes fue de $128,2 \pm 77,8$ días. Hemos evaluado el grado de necrosis tumoral e invasión vascular microscópica en todos los casos. En 6 pa- cientes utilizamos el PET-TAC en la evaluación tumoral pre y postquimioembolización, correlacionando los datos con la anato- mía patológica del hígado explantado.

Resultados: El 52% de los hígados explantados tenían un por- centaje de necrosis de la lesión de más del 90% de la lesión, el 28% mantenían una necrosis entre el 25-90% y el 20% restante presentaban nódulos tumorales con menos del 25% de necrosis. En 5 pacientes (23,8%) se observó invasión vascular microscó- pica. En los estudios del PET-TAC observamos que en 5 de 6 pa- cientes el SUV postquimioembolización descendió por debajo

de 3, asociándose una necrosis superior al 90% en 4 de estos casos. La mortalidad de la serie fue del 19% (4 pacientes), 2 de ellos en el postoperatorio inmediato (por sepsis y fallo multiorgánico) y dos por recidiva grave del virus C (a los 2 y 38 meses posttrasplante respectivamente). Todos los pacientes están libres de enfermedad tumoral tras un seguimiento medio de $19,6 \pm 13,4$ meses posttrasplante.

Conclusiones: La quimioembolización es un tratamiento de gran efectividad para reducir la progresión de la enfermedad en pacientes con hepatocarcinoma sobre cirrosis hepática en espera de trasplante, mostrándose el PET-TAC útil para evaluar el grado alcanzado de necrosis tumoral.

O-264. TRASPLANTE DE PÁNCREAS AISLADO

M.A. López-Boado, E. Astudillo, J. Ferrer, R. García, R. Rull, G. Díaz del Gobo, W. Adelsdorf, M.J. Ricart y L. Fernández-Cruz

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Objetivos: Analizar los resultados del trasplante de páncreas en pacientes diabéticos tipo I con un trasplante previo de riñón (PAK) o sin patología renal previa (PA).

Material y métodos: Entre febrero de 1983 y abril de 2010 se han realizado 37 trasplantes de páncreas aislado en 33 pacientes (22 H y 11 M) con una edad media de 37 ± 7 años; 8 de los trasplantes fueron PA y 29 PAK. Para el análisis de los resultados se han establecido dos períodos: el periodo 1 incluye los trasplantes realizados entre 1983 y 1999 (8 casos) y el periodo 2 los realizados entre 2000 y 2010 (29 casos). En el periodo 1 (5 PA y 3 PAK) se realizó derivación urinaria de la secreción exocrina pancreática y la inmunosupresión de inducción se realizó con ciclosporina, azatioprina y prednisona. En el periodo 2 (3 PA y 26 PAK) se realizó derivación intestinal de la secreción exocrina y la inmunosupresión de inducción se llevó a cabo con timoglobulina, tacrolimus, micofenolato y prednisona. En ambos períodos se utilizó el drenaje venoso sistémico.

Resultados: Durante el periodo 1 no hubo mortalidad, sin embargo la supervivencia del injerto al año fue de sólo el 12,6%. La pérdida del injerto se produjo en 5 casos por rechazo agudo y en 3 por fallos técnicos. En el periodo 2 tampoco hubo mortalidad, siendo la supervivencia del injerto pancreático al año y a los 5 años del 100% y del 78,5%, respectivamente.

Conclusiones: El trasplante aislado de páncreas constituye en la actualidad una excelente opción terapéutica para diabéticos con un trasplante renal previo y para los pacientes con diabetes de difícil control sin insuficiencia renal.

O-265. TRASPLANTE SIMULTÁNEO DE PÁNCREAS Y RIÑÓN. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA

E. Astudillo, R. Rull, R. García, J. Ferrer, M.A. López-Boado, M. Fernández, E. Jiménez, M.J. Ricart y L. Fernández-Cruz

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Objetivos: Presentar los resultados del trasplante simultáneo de páncreas y riñón, en la Universidad de Barcelona, a lo largo de 25 años.

Material y métodos: Desde febrero de 1983 hasta abril de 2010 se han realizado 429 trasplantes de páncreas, 392 de ellos trasplantes simultáneos de páncreas y riñón (TPR). Se analizan 360 TPR realizados entre enero de 1983 y octubre de 2008. La edad media de los receptores (67% H, 33% M) fue de 37 ± 6 años.

El 94% estaba en diálisis (75% HD, 25% DP). La edad de los donantes (63% H, 37% M) fue de 28 ± 10 años. El tiempo de isquemia fría de los injertos renal y pancreático fue de 11 ± 6 y 9 ± 5 horas respectivamente. Se realizó la derivación urinaria de la secreción exocrina pancreática en 107 casos (20% con posterior conversión entérica), entérica en 252 casos y oclusión del conducto de Wirsung, con prolamina, en 1 caso. Para el análisis de los resultados se establecen 3 períodos: periodo 1, 1983-1989 (22 casos); periodo 2, 1990-1999 (164 casos); y periodo 3, 2000-2010 (175 casos). La inmunosupresión varió según el periodo.

Resultados: La supervivencia del paciente, injerto renal y pancreático durante el periodo 1 fue del 70%, 55% y 32% al año y del 56%, 41% y 32% a los 5 años, respectivamente. En el periodo 2 la supervivencia del paciente, injerto renal y pancreático fue del 91,7%, 84,7% y 71,9% al año y del 82,4%, 66,4% y 59,1% a los 5 años, respectivamente. En el periodo 3 la supervivencia del paciente, injerto renal y pancreático fue del 97,5%, 95,2% y 89,3% al año y del 96,8%, 88,9% y 86,3% a los 5 años, respectivamente. La principal causa de fallo simultáneo de los injertos fue la muerte del paciente.

Conclusiones: Los resultados del TRP han experimentado una notable mejoría a lo largo de los 25 años estudiados, con una excelente supervivencia en el último periodo analizado. En la actualidad constituye una opción terapéutica eficaz y segura en la diabetes tipo I con insuficiencia renal terminal.

O-266. TRASPLANTE SIMULTÁNEO DE PÁNCREAS Y RIÑÓN. ESTUDIO DE LA FUNCIÓN ENDOCRINA A LARGO PLAZO (15 AÑOS)

E. Astudillo, M.A. López-Boado, M. Mora, R. Rull, J. Ferrer, V. Molina, M.J. Ricart, E. Esmatjes y L. Fernández-Cruz

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Objetivos: Analizar la función endocrina pancreática a largo plazo, en pacientes con diabetes tipo I sometidos a un trasplante simultáneo de riñón y páncreas.

Material y métodos: Se estudian 12 pacientes (8 hombres y 4 mujeres) con una función normal de los injertos renal y pancreático durante más de 15 años. La edad media de los pacientes es de 36 ± 7 años, la duración de la diabetes de $19,5 \pm 5$ años y el tiempo de diálisis de 19 ± 12 meses. En todos los pacientes se realizó drenaje venoso sistémico y derivación vesical de la secreción exocrina pancreática, con posterior conversión a entérica en el 42% de los casos. La evaluación funcional se realizó a los 1, 5, 10 y 15 años posttrasplante, determinándose glicemia basal, hemoglobina glicosilada (HbA1c), insulinemia, anticuerpos anti-GAD y efectuándose test de tolerancia oral a la glucosa (OGTT).

Resultados: Comparando los resultados, de 1 año y 15 años posttrasplante, no se observan diferencias en la HbA1c (4,68 vs 4,76%) ni en la glicemia basal (71 vs 79 mg dl), si bien existe un incremento del área bajo la curva (AUC) de la glucosa (11.983 vs 14.875 mg/dl/120', $p = 0,02$). Hay tendencia a la reducción tanto de la insulinemia basal (24 vs 15 mU/l, $p = 0,11$) como del AUC de la insulina (8.446 vs 7.057 mU/l/120', $p = 0,22$). El OGTT es normal en el 75% de los casos al año del trasplante y en el 50% a los 15 años. No hay variaciones en la insulinoresistencia (FIRI, QUICKI). Los anti-GAD se positivizaron en un paciente.

Conclusiones: El páncreas trasplantado tiene viabilidad a largo plazo, lo que refuerza su papel en tratamiento de los diabéticos con insuficiencia renal terminal. Sin embargo, la evolución de los OGTT sugiere cierto deterioro de la capacidad funcional del injerto pancreático, a lo largo del seguimiento.

PÓSTERS

P-315. DISEÑO DE UNA PCR CUANTITATIVA EN TIEMPO REAL PARA DETERMINAR LA EXPRESIÓN GÉNICA DE PROTEÍNAS REGULADORAS DE COMPLEMENTO HUMANO EN CERDOS POLITRANSGÉNICOS COMO DONANTES EN XENOTRASPLANTE

L. Martínez-Alarcón¹, J.J. Quereda², J.M. Herrero-Medrano², M.J. Majado², F. Pallarés², A. Ríos¹, P. Ramírez¹, P. Parrilla¹, A. Muñoz² y G. Ramis²

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

²Universidad de Murcia, Murcia.

Introducción: El xenotrasplante se presenta como una alternativa a la escasez de órganos para trasplante. Actualmente, se acepta de forma universal que el donante ideal es el cerdo modificado genéticamente para prevenir los fenómenos de rechazo hiperagudo y vascular agudo. Entre estos, los más utilizados experimentalmente hasta hoy han sido los cerdos transgénicos para proteínas reguladoras de complemento humano (PRCH), ya que no hay protección heteróloga frente a la acción del complemento. Hasta el momento la mayoría de las pruebas de compatibilidad en modelos cerdo transgénico-primate se han basado en la determinación de la presencia de las PRCH mediante inmunocitoquímica.

Objetivos: Diseñar una PCR cuantitativa en tiempo real para determinar la expresión génica de las proteínas reguladoras de complemento humano CD55 (hCD55), CD46 (hMCP) y CD59 en células sanguíneas mononucleares periféricas (CSMP) de cerdo transgénico para dichas proteínas, que permita mejorar la predicción de compatibilidad entre cerdos transgénicos para PRCH y primates en xenotrasplante experimental.

Material y métodos: Para el diseño se utilizaron las secuencias publicadas en el GenBank NM_000574 (hCD55), NM_200330.2 (hCD59) y NM_172361 (hCD46), procediendo al diseño de primers específicos mediante aplicación informática PrimerBLAST. Se seleccionaron tres parejas de primers para cada proteína y se realizaron pruebas de amplificación en tiempo real mediante un termociclador ABI 7300, usando química SYBR-Green. Los primers se probaron sobre extraídos de ARN de CSMP de 5 cerdos politransgénicos, procediéndose previamente a la obtención de cDNA para la realización de la PCR. Como control positivo se utilizaron CSMP humanas de donantes sanos voluntarios y como control negativo CSMP de cerdo normal. Se procedió a realizar una electroforesis en gel de agarosa de alta resolución para determinar el tamaño del amplicón obtenido en cada caso y se secuenció el amplicón de cada proteína reguladora del complemento humana mediante secuenciador automático ABI Prism 3130.

Resultados: Se obtuvo amplificación de las tres proteínas en las CSMP tanto en todas las muestras humanas como en las de cerdo transgénico. No hubo amplificación en las muestras de CSMP de cerdo normal. El tamaño del amplicón obtenido fue el esperado y la secuenciación de dicho producto indicó una homología del fragmento obtenido en los cerdos transgénicos del 97%, 100% y 96% para hCD55, hCD46 y hCD59 con las secuencias humanas y ninguna homología con cualquier secuencia porcina descrita hasta el momento.

Conclusiones: La PCR cuantitativa en tiempo real diseñada produce amplificación en las muestras tomadas de cerdo transgénico con eficacia similar a la de las muestras humanas. Este sistema permite cuantificar la expresión génica de dichas proteínas en cerdos transgénicos donantes para xenotrasplante, que de

estar correlacionado con el nivel de protección proporcionado frente al rechazo hiperagudo y vascular agudo, posiblemente mejorará los protocolos de elección de donantes en estos protocolos experimentales.

P-316. EL APOYO SOCIAL Y FAMILIAR EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA UN TRASPLANTE HEPÁTICO

A. López-Navas¹, A. Ríos¹, A. Riquelme², L. Martínez-Alarcón¹, M. Miras¹, J.A. Pons¹, A. Sanmartín¹, B. Febrero¹, P. Ramírez¹ y P. Parrilla¹.

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

²Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia.

Introducción: En pacientes en espera de un trasplante la ayuda recibida de los amigos y/o familiares se considera un factor importante desde la fase pre-trasplante para cumplimentar los resultados obtenidos del trasplante. Objetivos: 1. Determinar el nivel de apoyo social y familiar de pacientes en lista de espera para un trasplante de hígado; y 2. Determinar la relación entre la severidad de la clínica psicopatológica y el grado de apoyo socio-familiar.

Material y métodos: Población a estudio: 63 pacientes en lista de espera para un trasplante hepático en el año 2009. Instrumentos para la valoración del nivel de apoyo socio-familiar: 1. Cuestionario MOS de apoyo social (Sherbourne et al., 1991) versión española de Costa (2007). El MOS es un cuestionario de 20 ítems que determina el tamaño de la red social y cuatro dimensiones de apoyo: emocional, material/instrumental, ocio/distracción y amor/cariño. El cuestionario determina un índice global de apoyo social (puntuación máxima: 94, media: 57, mínima: 19). 2. Cuestionario Apgar Familiar (Smilkstein, 78-82) versión española de Bellón et al. (1996). Valora la percepción personal de la función familiar, entre normofuncional (7-10 puntos), disfuncional leve (3-6 puntos) y disfuncional grave (0-2 puntos). Instrumento para la valoración psicopatológica: Cuestionario SA-45 (Derogatis, 75) versión española de González Rivera y De las Cuevas (1988). Evalúa 9 dimensiones psicopatológicas: somatizaciones, obsesiones-compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicótismo. Estadística utilizada: descriptiva, test de Chi cuadrado y análisis de regresión logística.

Resultados: Han sido evaluados 63 pacientes en lista de espera para trasplante de hepático. Valoración por el cuestionario MOS: el tamaño medio de la red social de estos pacientes es de 12 personas, siendo los familiares (8) más frecuentes que los amigos (4). Presentan apoyo socio-familiar no funcional el 22% de los pacientes. Por dimensiones, son no funcionales el 27% en apoyo emocional, el 13% en ayuda material y/o instrumental, el 25% en relaciones sociales de ocio y/o distracción y 13% en apoyo afectivo referido a expresiones de amor y/o cariño. Los pacientes con apoyo socio-familiar no funcional presentan en mayor medida sintomatología psicopatológica de tipo depresiva (79% vs 35%) ($p = 0,004$), ansiosa (86% vs 45%) ($p = 0,007$) y hostilidad (43% vs 14%) ($p = 0,020$) frente a los funcionales. De ellas, la sintomatología depresiva presentan mayor asociación estadísticamente (Odds Ratio = 6,896; $p = 0,007$). Valoración por el cuestionario Apgar Familiar: El 30% de los pacientes entrevistados presentan una percepción sobre la función familiar disfuncional, siendo leve el 25% y grave el 5%. Los pacientes con disfunción familiar presentan mayor sintomatología emocional de tipo sensibilidad interpersonal (32% vs 9%) ($p = 0,025$), depresión (79% vs 29%) ($p < 0,001$), ansiedad (79% vs 43%) ($p = 0,009$) y hostilidad (42% vs 11%) ($p = 0,006$) frente a los normofuncionales. La sintomatología de tipo depresiva se asocia más estrechamente con la disfunción familiar.

chamente con el apoyo socio-familiar (Odds Ratio = 8,942; p = 0,001).

Conclusiones: Hasta un cuarto de los pacientes en espera para un trasplante de hígado tiene un apoyo socio-familiar de tipo no funcional, lo cual se traduce en una mayor sintomatología psicopatológica emocional, principalmente de tipo depresiva, que precisaría ser tratada.

P-317. ALTERACIONES EMOCIONALES EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA ETANÓLICA

A. López-Navas¹, A. Ríos¹, A. Riquelme², L. Martínez-Alarcón¹, J.A. Pons¹, M. Miras¹, A. Sanmartín¹, B. Febrero¹, P. Ramírez¹ y P. Parrilla¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia.

Introducción: Los pacientes con trastornos de abuso de sustancias tóxicas, como es el alcohol, presentan una elevada comorbilidad psicopatológica como son los trastornos del estado de ánimo. Por ello, diagnosticar y tratar estos síntomas puede facilitar la estabilidad emocional de estos pacientes, mejorando así desde la fase de espera para el trasplante. Objetivo: evaluar la sintomatología psicopatológica de tipo emocional en pacientes con cirrosis hepática etanólica en lista de espera para trasplante hepático.

Material y métodos: Población a estudio: pacientes con cirrosis alcohólica terminal, candidatos a trasplante de hígado (n = 41). La sintomatología psicopatológica de tipo emocional es evaluada por el cuestionario SA-45 (Derogatis, 75), versión española adaptada por González y Cuevas (1988). Evalúa 9 dimensiones psicopatológicas básicas: somatizaciones, obsesiones-compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo; consta de 45 ítems con opciones de respuesta tipo Likert (0 Nada, 1 Poco, 2 Moderado, 3 Bastante, 4 Mucho). Grupo control: pacientes con hepatopatías crónicas terminales no alcohólicas (n = 22). Estadística: descriptiva, test de Chi cuadrado, t de Student y análisis de regresión logística.

Resultados: Somatizaciones: el 37 % de los pacientes etanólicos presentan sintomatología clínica de este tipo (no etanólicos: 32%; p > 0,05); Obsesiones-compulsiones: en este caso, el 56 % de los etanólicos padece clínica de este tipo (no etanólicos: 46%; p > 0,05); Sensibilidad interpersonal: el 19 % de los pacientes a estudio presentan sintomatología relacionada con esta dimensión (no etanólicos: 9%; p > 0,05); Depresión: los pacientes etanólicos presentan una mayor afectación emocional de tipo depresiva que los no alcohólicos (54 % vs 27%; p = 0,045); Ansiedad: la sintomatología ansiosa en los pacientes a estudio está presente en el 59 % (no etanólicos: 46%; p > 0,05); Hostilidad: los síntomas clínicos hostiles son más frecuentes en los pacientes con etiología etanólica frente a la no etanólica (29 % vs 5%; p = 0,021); Ansiedad fóbica: en este caso, los pacientes estudiados presentan una sintomatología de tipo fóbico en el 10 % de los casos (no etanólicos: 14%; p > 0,05); Ideación paranoide: la clínica de este tipo es del 7 % en los pacientes con etiología alcohólica (no etanólicos: 5%; p > 0,05); Psicoticismo: los síntomas de tipo psicóticos se presentan en el 5 % de los paciente a estudio (no etanólicos: 4%) (p > 0,05). La asociación de mayor relevancia entre psicopatología de tipo emocional y pacientes con cirrosis tipo alcohólica la observamos con la hostilidad, según los resultados obtenidos en el análisis multivariante con una Odds Ratio de 8,695 (p = 0,045).

Conclusiones: Los pacientes con cirrosis hepática etanólica en lista de espera para trasplante hepático presentan una elevada sintomatología psicopatológica, por encima de las que presentan pacientes de etiología no alcohólica. Las alteraciones emo-

cionales de tipo depresiva y de hostilidad son las más frecuentes en este tipo de pacientes.

P-318. PAPILOMATOSIS BILIOPANCREÁTICA DIFUSA: PAPEL DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN SU TRATAMIENTO

O. Caso Maestro, F. Cambra Molero, A. García Sesma, S.P. Olivares Pizarro, I. Justo Alonso, M. Abradello Usera, C. Alegre Torrado, A. Manrique Municio, R. López Sterup, C. Jiménez Romero y E. Moreno González

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Desde que Chappet describió por primera vez la papilomatosis de la vía biliar y Caroli hizo la primera descripción anatómica, sólo se han publicado alrededor de 60 casos. El principal problema de estos pacientes son las colangitis y pancreatitis de repetición, junto con el alto riesgo de malignización de dichas lesiones (25-50%). La papilomatosis biliar se caracteriza por una proliferación del epitelio columnar de los conductos hepáticos que forma papilas que crecen hacia el lumen. La secreción mucosa de dichas papilas y su crecimiento intraluminal son los causantes de la obstrucción de la vía biliar, pudiendo desembocar en una cirrosis biliar secundaria. Muchas de las intervenciones radiológicas y/o quirúrgicas que se realizan en estos pacientes, son simples medidas paliativas que conllevan sólo la mejora temporal del drenaje biliar. El tratamiento quirúrgico debe ser agresivo, resecando todo el tejido afectado, por lo que el trasplante hepático en muchas ocasiones es la opción terapéutica más recomendada, habiéndose descrito hasta la fecha sólo 5 casos recogidos en la literatura.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 43 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por un cuadro de ictericia obstructiva, evidenciándose mediante ECO abdominal dilatación de la vía biliar tanto intra como extrahepática a expensas de un colédoco ocupado completamente por barro biliar y/o coledocolitiasis. Durante su ingreso se realiza CPRE con colocación de endoprótesis. Tras la misma el paciente sufre un episodio de colangitis, objetivándose dilatación de la vía biliar intrahepática, que obliga a colocar catéter interno-externo por CTPH para drenaje de la misma. Las biopsias tomadas de la papila durante la CPRE, fueron informadas como adenocarcinoma no invasivo, llevándose a cabo duodenopancreatectomía cefálica. Los hallazgos anatopatológicos fueron papilomatosis biliopancreática difusa con focos de adenocarcinoma in situ. Tras evolucionar satisfactoriamente hasta el alta, el paciente ingresó en otras 2 ocasiones más por nuevos episodios de colangitis aguda tratados conservadoramente con drenaje percutáneo de la vía biliar intrahepática mediante CTPH. Dada la evolución, se plantea el trasplante hepático como tratamiento definitivo, realizándose previamente a la inclusión en lista de espera, pancreatectomía corporo-caudal que descartara posibles focos de carcinoma infiltrante en el páncreas restante. Se confirmó nuevamente papilomatosis difusa de toda la vía pancreática con múltiples focos de carcinoma in situ sin evidencia de invasión. El paciente recibió trasplante hepático ortotópico de donante en muerte encefálica, que transcurrió sin incidencias evolucionando satisfactoriamente hasta el alta. El estudio histopatológico fue informado como papilomatosis bilipancreática con extensas zonas de adenocarcinoma in situ.

Conclusiones: El trasplante hepático es una buena opción de tratamiento en pacientes con papilomatosis difusa de la vía biliar. En los casos en los que la afectación no sobrepase la bifurcación de la vía biliar, el trasplante sería suficiente, pero en casos de afectación de la vía biliar extrahepática y/o pancreática, habría que asociar al menos duodenopancreatectomía cefálica.

P-319. PAPEL DE LA ENZIMA POLI (ADP-RIBOSA) POLIMERASA-1 EN LA REGULACIÓN POSTTRANSCRIPCIONAL DE LA QUIMIOCINA IP-10

M.D. López Lucas¹, M. Muñoz¹, M.D.R. González¹, M. Galbis¹, P. Parrilla¹, P. Ramírez¹ y J. Yélamos²

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

²Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción y objetivos: La proteína-10 inducida por interferón gamma (IP-10) pertenece a la familia CXC de factores quimiotácticos dentro de la superfamilia de las quimiocinas. IP-10 es un factor quimiotáctico de linfocitos T activados y células NK, que se ha implicado en diferentes procesos inflamatorios y en el reclutamiento de células T activadas a los aloinjertos, participando de esta forma en el rechazo del injerto. La expresión de IP-10 en respuesta a interferón gamma (IFN- γ) se regula tanto a nivel transcripcional a través de las rutas de la quinasa Janus y los factores STAT como a nivel post-transcripcional mediante la estabilización de su mRNA a través de la activación secuencial de MLK3, MKK3 y p38^{MAPK}. El objetivo de este trabajo, ha sido estudiar el papel de la enzima nuclear Poli (ADP-ribosa) polimerasa-1 (PARP-1), implicada en la regulación de la transcripción de numerosos genes involucrados en la respuesta inflamatoria, en la regulación de la expresión de IP-10.

Material y métodos: Se ha estudiado el nivel de expresión de IP-10 mediante PCR cuantitativa en fibroblastos embrionarios, tanto en reposo como activados con IFN- γ , procedentes de ratones normales y ratones deficientes en Parp-1. La activación de STAT1, ERK, MKK3 y p38^{MAPK} se ha llevado a cabo mediante western-blot. La estabilidad del mRNA de IP-10 se ha determinado mediante PCR cuantitativa.

Resultados: Nuestros estudios demuestran que en ausencia de PARP-1 la expresión de IP-10 en respuesta a IFN- γ está reducida y esta reducción no es debida a un defecto en la transcripción del gen de IP-10, sino que está asociada a una mayor inestabilidad del mRNA de IP-10.

Conclusiones: Los resultados sugieren un nuevo mecanismo de regulación por PARP-1 de la expresión de moléculas involucradas en la respuesta inflamatoria y el rechazo de órganos, mediante la estabilización del mRNA de dichos mediadores inflamatorios a través de su efecto sobre la activación p38^{MAPK}.

P-320. LA DETERMINACIÓN NO INVASIVA DEL ÍNDICE DE DESAPARICIÓN DEL VERDE DE INDOCIANINA DEL PACIENTE CON TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE CADÁVER PREDICE DE MANERA PRECOZ LA DISFUNCIÓN DEL INJERTO Y LA MORTALIDAD POSTRASPLANTE

J.A. López Baena, L. Olmedilla, J. Pérez Peña, J. Pérez Ferreiroa, L.A. González Bayón, J.L. García Sabrido, R. Bañares, D. Rincón, M. Salcedo, E. Velasco y B. Díaz Zorita

Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La detección precoz de una disfunción de un injerto hepático es esencial para tomar las medidas adecuadas, incluyendo el retrasplante. La eliminación del verde de indocianina es un buen marcador de la función hepática y puede medirse de forma no invasiva a la cama del enfermo mediante espektrofotometría.

Objetivos: Analizar de forma prospectiva la relación entre la tasa de desaparición plasmática del verde de indocianina y la función inicial del injerto trasplantado y evaluar su papel en la predicción de la disfunción severa del injerto y en la mortalidad.

Material y métodos: De forma prospectiva, se determinó la tasa de eliminación plasmática de verde de indocianina (ICG-PDR) en 172 pacientes, con mediciones a la hora y a las 24 horas de la reperfusión.

Resultados: Diez pacientes presentaron disfunción severa del injerto, 6 fueron retrasplantados y 4 murieron esperando un nuevo órgano. El PDR a la hora y el PDR a las 24 horas fueron excelentes predictores de disfunción severa del injerto. Un PDR a la hora de 10,8%/min y un PDR del 10%/min predicen disfunción severa del injerto.

Conclusiones: La determinación muy precoz del índice de aclaramiento plasmático del verde de indocianina por método no invasivo, puede predecir la disfunción severa del injerto y la mortalidad tras el trasplante hepático de donante cadáver.

P-321. ESTILO ANSIOSO DE AFRONTAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA EN PACIENTES EN ESPERA PARA TRASPLANTE HEPÁTICO

A. López-Navas¹, A. Ríos¹, A. Riquelme², L. Martínez-Alarcón¹, M. Miras¹, J.A. Pons¹, A. Samartín¹, B. Febrero¹, P. Ramírez¹ y P. Parrilla¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

²Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia.

Introducción: La preocupación ansiosa supone un estilo desadaptado de afrontamiento ante la enfermedad presente en pacientes con patología hepática crónica terminal. Este estilo de afrontamiento puede llegar a suscitar respuestas emocionales psicopatológicas. Objetivo: identificar como estilo de afrontamiento ante la enfermedad la "Preocupación ansiosa" y su relación con la sintomatología psicopatológica de tipo emocional presente en el paciente en espera para un trasplante hepático.

Material y métodos: Población a estudio: han sido evaluados 63 pacientes en lista de espera para un trasplante de hígado (febrero 2009-2010). Instrumento para la valoración del estilo de afrontamiento: cuestionario MAC (Moorey & Greer, 89) versión española Ferrero (94). Una de las escalas de afrontamiento de este cuestionario es la "Preocupación ansiosa", evaluada a través de 9 ítems. Instrumento para la valoración psicopatológica: cuestionario SA-45, versión española adaptada por González Rivera y De las Cuevas (1988). Evalúa 9 dimensiones psicopatológicas básicas: somatizaciones, obsesiones-compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicótismo; consta de 45 ítems. Estadística: descriptiva, test de Chi cuadrado y análisis de regresión múltiple.

Resultados: El 51 % de los pacientes evaluados utilizan como estrategia inadecuada de adaptación ante la enfermedad la "Preocupación ansiosa". A este estilo de afrontamiento se asocian cinco tipos de dimensiones psicopatológicas: obsesiones-compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica. Los pacientes con sintomatología clínica relevante de tipo obsesivo-compulsiva utilizan el 75 % como afrontamiento la preocupación ansiosa ante la enfermedad frente al 29% que no utilizan este estilo ($p < 0,001$). La sintomatología psicopatológica característica de la sensibilidad interpersonal está presente en el 25 % de los que afrontan con preocupación ansiosa frente al 6 % de los que no ($p = 0,044$). Lo mismo ocurre con la clínica emocional de tipo depresivo (59 % vs 29 %) ($p = 0,015$) y ansioso (75 % vs 32 %) ($p = 0,001$). Finalmente, los síntomas fóbicos que también están más asociados a los pacientes con preocupación ansiosa como modo de inadaptación ante la enfermedad (19 % vs 3 %) ($p = 0,050$). Las asociaciones más significativas entre la estrategia de afrontamiento tipo "Preocupación ansiosa" y sintomatología psicopatológica de tipo emocional las observamos entre las de

tipo obsesiva-compulsiva (Odds Ratio = 5,020; $p = 0,008$) y ansiosa (Odds Ratio = 4,094; $p = 0,020$).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático presenta un estilo ansioso de afrontamiento ante la enfermedad. Este estilo se asocia con una mayor presencia de sintomatología psicopatológica de tipo emocional entre dichos pacientes.

P-322. INFECCIONES BACTERIANAS POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE SIMULTÁNEO DE PÁNCREAS-RIÓN

A. Arjona Sánchez, C. León Salinas, M.J. Pérez Sáez, F.C. Muñoz Casares, J. Ruiz Rabelo, J.M. Sánchez Hidalgo, J. Briceño Delgado y S. Rufián Peña

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: En los pacientes diabéticos tipo I con insuficiencia renal crónica, el trasplante simultáneo páncreas-rión está asociado con un incremento de la supervivencia comparado con el trasplante aislado de rión o diálisis. Tras veinte años de programa, analizamos las complicaciones, las supervivencias de paciente e injertos a corto y largo plazo.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los trasplantes páncreas-rión simultáneos (PRS) realizados en nuestro Centro desde el 11 de febrero de 1989 hasta diciembre de 2009, alcanzando un total de $n = 116$, descartándose los trasplantes de páncreas aislados o posteriores a trasplante renal y retrasplantes. Se analizaron las características demográficas de los pacientes así como las supervivencias de pacientes e injertos. Se analizaron las complicaciones. Y se comparó la supervivencia del paciente e injerto en eras, dividiendo hasta 2004 ($n = 26$) y desde 2004 ($n = 66$), con el objeto de evaluar nuestros resultados tras una amplia curva de aprendizaje.

Resultados: $n = 116$ pacientes transplantados de rión-páncreas simultáneo. La supervivencia global es del 83,2%. Injerto renal no funcionante fue en $n = 12$ (10,3%) y el páncreas no funcinante fue en $n = 21$ (18,1%). La supervivencia global del injerto pancreático fue del 81,9%. La supervivencia del injerto al año fue del 88%. Si lo dividimos en eras, y excluyendo a los SPK con drenaje vesical, hasta 2004 la supervivencia global del injerto pancreático fue 76,9% y desde el 2004 del 88% con una $p > 0,05$.

Conclusiones: El trasplante doble páncreas-rión se puede considerar el tratamiento de elección en los pacientes diabetes mellitus tipo I con insuficiencia renal crónica terminal. A pesar de no ser significativo creemos que la curva de aprendizaje tiene consecuencias favorables para la supervivencia del injerto pancreático.

P-323. EL CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE MUERTE ENCEFÁLICA POR EL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL Y LATINOAMERICANO

A. Ríos¹, A. López-Navas¹, M. Ayala-García², M. Sebastián³, A. Abdo-Cuza⁴, J. Alan⁵, L. Martínez-Alarcón¹, J. Suárez-López⁶, P. Ramírez¹ y P. Parrilla¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío y Universidad de Guanajuato, México. ³Coordinación de Trasplantes, UMAE Hospital de Especialidades N.º 25 IMSS, Monterrey, México.

⁴Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas, Cuba. ⁵Universidad Costa Rica, Costa Rica. ⁶Hospital Hermanos Ameijeiras, Cuba.

Introducción: El conocimiento y aceptación entre el personal de centros sanitarios del concepto de muerte encefálica (ME) es fundamental, pues es actualmente el criterio de muerte y la cla-

ve para la donación de órganos de donante cadáver. Objetivo: Analizar el nivel de conocimiento del concepto de ME entre el personal de centros sanitarios españoles y latinoamericanos, y determinar los factores que lo condicionan.

Material y métodos: Del Estudio Colaborativo Internacional ("Proyecto Donante, Murcia") se seleccionan datos de 12 centros hospitalarios y 32 centros de Atención Primaria, de cuatro países: España ($n = 2.417$), México ($n = 1.595$), Cuba ($n = 202$) y Costa Rica ($n = 164$). Los encuestados se obtuvieron mediante un muestreo estratificado por categoría laboral y tipo de servicio ($n = 4.378$). El instrumento utilizado fue un cuestionario validado de aspectos psicosociales, auto-administrado y anónimo. Estadística: test de Chi cuadrado, t de Student y un análisis de regresión logística.

Resultados: El 62% ($n = 2.714$) del personal encuestado conoce el concepto de ME y lo considera como la muerte de un individuo. Del resto, el 30% ($n = 1.333$) no lo conoce, y el 8% ($n = 331$) restante considera que no supone el fallecimiento de un paciente. Por categoría laboral, el 83% ($n = 931$) de los médicos conocen dicho concepto, frente al 75% ($n = 895$) entre enfermería, el 55% ($n = 299$) entre los auxiliares de enfermería, el 53% ($n = 108$) del personal no sanitario con formación universitaria y el 36% ($n = 481$) entre el personal no sanitario no universitario ($p < 0,001$). Por país, observamos que el 68% ($n = 1.084$) de los mexicanos lo conocen y el 66% ($n = 134$) de los cubanos, frente al 58% ($n = 1.411$) de los españoles y el 52% ($n = 85$) ($p < 0,001$) de los costarricenses, si bien este resultado está condicionado principalmente por el porcentaje de encuestados de las distintas categorías laborales por país. También se objetivan asociaciones significativas con el tipo de centro sanitario ($p < 0,001$), el tipo de servicio clínico ($p < 0,001$), el haber comentado el tema de la donación de órganos con la familia ($p < 0,001$) y la actitud de la pareja sobre el tema ($p < 0,001$). Se objetiva relación directa entre el conocer el concepto y la actitud hacia la donación de cadáver ($p < 0,001$).

Conclusiones: El conocimiento del concepto de ME entre el personal de centros sanitarios no es todo lo bueno que se debería esperar. Existen marcadas diferencias respecto a la categoría laboral, por lo que las campañas informativas, a diferencia de lo que se hace actualmente, deberían priorizarse en grupos laborales no sanitarios (auxiliares y no sanitarios) en vez de cómo se hace, en grupos de formación sanitaria (médicos y ATS). Mexicanos y cubanos muestran un mayor conocimiento del concepto de ME que los españoles.

P-324. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE ACTITUD HACIA LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS ENTRE LOS ADOLESCENTES

B. Febrero¹, A. Ríos¹, A. López-Navas¹, L. Martínez-Alarcón¹, J. Sánchez², D. Guzmán², P. Cascales¹, R. González¹, P. Ramírez¹ y P. Parrilla¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

²Asociación De Ayuda Al Enfermo Renal (ADAER), Murcia.

Introducción: El trasplante de órganos tiene su principal limitación en la escasez de órganos, por ello es fundamental la implicación poblacional para conseguir altas tasas de donación. En este sentido es fundamental desarrollar una actitud favorable hacia la misma entre los adolescentes, para aumentar el número de donantes en el futuro. Los objetivos de este trabajo son: 1. Analizar la actitud de los adolescentes (en edades comprendidas entre los 11-18 años) hacia la donación y el trasplante de órganos (DTO); y 2. Determinar las variables psicosociales que influyen en esta actitud.

Material y métodos: Se seleccionaron 10 centros de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), estratificados por localiza-

ción geográfica en el sudeste español. Se realizó una selección aleatoria de diferentes clases de 1º, 2º, 3º y 4º en cada centro. En dichas clases seleccionadas se aplicó el cuestionario a todos los alumnos. La actitud se valoró mediante un cuestionario validado de aspectos psicosociales sobre donación y trasplantes de órganos. La cumplimentación fue anónima y autoadministrada. Estadística: test de la t de Student y de Chi Cuadrado.

Resultados: El grado de cumplimentación del cuestionario fue del 99% (3.597 encuestados de 3.633 seleccionados). Se eliminaron 25 cuestionarios al no responder a la variable dependiente (actitud hacia la donación de órganos al morir) (n = 3.572). La actitud hacia la DTO es favorable en el 46% de los casos (n = 1.633), están indecisos un 43% (n = 1.543) y en contra un 11% (n = 396). Las variables psicosociales que tienen un efecto favorable sobre la donación son el sexo ($p < 0,001$); la edad ($p < 0,001$); la información positiva por diferentes fuentes de información ($p < 0,05$); el conocer a algún transplantado, donante, o recibir alguna charla sobre donación y trasplantes ($p < 0,001$); la actitud favorable de los padres y la pareja hacia la donación ($p < 0,001$); el comentar el tema con la familia y los amigos ($p < 0,001$); el realizar actividades prosociales ($p < 0,001$), el conocimiento del concepto de muerte encefálica ($p = 0,002$) y la actitud hacia la incineración y la autopsia del cuerpo tras el fallecimiento ($p < 0,001$) si fuera necesario.

Conclusiones: Los adolescentes presentan actualmente una peor sensibilización hacia la donación y el trasplante de la descrita hace una década en España. Dicha actitud está condicionada por múltiples factores psicosociales. Se hace prioritario aumentar la información y sensibilización de los adolescentes sobre la donación y el trasplante para evitar una disminución en las tasas de donación de órganos.

P-325. EL PROFESORADO ANTE LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN EDUCACIÓN SECUNDARIA DEL SUDESTE ESPAÑOL

B. Febrero¹, A. Ríos¹, A. López-Navas¹,
L. Martínez-Alarcón¹, J. Sánchez², D. Guzmán²,
P. Cascales¹, R. González¹, P. Ramírez¹ y P. Parrilla¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

²Asociación De Ayuda Al Enfermo Renal (ADAER), Murcia.

Introducción: La información sobre la donación de órganos es fundamental en los escolares para desarrollar una actitud favorable hacia la misma en el futuro. En este sentido, cobra gran importancia la actitud del profesorado con respecto a este tema. Los objetivos de este trabajo son: 1. Determinar la actitud de los profesores de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) hacia la donación de órganos; 2. Analizar las variables psicosociales que influyen en esta actitud; y 3. Su repercusión en el alumnado.

Material y métodos: Se realiza un estudio multicéntrico con muestreo aleatorio del profesorado de ESO de 10 centros educativos (n = 289) del sudeste español. La actitud hacia la donación de órganos se evalúa mediante un cuestionario validado de aspectos psicosociales sobre donación y trasplantes de órganos. La cumplimentación es anónima y autoadministrada. Estadística: test de la t de Student y de Chi Cuadrado.

Resultados: La actitud hacia la donación de órganos es favorable en el 74% de los casos (n = 214), están indecisos un 24% (n = 68) y en contra un 2% (n = 4). El 99% (n = 287) de los profesores encuestados refiere haber recibido algún tipo de información sobre donación y trasplante de órganos, si bien, sólo el 41%

(n = 117) considera que dicha información es buena o muy buena. El 7% (n = 20) indican que sus estudiantes les han solicitado información sobre donación y trasplante de órganos y hasta el 16% (n = 47) han proporcionado información sobre el tema a sus estudiantes. Un 55% (n = 154) piensa que un programa educativo sobre donación y trasplantes de órganos sería apropiado, considerando en un 71% (n = 200) que un colaborador de la Coordinación de Trasplantes debería ser el profesional más indicado para el desarrollo del programa.

Conclusiones: La actitud hacia la donación y trasplante de órganos del profesorado en el sudeste español es bastante favorable, si bien carecen en su mayoría de una información adecuada. La mitad de los profesores encuestados considera que un programa educativo sería apropiado, y sólo una pequeña parte de ellos han proporcionado información al alumnado.

P-326. INDICACIONES Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA PERITONITIS BILIAR TRAS RETIRADA DEL TUBO DE KEHR EN PACIENTE TRASPLANTADOS HEPÁTICOS (11 CASOS)

P. Cascales, P. Ramírez, R. González, A. Ríos,
I. Martínez Frutos, R. Robles, F. Sánchez Bueno,
J.A. Pons, M. Miras, J. Domingo y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Las complicaciones biliares continúan siendo el talón de Aquiles del trasplante hepático. Existe controversia con respecto a la utilización sistemática del tubo en T de Kehr tras la realización de la anastomosis biliar en el trasplante hepático. Cuando se utiliza, la retirada del mismo desencadena en ocasiones una fuga biliar de magnitud variable que puede llegar a precisar un nuevo tratamiento quirúrgico.

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia con el abordaje laparoscópico en los pacientes que desarrollan una peritonitis biliar tras la retirada del tubo de Kehr.

Material y métodos: Desde enero del 2000 hasta junio de 2009 hemos realizado en nuestro hospital 402 trasplantes hepáticos en 376 receptores. En 165 pacientes la anastomosis se tutorizó mediante la colocación de un tubo en T de Kehr. Se indicó la colocación de un tubo de Kehr cuando existía disparidad de calibre entre el colédoco del donante y receptor o no quedaban alineados adecuadamente tras la anastomosis. El tubo de Kehr se retiró en todos los casos entre el tercer y cuarto mes postrasplante. En 2 ocasiones, la retirada fue precoz por no tolerar el paciente el clampaje del mismo.

Resultados: Tras su retirada se desarrollaron 34 fugas biliares (21%), precisando 11 de ellas cirugía mediante abordaje laparoscópico para lavado y drenaje de la cavidad. La duración media de la intervención fue de $75,5 \pm 12,3$ minutos (60-95 minutos), sin complicaciones en ningún caso durante el procedimiento. No fue necesario convertir a laparotomía en ninguno de los pacientes intervenidos. La estancia media hospitalaria tras la intervención fue de $6,9 \pm 4,25$ días (4-18 días). No hubo mortalidad derivada del procedimiento. El tiempo medio de seguimiento ha sido de $34 \pm 21,47$ meses (7-72 meses). 2 pacientes han desarrollado una estenosis de la anastomosis biliar a los 11 y 9 meses de realizada la laparoscopia que precisó la realización de una hepaticoyeyunostomía.

Conclusiones: Defendemos el tratamiento conservador en las peritonitis biliares, con controles clínicos y ecográficos como primera opción. El abordaje laparoscópico con lavado y drenaje es un procedimiento que indicamos cuando no existe mejoría con el tratamiento conservador en las primeras 48 horas o aparecen signos precoces de peritonitis biliar.

P-327. DONANTES VIVOS. UNA BUENA OPCIÓN PARA RECEPTORES INFANTILES

I. Justo Alonso, O. Caso Maestro, I. Osorio Silla, F. Cambra Molero, S. Olivares Pizarro, J. Calvo Pulido, A. García-Sesma Pérez-Fuentes, A. Manrique Municio, M. Abradelo de Usera, C. Jiménez Romero y E. Moreno González

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: El problema de donantes limitados para infinidad de receptores, así como el aumento de la mortalidad en lista de espera, acarrea el intento de conseguir órganos a través de métodos no totalmente inocuos. Quizás el donante vivo de padres a hijos sea el más fácilmente asumible moral y éticamente. Nuestro objetivo es analizar nuestros resultados en los receptores infantiles de injerto hepático procedente donante vivo.

Material y métodos: Presentamos la serie histórica de 13 receptores menores de 15 años de entre 47 pacientes trasplantados hepáticos con injerto procedente de donante vivo, entre mayo de 1995 y julio de 2008, de entre 700 trasplantes hepáticos realizados en total.

Resultados: Presentamos 13 pacientes con una media de edad de 3,08 años, de los cuales 9 eran mujeres por 4 hombres. La etiología más frecuente que ha motivado el trasplante ha sido la agenesia de vías biliares 61,5%, seguida de criptogénica 15%. El número de complicaciones postrasplante se elevó hasta un 59,2% de las cuales destaca la estenosis de la anastomosis biliar como principal problema en un 46% de los casos. A pesar de ello sólo dos pacientes requirieron retrasplante por complicaciones de trombosis portal y arterial respectivamente. La supervivencia media de los pacientes ha sido de 2.572 días \pm 188, mientras que la supervivencia actuarial a 1,3 y 5 años ha sido del 92,3%, contrastando con la del adulto 85,3%, 82,4% y 76,3% $p = 0,20$. Sólo se presentó un fallecimiento por linfoma B. En cuanto a la supervivencia del órgano presentó una media de 2.175,77 \pm 300 días, y una supervivencia actuarial del 84,6%, 76,9% y 76,9% a 1,3 y 5 años respectivamente, mucho mejor que en adultos donde tenemos 67,6%, 61,8 y 55,9% respectivamente $p = 0,07$.

Conclusiones: El donante vivo es una excelente opción para el tratamiento de hepatopatías terminales en el niño, con mejores resultados que en el adulto.

P-328. PAPEL DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA HEPÁTICA (EPH)

A. Gil, M. Jiménez Garrido, J.L. Lucena de la Poza, L.E. Jiménez Alvira, F. Martínez Arrieta, M.D. Chaparro Cabezas, C. Jiménez Ceinos, N. Farhangmher Setayeshi, A. Pueyo Rabanal, M. Cea Soriano y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: La EPH es una enfermedad congénita autosómica dominante (AD), caracterizada por el crecimiento de múltiples quistes, variable en tamaño y número, que afecta a ambos lóbulos hepáticos. Muchos de estos casos se asocian a enfermedad poliquística renal, también de herencia AD. Es una rara enfermedad cuya incidencia es inferior al 0,01% y es más frecuente en mujeres. El 80% de estos pacientes están asintomáticos y los que son sintomáticos, lo son en función de su hepatomegalia incapacitante, que les impide una vida normal. El tratamiento quirúrgico, es un asunto controvertido y el trasplante hepático se indicará antes de que aparezcan síntomas como caquexia, desnutrición, infección del quiste, etc.

Material y métodos: Presentamos dos casos de poliquistosis hepática masiva sintomática que requirieron tratamiento quirúrgico mediante trasplante hepático. Caso 1: mujer de 55 años derivada a consulta de Trasplante Hepático por hepatomegalia secundaria a poliquistosis heporenal que le condiciona importante limitación de su calidad vida e insuficiencia renal crónica. A la exploración presenta gran hepatomegalia que alcanza fossa iliaca derecha y zona hipogástrica. En pruebas de imagen preoperatorias se aprecian innumerables quistes a nivel hepático y renal que condicionan abombamiento de pared abdominal anterior y desplazamiento de resto de órganos de la cavidad abdominal. Caso 2: mujer de 50 años valorada en nuestro servicio por hepatomegalia sintomática (dolor abdominal y dificultad para la alimentación) secundaria a poliquistosis hepática. La paciente había sido intervenida previamente realizándose fenestración de quistes hepáticos mediante laparoscopia sin presentar mejoría de la clínica. A la exploración presenta importante hepatomegalia nodular dolorosa a la palpación. En pruebas de imagen se aprecia hígado poliquístico de gran tamaño con estenosis por compresión a nivel de vena cava retrohepática. En ambos casos, debido a la importante sintomatología que condicionaba seriamente la vida de las pacientes, se decidió su inclusión en lista de espera para trasplante hepático.

Resultados: En ambos casos se realiza laparotomía subcostal bilateral, apreciándose hepatomegalia masiva secundaria a innumerables quistes hepáticos. Se realiza trasplante hepático ortotópico con injerto de donante cadáver isogrupo según técnica clásica sin incidencias reseñables. En el primer caso se asocia trasplante renal derecho isogrupo por parte del servicio de Urología. La inmunosupresión se realiza con tacrolimus y MMF, evolucionando ambas pacientes sin complicaciones en el postoperatorio. El informe anatopatológico definitivo en ambas casos se informó como pieza de hepatectomía con múltiples quistes tapizados por epitelio biliar plano o columnar compatible con EPH.

Conclusiones: Debido a su baja incidencia y evolución lenta, el algoritmo terapéutico de la EPH se encuentra todavía en debate y lejos de ser estandarizado. Se han propuesto varias alternativas en el tratamiento de esta patología: punción-aspiración percutánea, esclerosis, fenestración de quistes, hepatectomías parciales o el trasplante hepático. El trasplante hepático constituye una solución definitiva para pacientes seleccionados con hepatomegalia severa que causa importante limitación de la vida diaria, ya que la cirugía conservadora ofrecerá sólo una solución temporal, dificultando un posterior trasplante. El trasplante hepático por EPH representa el 0,5% del total de trasplantes.

P-329. EL ÁREA QUIRÚRGICA ANTE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DE CADÁVER. ESTUDIO MULTICÉNTRICO: ESPAÑA Y LATINOAMÉRICA

A. Ríos¹, A. López-Navas¹, M. Ayala-García², M. Sebastián³, A. Abdo-Cuza⁴, J. Alan⁵, L. Martínez-Alarcón¹, J. Suárez-López⁶, P. Ramírez¹ y P. Parrilla¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

²Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío y Universidad de Guanajuato, México. ³Coordinación de Trasplantes, UMAE Hospital de Especialidades

N.º 25 IMSS, Monterrey, México. ⁴Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas, Cuba. ⁵Universidad de Costa Rica, Costa Rica. ⁶Hospital Hermanos Ameijeiras, Cuba.

Introducción: El desarrollo de la inmunosupresión y el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica ha convertido al trasplante

en una opción terapéutica segura, siendo su principal limitación la falta de órganos. Los servicios quirúrgicos han sido claves en el desarrollo de esta terapéutica. El objetivo de este trabajo es analizar la aceptación de la donación de órganos de cadáver entre el personal hospitalario del área quirúrgica de centros hospitalarios de España y Latino-América.

Material y métodos: Del Estudio Colaborativo Internacional "Proyecto Donante, Murcia" se selecciona una muestra aleatoria y estratificada por servicios quirúrgicos y categoría laboral de doce hospitales, cuatro en España, cinco en México, dos en Cuba y uno en Costa Rica. La actitud se valoró mediante una encuesta validada en nuestro medio, cumplimentada de forma anónima y autoadministrada. Estadística: test de Chi cuadrado, t de Student y un análisis de regresión logística.

Resultados: Se ha entrevistado a 554 profesionales, de España 294, de México 202, de Cuba 41 y de Costa Rica 17. Están a favor de la donación de órganos de cadáver el 75% (n = 417) de los encuestados. Se objetivan diferencias en función de la nacionalidad, están a favor el 88% (n = 36) de los cubanos, el 85% (n = 171) de los mexicanos, el 82% (n = 14) de los costarricenses y el 67% (n = 196) de los españoles ($p < 0,001$). Por categoría laboral, el personal médico está más a favor de la donación de cadáver con un 87% (n = 149), el personal de enfermería (n = 182) y el personal no sanitario (n = 28) con un 74% respectivamente y los auxiliares de enfermería con un 59% (n = 58) ($p < 0,001$). Otros factores que influyen en la actitud hacia la donación de cadáver son: la edad (37 ± 10 años) ($p = 0,001$), el sexo varón ($p = 0,018$), tener una situación laboral no estable ($p = 0,009$), creer en la posibilidad de necesitar un trasplante en el futuro ($p = 0,036$), tener una actitud favorable hacia la donación de vivo ($p < 0,001$), estar a favor de la donación de órganos de un familiar ($p < 0,001$), haber comentado con la familia sobre la donación y el trasplante ($p < 0,001$), la actitud favorable de la pareja hacia el tema ($p < 0,001$), creer el encuestado que su religión está a favor de la donación y el trasplante ($p = 0,006$), no preocuparse la posible mutilación del cuerpo tras la donación ($p < 0,001$) y la no aceptación de la inhumación ($p < 0,001$).

Conclusiones: La actitud hacia la donación de órganos de cadáver de los profesionales del área quirúrgica de centros hospitalarios de España y Latinoamérica no es del todo lo favorable y presenta grandes diferencias según el país y la categoría laboral. Destaca una mejor aceptación entre los países Latino-Americanos, donde las tasas de donación de cadáver son menores, que entre las españolas.

P-330. INCIDENCIA DEL RECHAZO AGUDO TRAS LA RETIRADA DE LA INMUNOSUPRESIÓN EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

J.A. Pons, P. Ramírez, P. Cascales, R. González, A. Ríos, A. Bernabé, R. Robles, F. Sánchez Bueno y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: En base a experiencias clínicas descritas en la literatura, es posible alcanzar la tolerancia del injerto tras la retirada del tratamiento inmunosupresor en un grupo seleccionado de pacientes trasplantados hepáticos.

Objetivos: El objetivo de este estudio es el de evaluar la incidencia de rechazo agudo en un grupo de pacientes trasplantados hepáticos tras la retirada de la inmunosupresión.

Pacientes y métodos: Se seleccionaron 20 pacientes trasplantados hepáticos tratados mediante inmunosupresión con ciclosporina y esteroides (prednisona). 10 pacientes fueron seleccionados para ser incluidos en un protocolo de retirada progresiva de la inmunosupresión. En 6 pacientes se interrumpió el tratamiento inmunosupresor de forma brusca durante 1 mes por sepsis. Los restantes 4 pacientes decidieron de forma unilateral la suspensión del tratamiento inmunosupresor (incumplimiento). En los pacientes protocolizados se realizó un descenso en la dosis de ciclosporina y esteroides hasta su completa suspensión.

Resultados: De los 20 pacientes estudiados, 8 (40%) permanecieron sin tratamiento inmunosupresor una media de 40 ± 33 meses (10-108 meses). Se objetivó la presencia de rechazo moderado del injerto en 6 pacientes (30%) y otros 6 desarrollaron un infiltrado inflamatorio periportal, confirmados estos hallazgos histológicamente tras la realización de biopsia hepática de control en todos los casos. Se procedió a la reintroducción del tratamiento inmunosupresor en 8 de ellos y a la conversión a tacrolimus en los restantes 4. La aparición de rechazo o inflamación periportal tras la retirada de la inmunosupresión se asoció estadísticamente de forma significativa con una menor edad y con un intervalo de tiempo menor desde el trasplante con respecto al grupo que no lo desarrollaron (edad: $45,5 \pm 6$ vs $52,6 \pm 6$; $p < 0,01$), (tiempo en meses desde el trasplante: $21,2 \pm 5,3$ vs 49 ± 26 ; $p < 0,001$).

Conclusiones: La retirada de la inmunosupresión es una opción factible en un subgrupo seleccionados de pacientes trasplantados hepáticos. El rechazo agudo aparece en el 30% de los casos, resolviéndose mediante la reintroducción de la pauta previa de inmunosupresión basada en ciclosporina o reconversión a tacrolimus. No hubo pérdidas del injerto hepático en ningún paciente por este motivo.