



O-245 - LA VÍA RÁPIDA EN TRASPLANTE HEPÁTICO: RESULTADOS INICIALES DE UN PROGRAMA DE NUEVA IMPLANTACIÓN

G. Rodríguez Laiz, C. Alcázar López, P. Melgar Requena, M. Franco Campello, J. Navarro Martínez, F. Martínez Adsuar, S. Pascual Bartolomé, P. Mas Serrano, J. Irurzun López, S. Almanza López y F. Lluís Casajuana

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La vía rápida (del inglés fast-track) en cirugía consiste en un abordaje multimodal a la recuperación postoperatoria que maximiza el aprovechamiento de recursos, beneficiando al paciente de los múltiples avances en técnica quirúrgica, mantenimiento anestésico y de fluidos, extubación precoz y rehabilitación posquirúrgica desarrollados en las últimas décadas, permitiendo una corta estancia hospitalaria y menor morbilidad. Desde su aparición en cirugía cardíaca (Howard, 1995) y posterior aplicación en cirugía general (Wilmore, 2001) este concepto se ha extendido a cirugías complejas. En trasplante hepático aparece pronto (Plevak, 1997) pero su implantación ha sido modesta (Biancofiore, 2005, Glanemann, 2007). Según datos recientes -Carlos Haya, Málaga; Complejo Hospitalario Universitario, La Coruña; Hospital Alemán, Buenos Aires; Hospital Clínic, Barcelona (Amador, 2005); King's College, London (Foxton, 2010); Ontario, Canadá (Croome, 2013)- la estancia media en UCI postrasplante hepático oscila entre 2-8 días, y en planta de 10-30 días.

Objetivos: Aplicar el concepto de vía rápida en trasplante hepático a un programa de nueva implantación, con el fin de acortar el tiempo de recuperación del paciente y disminuir el coste del procedimiento, reduciendo además la morbilidad.

Métodos: Analizamos los 20 primeros trasplantes hepáticos realizados en el Hospital General Universitario de Alicante (septiembre 2012-abril 2013). Las características de los pacientes fueron: edad ($56 \pm 9,9$ años), sexo (16H/4M), MELD ($16 \pm 4,8$), etiología de la hepatopatía (alcohol-9, VHC-5, VHB-4, CBP-1, HGNA-1) con hepatocarcinoma en 11 pacientes. El manejo anestésico incluyó anestesia general balanceada, restricción hídrica, tromboelastometría y reversión de relajación muscular con sugammadex. A todos los pacientes se les preservó la Cava y se les hizo una derivación portocava temporal. El posoperatorio en UCI consistió en una retirada paulatina de vasopresores, fisioterapia respiratoria y comienzo de dieta oral. En planta, los pacientes deambularon desde su llegada. El uso de un modelo de estimación bayesiana de parámetros farmacocinéticos permitió un ajuste preciso de la inmunosupresión incluso antes de alcanzar el estado estacionario. Los criterios de alta hospitalaria incluyeron: tendencia a la normalización de las funciones hepática y renal, deambulación, mantenimiento del cuidado personal y adherencia estricta a las instrucciones para toma de medicación y seguimiento.

Resultados: La duración media del trasplante fue de 312 min (rango: 227-442). Sólo 4 pacientes

requirieron transfusión intraoperatoria. Todos los pacientes fueron extubados en quirófano inmediatamente tras el procedimiento (ninguno requirió reintubación). La mediana de estancia en UCI fue 24,2 horas (P₂₅₋₇₅: 15,9-34,7). La mediana de estancia hospitalaria postrasplante fue 5 días (P₂₅₋₇₅: 4-7,3 días). La morbilidad postoperatoria incluyó una trombosis de arteria hepática que precisó revascularización intervencionista y quirúrgica, un bilioma drenado percutáneamente, dos seromas y una infección de herida, una hemorragia digestiva alta (Dielafoy duodenal) y una trombosis de vena cefálica. Los reingresos fueron 5: tres por rechazo celular agudo a los 11, 3 y 2 días del alta (sólo uno requirió bolos de esteroides); otro por bilioma 20 días tras el alta; y el último por celulitis y síndrome hepatorenal al décimo día del alta.

Conclusiones: La vía rápida en trasplante hepático es factible incluso en programas de nueva implantación, facilitando el alta hospitalaria precoz sin comprometer la salud del paciente.