



O-162 - APLICABILIDAD DE *BECHMARKING* EN TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA

Sánchez Díaz, Alba; Sánchez Pérez, Belinda; Pérez Reyes, María; Pérez Rodríguez, Rosa; Santoyo Villalba, Julio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: Los *benchmarking* han surgido en la última década como herramienta para evaluar la excelencia de la práctica clínica y así poder comparar realmente los resultados entre hospitales. Estos, abordan las complicaciones principales del procedimiento, el curso perioperatorio y datos relacionados con la morbilidad del paciente. Su aplicación en el mundo del trasplante hepático es escasa pero su uso puede asegurarnos una asistencia de calidad.

Objetivos: Confirmar si cumplimos *bechmarking* (BchM) en los receptores de trasplante hepático que han recibido un injerto procedente de donación en asistolia Maastricht tipo III usando perfusión regional normotérmica (PRN).

Métodos: Estudio prospectivo que incluye los 75 receptores de TH, que han recibido un injerto en asistolia Maastricht III con PRN desde enero 2017 h-diciembre 2024. Se utilizaron como control, los BchM publicados por Schlegel para los receptores con donación en asistolia controlada (DAC): tiempo quirúrgico (TQ) ≤ 6,8 h, transfusión intraoperatoria (Tio) ≤ 3 U, uso de terapia renal sustitutiva (TRS) ≤ 9,6%, estancia UCI ≤ 3 días, estancia hospitalaria ≤ 16 día, fallo primario de injerto ≤ 2,5, sangrado posoperatorio ≤ 10,3%, complicaciones globales ≤ 76%, Clavien III ≤ 43%, estenosis biliar ≤ 28,4%, fístula biliar ≤ 8,3%, colangiopatía isquémica 16,8%, trombosis arterial ≤ 4,5%, pérdida de injerto ≤ 10,1%, trombosis arterial ≤ 4,1%, pérdida de injerto ≤ 4% y mortalidad ≤ 2%, retrasplante ≤ 5% y mortalidad ≤ 6,5%. Debido a que nuestro grupo usa PRN decidimos usar como control también los BchM usados para TH con donante cadavérico (DC) publicados por Muller: TQ ≤ 6 h, Tio ≤ 3 U, TRS ≤ 8%, estancia UCI # III 42%, complicaciones biliares ≤ 12%, trombosis arterial ≤ 4,1%, pérdida de Injerto ≤ 4% y mortalidad ≤ 2%.

Resultados: Observamos un cumplimiento de los BchM para los receptores con DC de un 75%, no alcanzando: Pérdida del injerto (BchM ≤ 4 vs. Estudio 6,8%), trombosis arterial (BchM ≤ 4,1 vs. Estudio 5,4%) y mortalidad (BchM ≤ 2 vs. Estudio 5,4%). Así mismo, presentamos un cumplimiento del 82,3% en el cumplimiento de los BchM para los receptores con DAC, no alcanzando: estancia en UCI (BchM ≤ 3 vs. Estudio 4 días), sangrado posoperatorio:(BchM ≤ 10,3 vs. Estudio 12,2%), trombosis arterial (BchM ≤ 4,5 vs. Estudio 5,4%, tabla). En los ítems no alcanzados estamos muy próximos al objetivo.

	BchM DC	BchM DAC	Estudio
T. Quirúrgico	6 h	6,8 h	6 h
Transfusión IO	3 unidades	3 unidades	2 unidades
TRS	8%	9,6%	8%
Est. UCI	4 días	3 días	4 días
Est. global	18 días	16 días	10 días
FPI		2,5%	1,3%
Sang.postop.		10,3%	12,2%
Est biliar PO		28,4%	1,4%
Fístula PO		8,3%	8,2%
Colang isquémica		16,8%	2,7%
Compl biliares	12%		9,6%
Trombosis arterial	4,1%	4,5%	5,4%
Pérdida injerto	4%	10,1%	6,8%
Retrasplante		5%	1,4%
Mortalidad	2%	6,5%	5,4%
Compl globales	80%	76%	75,7%
Clavien ≥ III	42%	43%	31,1%
Clavien I-II	69%	83%	45,8%
Cumplimiento	75%	82,3%	

Conclusiones: Tras los resultados obtenidos podemos decir que alcanzamos una asistencia de calidad en los trasplantes con donación en asistolia controlada con PRN. Además, nos han permitido poner el foco en pequeñas zonas de mejora. Los BchM nos permiten alcanzar la excelencia y hablar a todos en un mismo idioma a la hora de valorar la calidad asistencial.