



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**TRASPLANTE HEPATICO CONTRAINDICACIONES PARA EL INGRESO  
EN LISTA DE ESPERA EN PACIENTES EVALUADOS ESTUDIO A  
REALIZAR EN EL HOSPITAL LUIS VERNAZA DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO 2013 – AGOSTO 2015**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**

**CATHERINE ROXANA CORDOVA MOGRO**

**NOMBRE DEL TUTOR:**

**DR. JOSE LUIS RODRIGUEZ MATIAS**

**GUAYAQUIL-ECUADOR**

**2015 - 2016**



Dejo en constancia que el contenido de este trabajo de titulación, me corresponde exclusivamente, y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad de Guayaquil

*Catherine Roxana Córdova Mogro*



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA</b>	
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS</b>	
<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO: TRASPLANTE HEPATICO CONTRAINDICACIONES PARA EL INGRESO EN LISTA DE ESPERA EN PACIENTES EVALUADOS ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL LUIS VERNAZA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2013 – AGOSTO 2015</b>	
<b>AUTOR/ ES: CATHERINE ROXANA CORDOVA MOGRO</b>	<b>REVISORES: DR. JOSE LUIS RODRIGUEZ MATIAS</b>
<b>INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL</b>	<b>FACULTAD: DE MEDICINA</b>
<b>CARRERA: MEDICINA</b>	
<b>FECHA DE PUBLICACION:</b>	<b>Nº DE PÁGS:</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS: Unidad de Trasplante Hepático</b>	
<b>PALABRAS CLAVE: Trasplante Hepático, Contraindicaciones</b>	
<p><b>RESUMEN:</b> Introducción: El trasplante hepático se basa en un procedimiento médico-quirúrgico en el que se realiza la exéresis del hígado enfermo seguido por la colocación en el mismo lugar anatómico de un hígado sano procedente de un donante de órganos. Es un tratamiento altamente efectivo en pacientes con enfermedad hepática terminal y aquellos con falla hepática aguda cuando se ha agotado los recursos terapéuticos y cuando la esperanza de vida estimada al año sea inferior a la que se espera con el trasplante.</p> <p>En la actualidad el número de trasplantes no ha aumentado en forma significativa, pero el número de pacientes en lista de espera ha sufrido un aumento exponencial, ante la escasez de donantes se requiere optimizar y determinar las contraindicaciones que tienen los pacientes y en qué momento deben ser considerados para trasplante hepático.</p> <p>El presente estudio pretende determinar las contraindicaciones de trasplante hepático además definir cuáles son los más influenciados y con esto medir el riesgo beneficio de</p>	

la cirugía para así seleccionar de manera óptima los pacientes en los que el trasplante hepático representará un tratamiento eficaz y evitar que éste se convierta en un determinante en el acortamiento de la supervivencia del paciente y no una prolongación de vida.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo cuya muestra es de 107 pacientes sometidos a evaluación pre-trasplante en la Unidad de trasplante hepático en el Hospital Luis Vernaza.

Resultados: Entre los pacientes evaluados por el programa de trasplante hepático, se detalla que el 61% corresponden al sexo masculino, el 56% el rango de edad del receptor se encuentra entre 41 -59 años. De los pacientes evaluados el 39% resultaron no aptos para ingreso en la lista de espera de trasplante hepático. En cuanto a contraindicaciones absolutas para el ingreso en lista de espera de trasplante hepático, 46 % está representado por problemas sociales debido a adicción activa alcohol o drogas. En cuanto a contraindicaciones relativas para el ingreso en lista de espera de trasplante hepático, el 50% está representado por los pacientes mayores de 70 años

<b>N° DE REGISTRO (en base de datos):</b>		<b>N° DE CLASIFICACIÓN:</b>
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<b><u>SI</u></b>	<b>NO</b>
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> <b>0986787076</b>	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:Kikicordova1825@hotmail.com">Kikicordova1825@hotmail.com</a>
<b>CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL</b>	
	<b>Teléfono: 042284505</b>	
	<b>E-mail:</b>	



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde la Srta. Catherine Roxana Córdova Mogro, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de MEDICO.

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**SECRETARIA**

**ESCUELA DE MEDICINA**

## **CERTIFICADO DEL TUTOR**

En mi calidad de tutor del trabajo de titulación para optar el título de médico de la facultad de ciencias médicas.

### **CERTIFICO QUE:**

He dirigido y revisado el trabajo de titulación de grado presentada por LA SRTA. CATHERINE ROXANA CORDOVA MOGRO con C.I. 0920788346.

### **CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES:**

**“TRASPLANTE HEPATICO CONTRAINDICACIONES PARA EL INGRESO EN LISTA DE ESPERA EN PACIENTES EVALUADOS ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL LUIS VERNAZA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2013 – AGOSTO 2015”**

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

-----

**DR. JOSE LUIS RODRIGUEZ MATIAS**

**CIRUJANO GENERAL**

**DOCENTE DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

## **DEDICATORIA**

### **A mi madre Sra. Inés Mogro Sánchez**

Porque siempre respaldo mis decisiones guiándome para que pueda alcanzar mis metas propuestas, ese ser que junto a mi lucha por salir adelante sin importar los obstáculos que tengamos que enfrentar día a día, quien se esmera por dar lo mejor de sí misma

### **A mi hermana Sra., Erika Vasco Mogro**

Por ser el ejemplo de una hermana mayor de quien aprendí un sinnúmero de aciertos y cómo salir adelante en momentos difíciles enseñándome que juntas podemos lograrlo

### **A mis tías Sra. Vicky Gallegos, Jenny Mogro y Mariana Macías**

Por su preocupación constante a lo largo de este camino con ellas jamás me hizo falta una palabra de aliento o una motivación constante demostrándome que las mujeres son el motor que mueve al mundo

### **A mi abuelita Sra. María Antonieta Sánchez**

Por creer siempre en mí, porque de ella aprendí que cuando se quiere con el corazón algo vale la pena levantarse y luchar por ello

*CATHERINE ROXANA CORDOVA MOGRO*



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por haber depositado en mí su sabiduría, inteligencia y perseverancia para llevar a cabo este trabajo de titulación

A mi madre quien estuvo junto a mí en todo momento siendo mi soporte en toda mi carrera convirtiéndose en la luz motivadora que derrama fuerza y bienestar sobre mí

A mi familia a lo largo de mi carrera universitaria brindándome apoyo en cada momento de mi vida.

A mi tutor. Dr. José Luis Rodríguez por haberme transmitido sus conocimientos, experiencias y apoyo.

A mis mejores amigos y ahora colegas Dr. Andrés Barcia, Dra. Ángela Endara, Dra. Jenny Matías y Dr. Roberto Sánchez porque estos 7 años fueron difíciles pero gracias a ustedes sin duda los hicieron más llevaderos donde estén , vayan donde vayan sean los mejores, demuestren lo que saben y de que están hechos hemos tenido una formación increíble así que es hora de demostrarlo: lo logramos SOMOS MEDICOS

*CATHERINE ROXANA CORDOVA MOGRO*

## **RESUMEN**

**Introducción:** El trasplante hepático se basa en un procedimiento médico-quirúrgico en el que se realiza la exéresis del hígado enfermo seguido por la colocación en el mismo lugar anatómico de un hígado sano procedente de un donante de órganos. Es un tratamiento altamente efectivo en pacientes con enfermedad hepática terminal y aquellos con falla hepática

En la actualidad el número de trasplantes no ha aumentado en forma significativa, pero el número de pacientes en lista de espera ha sufrido un aumento exponencial, ante la escasez de donantes se requiere optimizar y determinar las contraindicaciones que tienen los pacientes y en qué momento deben ser considerados para trasplante hepático. El presente estudio pretende determinar las contraindicaciones de trasplante hepático además definir cuáles son los más influenciados y con esto medir el riesgo beneficio de la cirugía para así seleccionar de manera óptima los pacientes en los que el trasplante hepático representará un tratamiento eficaz y evitar que éste se convierta en un determinante en el acortamiento de la supervivencia del paciente y no una prolongación de vida.

**Materiales y métodos:** estudio retrospectivo cuya muestra es de 107 pacientes sometidos a evaluación pre-trasplante en la Unidad de trasplante hepático en el hospital Luis Vernaza

**Resultados:** Entre los pacientes evaluados por el programa de trasplante hepático, se detalla que el 61% corresponden al sexo masculino, el 56% el rango de edad del receptor se encuentra entre 41 -59 años. De los pacientes evaluados el 39% resultaron no aptos para ingreso en la lista de espera de trasplante hepático. En cuanto a contraindicaciones absolutas para el ingreso en lista de espera de trasplante hepático, 46% está representado por problemas sociales debido a adicción activa alcohol o drogas. En cuanto a contraindicaciones relativas para el ingreso en lista de espera de trasplante hepático, el 50% está representado por los pacientes mayores de 70 años

**PALABRAS CLAVES:** Trasplante Hepático, donante vivo, donante cadavérico.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Liver transplantation is based on a medical-surgical procedure in which the diseased liver resection followed by placement in the same anatomical site of a healthy liver from a donor organ is performed. It is a highly effective treatment for patients with end-stage liver disease and those with liver failure

At present the number of transplants has not increased significantly, but the number of patients on the waiting list has been an exponential increase, given the shortage of donors is required to optimize and determine contraindications for patients and at what point should be considered for liver transplantation. This study aims to determine the contraindications for liver transplantation define what are the most impressionable and with this measure the risk benefit of surgery in order to optimally select patients in which liver transplantation represent an effective treatment and prevent it from becoming a determining factor in the shortening of patient survival and not an extension of life

**Materials and Methods:** A retrospective study whose sample is 107 patients undergoing pre-transplant evaluation in liver transplant unit at the hospital Luis Vernaza

**Results:** Among the patients evaluated for liver transplantation program, detailed that 61% were males, 56% the age range of the receiver is between 41 -59 years. Of the patients evaluated 39% were not eligible for admission to the waiting list for liver transplantation. As for absolute contraindications for admission waiting list for liver transplantation, 46% is represented by social problems due to alcohol or drug addiction active. As for relative contraindications for admission waiting list for liver transplantation, 50% is represented by patients over 70 years

**KEY WORDS:** liver transplantation, living donor, cadaveric donor

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
CAPÍTULO I.....	2
1. EL PROBLEMA .....	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. JUSTIFICACIÓN .....	2
1.3. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA .....	3
1.5. OBJETIVOS.....	3
1.5.1. OBJETIVOS GENERAL .....	3
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	3
1.6. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION .....	3
1.7. VARIABLES .....	4
CAPITULO II .....	5
2. MARCO TEÓRICO .....	5
2.1. HISTORIA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO .....	5
2.2. INDICACIONES DEL TRASPLANTE HEPÁTICO .....	6
2.2.1 ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA NO COLESTASICA .....	7
2.2.2 ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA COLESTASICA .....	7
2.2.3 INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE.....	8
2.2.4 TUMORES HEPÁTICOS .....	9
2.2.5 ENFERMEDADES METABÓLICAS .....	10
2.2.6 MISCELANEAS .....	10
2.3 CONTRAINDICACIONES DEL TRASPLANTE .....	10
2.3.1 CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS DEL TRASPLANTE .....	11
2.3.2 CONTRAINDICACIONES RELATIVAS DEL TRASPLANTE.....	12
2.4. EVALUACIÓN DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO .....	13
2.5 INGRESO Y MORTALIDAD EN LISTA DE ESPERA .....	14
CAPITULO III.....	15
3. MATERIALES Y METODOS.....	15

<b>3.1. MATERIALES</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1.1. LUGAR DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1.2. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1.3. PERIODO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1.4. RECURSOS A EMPLEAR</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1.5. UNIVERSO</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA</b> .....	<b>16</b>
<b>3.2. OPERACIONALIZACIÓN</b> .....	<b>16</b>
<b>3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b> .....	<b>16</b>
<b>3.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:</b> .....	<b>16</b>
<b>3.2.3. VIABILIDAD</b> .....	<b>17</b>
<b>3.2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</b> .....	<b>18</b>
<b>3.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b> .....	<b>18</b>
<b>3.4. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES</b> .....	<b>18</b>
<b>CAPITULO IV</b> .....	<b>19</b>
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	<b>19</b>
<b>CAPITULO V</b> .....	<b>26</b>
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	<b>26</b>
<b>CAPITULO VI</b> .....	<b>27</b>
<b>6. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS</b> .....	<b>27</b>
<b>7. ANEXOS</b> .....	<b>28</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>29</b>

## INTRODUCCION

El trasplante hepático se basa en un procedimiento médico-quirúrgico en el que se realiza la exéresis del hígado enfermo seguido por la colocación en el mismo lugar anatómico de un hígado sano procedente de un donante de órganos. Su utilización está indicado en aquellas enfermedades hepáticas en las que no sea posible utilizar otras medidas terapéuticas, la supervivencia o la calidad de vida del paciente sea inferior a la esperable con el trasplante hepático, siempre que no existan contraindicaciones absolutas para el trasplante. De forma global, las indicaciones de trasplante hepático pueden distribuirse en cinco grupos: enfermedades hepáticas crónicas, insuficiencia hepática aguda grave, enfermedades metabólicas, tumores hepáticos y una miscelánea de otras enfermedades.

Se consideran contraindicaciones absolutas para el trasplante hepático aquellas situaciones que disminuyen las posibilidades de supervivencia o de recuperación funcional tras el mismo. Las principales contraindicaciones absolutas son de 5 tipos: La existencia de una neoplasia maligna, Las infecciones activas graves, Cualquier enfermedad extrahepática avanzada, La existencia de problemas anatómicos que impidan revascularizar el injerto como la trombosis y la existencia de una serie de razones sociales, como la falta de apoyo socio familiar, la adicción activa a drogas y alcohol

Las situaciones o enfermedades que reducen de forma moderada la supervivencia posterior al trasplante o lo dificultan, constituyen contraindicaciones relativas. La edad, diabetes, la obesidad, el tabaquismo, el antecedente de cardiopatía isquémica y la insuficiencia renal también aumentan la mortalidad.

Con este estudio determinaremos cuales son las contraindicaciones de trasplante hepático en paciente evaluados en el programa de trasplante hepático del Hospital Luis Vernaza en el periodo comprendido entre enero 2013 a agosto del 2015

# **CAPÍTULO I**

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El trasplante hepático actualmente es considerado la alternativa terapéutica para la enfermedad crónica progresiva en etapa terminal y falla hepática fulminante,

En la actualidad el número de trasplantes no ha aumentado en forma significativa, pero el número de pacientes en lista de espera ha sufrido un aumento exponencial, ante la escasez de donantes se requiere optimizar y determinar las contraindicaciones que tienen los pacientes y en qué momento deben ser considerados para trasplante hepático. Sin que se disponga de órganos suficientes para trasplantarlos, el tiempo estimado en la lista de espera se acerca a los 2 años, generando un aumento de la mortalidad de los pacientes en espera de un hígado por imposibilidad de llegar a trasplantarse.

### **1.2. JUSTIFICACIÓN**

El trasplante hepático es un tratamiento altamente efectivo en pacientes con enfermedad hepática terminal y aquellos con falla hepática aguda cuando se ha agotado los recursos terapéuticos y cuando la esperanza de vida estimada al año sea inferior a la que se espera con el trasplante.

Conocer las indicaciones, contraindicaciones, ingreso en lista de espera y la mortalidad permitirá mejorar las estrategias de manejo y detectar en qué momento debe ser considerado el paciente para trasplante hepático cuyo único fin es mejorar la tasa de supervivencia de estos pacientes.

El presente estudio pretende determinar las contraindicaciones de trasplante hepático más frecuentes para el ingreso en lista de espera en pacientes evaluados por el programa de trasplante hepático en el Hospital Luis Vernaza además definir cuáles son los más influenciados y con esto medir el riesgo beneficio de la cirugía para así seleccionar de manera óptima los pacientes en los que el trasplante hepático representará un

tratamiento eficaz y evitar que éste se convierta en un determinante en el acortamiento de la supervivencia del paciente y no una prolongación de vida.

### **1.3. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA**

El presente estudio se realizara en aquellos pacientes evaluados por las Unidas de trasplante hepático en el cual se confirma la indicación del trasplante, se descarta la existencia de contraindicaciones y se valoraran las comorbilidades

### **1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Establecer las contraindicaciones de trasplante hepático para el ingreso en lista de espera en pacientes evaluados del programa de trasplante hepático.

### **1.5. OBJETIVOS**

#### **1.5.1. OBJETIVOS GENERAL**

Determinar las contraindicaciones de trasplante hepático para el ingreso en lista de espera en pacientes evaluados del programa de trasplante hepático. Hospital Luis Vernaza. Enero 2013 – agosto 2015.

#### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Establecer la contraindicación de trasplante hepático más frecuente en pacientes evaluados.
- ❖ Describir las principales características socio-biodemográficas (edad, sexo) de los pacientes evaluados en la unidad de trasplante hepático.

### **1.6. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION**

La causa más frecuente de contraindicación de trasplante hepático en los pacientes evaluados en la Unidad de Trasplante hepático en el programa del Hospital Luis Vernaza se debe a problemas sociales debido a adicción activa alcohol o drogas



## **1.7. VARIABLES**

La investigación se realizara de acuerdo con las variables aplicadas:

### **A. Variable independiente:**

❖ Contraindicaciones

❖ Edad

❖ Sexo

### **B. Variable dependiente:**

❖ Trasplante Hepático

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

El trasplante hepático constituye hoy en día uno de los avances terapéuticos más importantes que se ha producido en hepatología en la última década, se convierte entonces en un tratamiento altamente efectivo en pacientes con enfermedad hepática terminal y aquellos con insuficiencia hepática aguda grave cuando se han agotado los recursos terapéuticos y cuando la esperanza de vida estimada al año sea inferior a la que se espera con el trasplante.

Se han realizado cerca de 100.000 trasplantes hepáticos en el mundo, en más de 200 centros distintos. La tasa promedio de supervivencia actuarial de pacientes a 1 y 5 años es aproximadamente 85% y 80% respectivamente. (Oksenberg, 2007)

El objetivo fundamental del trasplante hepático es extender y mejorar la calidad de vida generando una excelente reintegración a la sociedad. Su efectividad ha demostrado un aumento notable en el número de candidatos aceptados para trasplante y los resultados dependerán del tipo de patología hepática del receptor además del estado hemodinámico durante la operación

La principal limitación del trasplante hepático es la desproporción entre el número de órganos disponibles para trasplante y el número de pacientes en lista de espera. Este hecho crea una importante interrogante conocer si se están aplicando criterios de selección adecuados al momento de incluir a un paciente en lista de espera así como también si se gestiona una apropiada distribución y asignación de órganos

#### **2.1. HISTORIA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO**

Al inicio de la década de los cincuenta, se consideraba poco probable la idea de poder realizar un trasplante de hígado entre humanos. Jack Cannon en 1955 y Goodrich en 1956 publican las primeras tentativas de efectuar un trasplante pero la verdadera historia empieza en los años sesenta

El 1 de marzo de 1963 Starzl realiza el primer intento de trasplante hepático en un humano. En sus propias palabras: “la operación se inició en un clima de confianza y acaba en tragedia”. El trasplante se realizó a un niño de 3 años con diagnóstico de

atresia de vías biliares desafortunadamente al cabo de 5 horas el paciente fallece por problemas de hemostasia. (Montero & Vicente, 2006) Posterior a eso Starzl realizó tres trasplantes más pero sin encontrar éxito alguno debido a que ningún receptor logró sobrevivir más de doce meses posteriores a la intervención

Entre la década de los sesenta y setenta se realizó múltiples intentos de trasplantes hepáticos con resultados paupérrimos dejando una tasa de supervivencia anual menor a la del 30% comprobándose que el principal inconveniente del trasplante se originaba por el corto periodo de tiempo que el hígado toleraba la isquemia (Montero & Vicente, 2006)/. En la década de los ochenta con el inicio del uso de las ciclosporinas los resultados mejoraron de forma evidente y en junio de 1983 se realizó una conferencia de consenso en Bethesda declarando al trasplante hepático como herramienta de utilidad terapéutica ascendiendo la tasa de supervivencia anual de 30 a 70%

En los últimos años se ha constatado un incremento en el número de trasplantes hepáticos alcanzando una cifra aproximada de 1.000 trasplantes anuales con una tasa de supervivencia en Estados Unidos de 87% al año del trasplante, del 79% a los tres años y del 73% a los 5 años en pacientes trasplantados (Herrero & Pardo, 2006)

En el Ecuador desde que se aprobó al trasplante hepático como variedad terapéutica, la unidad de trasplante del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito y del Hospital Luis Vernaza en Guayaquil son hasta el momento las únicas entidades habilitadas para realizar este procedimiento. Desde el 2009 hasta el 2014 se han realizado 96 trasplantes hepáticos con donante cadavérico y 2 trasplantes con donante vivo. Del total de trasplantes hepáticos realizados en el país existen 16 pacientes fallecidos lo que representa en conjunto una mortalidad del 22% (INDOT, 2014)

## **2.2. INDICACIONES DEL TRASPLANTE HEPÁTICO**

El trasplante hepático se basa en un procedimiento médico-quirúrgico en el que se realiza la exéresis del hígado enfermo seguido por la colocación en el mismo lugar anatómico de un hígado sano procedente de un donante de órganos (Clemente & Conde, 1995)

El trasplante de hígado está indicado en enfermedades hepática crónica descompensada y en falla hepática fulminante. Debido a que la lista de enfermedades en las que se requiere realizar como tratamiento un trasplante es extensa se han distribuido en 5 categorías: enfermedad hepática crónica, insuficiencia hepática aguda grave, enfermedades metabólicas, tumores hepáticos y una miscelánea de otras enfermedades (Herrero & Pardo, 2006)

### **2.2.1 ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA NO COLESTASICA**

La principal causa de trasplante hepático es la cirrosis de origen no biliar teniendo como etiología más frecuente el alcohol y la infección por VHC. La indicación de trasplante hepático está determinada por la presencia de un daño hepático crónico avanzado, con un puntaje de Child-Pugh mayor o igual a 7 o un puntaje MELD mayor o igual a 15 puntos o la conjunta aparición de complicaciones asociadas a mal pronóstico como ascitis de difícil manejo o refractaria al tratamiento médico; encefalopatía hepática crónica o recurrente; peritonitis bacteriana espontánea; síndrome hepato-renal, síndrome hepatopulmonar, hemorragia digestiva alta de origen portal (Hepp & Zapata, 2008)

La principal problemática que aqueja a los pacientes post-trasplante es la recaída en el alcohol aunque este no induce a la reaparición de enfermedad hepática sí genera un incumplimiento del tratamiento médico. Para evitar este inconveniente se recomienda abstinencia de al menos 6 meses más un informe psiquiátrico favorable acerca de la dependencia hacia el alcohol. Por lo contrario en aquellos pacientes con infección por VHC la complicación a largo plazo más frecuente posterior al trasplante es la reinfección del injerto por el virus. Los resultados en el grupo de pacientes con cirrosis hepática son excelentes, con una supervivencia a los 5 años superior al 70%. (Serrano & Lorente)

### **2.2.2 ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA COLESTASICA**

En el caso de las cirrosis de origen biliar colestasica tiene como etiología más frecuente a la cirrosis biliar primaria y a la colangitis esclerosaste primaria. Ambas enfermedades tienen en general resultados excelentes con supervivencias entre el 70% y el 80% a los 5

años del trasplante (Serrano & Lorente). La supervivencia dependerá del momento adecuado para realizar el trasplante hepático y para esto nos valemos de modelos pronósticos que facilitan esta decisión.

En la cirrosis biliar primaria el modelo que se emplea es el de la Clínica Mayo que permiten predecir la mortalidad, se define la necesidad de trasplante cuando se calcula el Child ajustado para enfermedad colestásica y es mayor o igual a 7.5; Bilirrubina mayor de 6 mg/dl., presencia de complicaciones tales como prurito intratable e invalidante, osteopenia grave, ascitis de difícil manejo o refractaria a tratamiento médico, encefalopatía hepática crónica y/o recurrente, peritonitis bacteriana espontánea, hemorragia digestiva alta de origen portal o hemorragia recurrente. (Oksenberg, 2007)

En los pacientes con colangitis esclerosante se considera para trasplante cuando su puntaje de Child ajustado para enfermedad colestásica es igual a 7 o superior; cuando presenta prurito intratable; en caso de colangitis recurrente, que no se puedan solucionar con tratamiento médico o quirúrgico; o cuando presenta hemorragias recurrentes secundarias a hipertensión portal (Gadano, 2007)

### **2.2.3 INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE**

La insuficiencia hepática aguda grave es una enfermedad rápidamente progresiva que suele presentarse con una alteración en las funciones hepáticas en la que se produce una coagulopatía grave y se acompaña de encefalopatía hepática. Para ser considerada como tal debe presentarse en sujetos sin daño hepático previo y la insuficiencia hepática debe aparecer en los primeros tres meses desde el inicio de los síntomas. (Prieto, Clemente, & Casafont, 2003)

En cuanto a la etiología de la insuficiencia hepática aguda grave en países desarrollados la causa más frecuente es el daño hepático inducido por fármacos entre ellos por paracetamol mientras que en países en vías de desarrollo la principal causa son las infecciones virales por hepatitis A B E. (Aguirre & Torre, 2014)

La respuesta positiva del trasplante está determinada por la detección temprana de la insuficiencia hepática, se recomienda que todo paciente con una enfermedad hepática aguda en el que se demuestre que tenga un índice de protrombina menor del 50% y/o

encefalopatía hepática deba ser remitido a un centro de trasplante hepático. (Herrero & Pardo, 2006)

El reto principal durante las primeras horas de evaluación es identificar a los pacientes que requerirán trasplante, para ello los criterios del Hospital King's College s han sido de gran utilidad

**CRITERIOS DEL KING'S COLLEGE • POR PARACETAMOL** - PH < de 7.3 (independiente del grado de encefalopatía). - INR > de 6.5 y creatinina en plasma > de 3.4 mg/ dl, si hay encefalopatía III-IV. • **DE CAUSA DISTINTA AL PARACETAMOL** - INR > de 6.5 - Tres o más de los siguientes criterios: 1. Etiología: NoANoB, indeterminada, halotano o por reacción idiosincrásica a fármacos. 2. Edad: < de 10 o > 40 años. 3. Intervalo entre inicio de ictericia y aparición de encefalopatía mayor de 7 días. 4. INR > 3.5 5. Bilirrubina plasmática > 17.6 mg/dl (Oksenberg, 2007)

En la actualidad el Trasplante hepático es el tratamiento de elección en la insuficiencia hepática aguda grave cuando reúne criterios de indicación de trasplante mejorando la supervivencia hasta el 60% al año. Se debe tener en consideración que esta disminución de la tasa de supervivencia en relación a otras indicaciones se debe principalmente a que la enfermedad progresa rápidamente, las malas condiciones en las que el paciente llega al trasplante y en el último de los casos debido a la urgencia del proceso se emplean órganos con incompatibilidad de grupo (Serrano & Lorente)

#### **2.2.4 TUMORES HEPÁTICOS**

Entre los tumores de hígado, es el hepatocarcinoma la indicación más frecuente de trasplante. Consiste en un tumor multicentrico y en el que 70% de los casos guarda relación con pacientes con diagnóstico de cirrosis, lo que limita la posibilidad de resección hepática. Los criterios de Milán se emplean para aceptar a pacientes con tumores hepáticos como candidato al trasplante cumpliendo los siguientes criterios: un nódulo tumoral de menos de 5 centímetros de diámetro o 2-3 nódulos menores de 3 centímetros (Oksenberg, 2007)

El trasplante hepático se convierte en una excelente opción terapéutica. La tasa de supervivencia posttrasplante es de 75% a los 5 años y las tasas de recidiva tumoral aproximadamente del 10% en pacientes bien seleccionados. Se excluye el trasplante

cuando el tumor es multicentrico, existe extensión extra hepática o invasión vascular. (Serrano & Lorente)

### **2.2.5 ENFERMEDADES METABÓLICAS**

Entre las enfermedades metabólicas en las que se emplea el trasplante hepático como medida terapéutica tenemos la enfermedad de Wilson, el déficit de alfa 1 antitripsina y la hemocromatosis. Son un conjunto de enfermedades que se presentan como insuficiencia hepática aguda o hepatopatía crónica por ende tendrá las mismas indicaciones de las hepatopatías crónicas o falla hepática aguda fulminante. (Oksenberg, 2007)

Existe otro grupo de enfermedades metabólicas en las que el hígado es el causante del daño que se genera en otros órganos, es el caso de las enfermedades como la hiperoxaluria, la polineuropatía amiloidótica familiar o los trastornos del ciclo de la urea o de los aminoácidos ramificados. Para la indicación del trasplante en estas patologías se debe tener en cuenta si existe daño en otros órganos. (Herrero & Pardo, 2006)

### **2.2.6 MISCELANEAS**

Dentro de la categoría miscelánea se encuentran como indicación de trasplante hepático el síndrome de Budd-Chiari, la poliquistosis hepática y el retrasplante hepático esta último se realiza debido al fallo del injerto, trombosis de la arteria hepática, rechazo crónico o recidiva de la enfermedad que motivó al trasplante (Herrero & Pardo, 2006)

## **2.3 CONTRAINDICACIONES DEL TRASPLANTE**

La indicación de trasplante hepático únicamente debe proponerse en pacientes en los que exista una posibilidad de obtener una supervivencia prolongada posterior a la operación.

De forma general se considera contraindicación absoluta aquellas situaciones que impiden la realización del trasplante hepático o que disminuyen de forma significativa la posibilidad de supervivencia después del mismo.

Las contraindicaciones relativas por si mismas no contraindican un trasplante hepático, pero pueden disminuir la calidad de resultados, se considera que la suma de varias

contraindicaciones relativas constituye una contraindicación absoluta y generar una tasa de supervivencia baja post-trasplante. (Prieto, Clemente, & Casafont, 2003)

### **2.3.1 CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS DEL TRASPLANTE**

Las principales contraindicaciones absolutas para el trasplante hepático son de 5 tipos

#### **2.3.1.1. Neoplasias malignas**

El trasplante hepático debe realizarse en tumores malignos siempre y cuando el riesgo de recidiva tumoral después del trasplante sea bajo, el colangiocarcinoma y angiosarcoma suponen una contraindicación absoluta debido a la elevada tasa de recidiva tras trasplante

En pacientes con antecedentes de neoplasia maligna no hepática está contraindicado el trasplante hepático hasta que haya un reporte oncológico previo en el que exista remisión completa de la enfermedad. Como norma general en pacientes con antecedentes oncológicos exceptuando el carcinoma epidermoide de piel debido a que por su buen pronóstico no necesitan tiempo de espera, se aconseja un periodo libre sin recidiva neoplásica de al menos 2 años hasta la realización del trasplante hepático (Prieto, Clemente, & Casafont, 2003)

#### **2.3.1.2. Infecciones**

Pacientes que posean infecciones mal controladas contraindican de manera absoluta el trasplante hepático debido al empeoramiento que podría sufrir su estado clínico con el tratamiento inmunosupresor. El uso de inmunosupresión es necesaria para evitar el rechazo del injerto ésta desencadena una alteración de los mecanismos de defensa del paciente que al enfrentarse con una infección activa durante el trasplante puede asociarse a sepsis y muerte. (Zapata, 2010)

En la década de los 90 la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) era considerada una contraindicación absoluta por el número de defunciones que se tenían durante el primer año del trasplante por la creencia que la inmunosupresión asociada al trasplante pudiera acelerar la progresión a SIDA. Con la aparición de los antirretrovirales se ha mejorado la esperanza de vida en pacientes portadores de VIH lo



que ha hecho replantearse la indicación de trasplante en estos pacientes (Serrano & Lorente)

#### **2.3.1.3. Enfermedad extrahepática**

Aquellas enfermedades extrahepáticas graves que no mejoren con el trasplante hepático representan una contraindicación absoluta. Dentro de este grupo tenemos al síndrome hepatopulmonar avanzado con hipoxemia grave  $pO_2 < 50$  mmHg o la hipertensión pulmonar grave con presión arterial pulmonar media  $> 45$  mmHg se consideran contraindicaciones de trasplante por la elevada mortalidad que representa tanto en el intra como en el postoperatorio. En los pacientes con insuficiencia hepática aguda grave, el edema cerebral incontrolable o el fallo multiorgánico, también suponen una contraindicación. (Herrero & Pardo, 2006)

#### **2.3.1.4. Problemas técnicos**

La existencia de problemas anatómicos que impidan una correcta revascularización del injerto, como la trombosis de la vena porta o la hipoplasia esplenoportomesentérica extensa, suponen una contraindicación absoluta para el trasplante. La recomendación en este tipo de pacientes es un estudio angiográfico que limite la extensión de la trombosis (Prieto, Clemente, & Casafont, 2003)

#### **2.3.1.5. Problemas sociales**

Dentro de los problemas sociales se considera contraindicaciones absolutas de trasplante la adicción a drogas y alcohol, presencia de enfermedades mentales y la falta de apoyo socio-familiar el cual se considera un pilar fundamental ya que sin éste puede comprometerse el resultado del tratamiento (Gevara, 2005)

### **2.3.2 CONTRAINDICACIONES RELATIVAS DEL TRASPLANTE**

Una de estas contraindicaciones es la edad aunque no existe un límite de edad específico se toma como referencia 65 años debido a que a mayor edad se prevé menor supervivencia a largo plazo, debido a la probabilidad que existe de mortalidad por el desarrollo de neoplasias, la diabetes, la obesidad, el tabaquismo, el antecedente de cardiopatía isquémica y la insuficiencia renal. Si se alcanzan grados importantes de

alguno de ellos, como en la obesidad mórbida o en la insuficiencia renal avanzada puede alcanzarse una contraindicación absoluta. (santos, 2011)

Dentro de las contraindicaciones relativas relevantes tenemos insuficiencia renal crónica avanzada., peritonitis bacteriana espontánea o colangitis con < 48 hrs de tratamiento, portador VIH, enfermedad psiquiátrica grave o retardo mental severo.

#### **2.4. EVALUACIÓN DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO**

Para valorar a un paciente que será candidato a trasplante hepático se reconocen tres fases: En la primera fase, se confirma la indicación del trasplante, en la segunda fase, se descarta la existencia de contraindicaciones y en la tercera fase se valoran las comorbilidades

Al comprobar la indicación del trasplante se valora el perfil hepático, estudios por imágenes para valorar la vascularización hepática y la vía biliar y en pacientes con neoplasias, estudios de extensión de la neoplasia. Para descartar contraindicaciones se valoran la función renal, cardíaca y respiratoria, se realizan serologías virales (VIH, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr), y valoración psiquiátrica en pacientes con antecedente de alcoholismo y drogadicción. Por último, se valora la existencia de comorbilidades que puedan empeorar tras la inmunosupresión necesaria debido al trasplante. (Herrero & Pardo, 2006)

La evaluación pretrasplante consiste en la selección óptima del paciente que será incluido en lista de espera y de esta manera perfeccionar los resultados de un procedimiento limitado por la escasez de órganos

El paciente candidato a trasplante hepático está determinado por la presencia de un daño hepático crónico avanzado, con un puntaje de Child-Pugh mayor o igual a 7 o un puntaje MELD mayor o igual a 15 puntos. La clasificación de Child-Pugh se utiliza para valorar la necesidad de trasplante y de entrada en la lista de espera de los pacientes con enfermedad hepática crónica mientras que la escala de Meld se emplea priorizar a los pacientes en lista de espera para trasplante hepático (Gonzalez & Miyara, 2007)

## **2.5 INGRESO Y MORTALIDAD EN LISTA DE ESPERA**

El ingreso a lista de espera se realiza luego de cumplirse la evaluación pretrasplante y no presentar ninguna contraindicación. La priorización en lista de espera se determina por el puntaje de MELD. El MELD es un modelo matemático que incluye 3 variables: creatinina, bilirrubina, razón internacional normatizada (RIN), el cual da un puntaje que predice la mortalidad a 3 meses, interpretándose como a mayor puntaje mayor riesgo a fallecer a corto plazo y por tanto priorización para el trasplante.

Se ha demostrado el aumento de la mortalidad en pacientes trasplantados con MELD <15, por lo tanto trasplantar a receptores con MELD >15 es lo aceptable y recomendable. (Calleja, 2012)

Sin embargo existen ciertas excepciones para priorización por el sistema MELD, entidades donde el MELD no refleja adecuadamente la severidad de la enfermedad hepática, como la Polineuropatíaamiloidótica familiar, síndrome hepato-pulmonar, hepatocarcinoma que cumplen los criterios de Milán, síndrome de Budd-Chiari, enfermedad poliquística hepática, hiperoxaluria primaria, fibrosis quística, tumores metastásicos neuroendocrinos, hemangioendotelioma, los cuales son evaluados por un comité de expertos y cumpliendo criterios establecidos podrán asignar un puntaje de MELD adicional, para disminuir el tiempo de espera en lista.

La mortalidad en lista de espera reportada en los mejores centros que realizan gran números de trasplante esta alrededor del 10 al 20%. (Fraga & barrera, 2008)

## **CAPITULO III**

### **3. MATERIALES Y METODOS**

#### **3.1. MATERIALES**

##### **3.1.1. LUGAR DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio se realizara la Unidad de Trasplante Hepático en el Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil ubicado en Loja N° 700 y Escobedo.

##### **3.1.2. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO**

El Cantón Guayaquil pertenece políticamente a la provincia del Guayas, situado en la cuenca baja del rio guayas. Localizada en el margen derecho del rio Guayas y el estero Salado, por el sur con el embocadura de la puntilla de Guayaquil que llega hasta la isla Puna. Parte noroeste de América del Sur con clima tropical, una temperatura promedio de 30 grados centígrados, el Cantón Guayaquil está compuesto por 16 Parroquias Urbanas y 5 Parroquias Rurales. La población actual es de 2'039.000 habitantes.

##### **3.1.3. PERIODO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se realizara desde enero 2013- agosto 2015.

##### **3.1.4. RECURSOS A EMPLEAR**

###### **3.1.4.1. Recursos humanos**

- Investigador
- Tutor
- Pacientes

###### **3.1.4.2. Recursos físicos**

- Computadora
- Impresora
- Historia Clínica
- Hojas de papel bond

### 3.1.5. UNIVERSO

Se estudiarán todos los pacientes que fueron evaluados por la Unidad de Trasplante Hepático del hospital Luis Vernaza en el periodo 2013 al 2015.

### 3.1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estará constituida por todos los pacientes evaluados por la Unidad de Trasplante Hepático en el periodo 2013-2015. No se muestrearán porque se utilizará como sujetos de estudio a toda la población.

## 3.2. OPERACIONALIZACIÓN

Instrumentos a utilizar: las historias clínicas de los pacientes que fueron realizadas por los médicos en la fecha que se atendió al paciente y cubren los aspectos de filiación, clínicos, diagnóstico.

### 3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, no experimental y de corte transversal realizado mediante la observación indirecta de datos clínicos recolectados, en el período comprendido de 01 de enero de 2013 al 31 de agosto del 2015.

### 3.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA
TRASPLANTE HEPÁTICO	Es un procedimiento que consiste en extraer el hígado enfermo y la colocación de uno en sano o de mejor condición	Escala de MELD  Escala de child-pugh	Valor mortalidad3m >40 71.3% 30-39 52.6% 20-29 19.6% 10-19 6.0% <9 1. 9%  CHILD A: 5-6 puntos CHILD B: 7-8 puntos C: 10-15 puntos

CONTRAINDICACION	LAS CONTRAINDICACIONES SON AQUELLAS CAUSAS POR LA QUE NO SE PUEDE REALIZAR ESTE MÉTODO QUIRÚRGICO A LOS PACIENTES EVALUADOS, POR SU SEGURIDAD Y NO EXISTA FUTURAS COMPLICACIONES Y RIESGO EN SU SALUD	Enfermedad por vih Portador de VIH Enfermedad psiquiátrica grave Hipertensión pulmonar grave Insuficiencia renal crónica Edad mayor de 70 años Insuficiencia renal crónica	SI O NO
EDAD	TIEMPO QUE HA TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO DE LA PERSONA	14-60	CUANTITATIVA CONTINUA
GENERO	VARIABLE BIOLÓGICA Y GENÉTICA QUE DIVIDE A LAS PERSONAS EN HOMBRE Y MUJER	A. MASCULINO B. FEMENINO	CUALITATIVA DICOTÓMICA

### 3.2.3. VIABILIDAD

El estudio ha despertado el interés de las autoridades de la Unidad de Trasplante hepático, comprometiendo su ayuda y apoyo, haciendo posible el acceso a los reportes y registro del servicio.

### **3.2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.2.4.1. Criterios de Inclusión**

Todos los pacientes evaluados en el programa de trasplante hepático del Hospital Luis Vernaza en el periodo comprendido entre enero 2013 a agosto del 2015, con el diagnóstico de enfermedad hepática crónica, avanzada, descompensada o terminal.

#### **3.2.4.2. Criterios de exclusión**

Pacientes que tengan historias clínicas incompletas.

### **3.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Los datos serán procesados y analizados mediante Excel Windows 2010, además de implementarse SERVINTE que es un sistema de información de salud, instalado en el hospital, se lo usara para hallar mayor información acerca del universo de pacientes. Con el fin de buscar las contraindicaciones del trasplante hepático para el ingreso en lista de espera en pacientes evaluados en la Unidad de Trasplante Hepático.

### **3.4. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

En nuestro país son muchos los artículos nombrados en la constitución y nos basaremos en el artículo 32 que menciona lo siguiente:

“La salud es un derecho que garantiza el estado cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos entre ellos derecho a la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

Debemos considerar el principio de justicia “todas las personas merecen la misma consideración y respeto, nadie debe ser discrimina por sus razas, sexo, edad, sexo, ideas, creencias y posición social”.

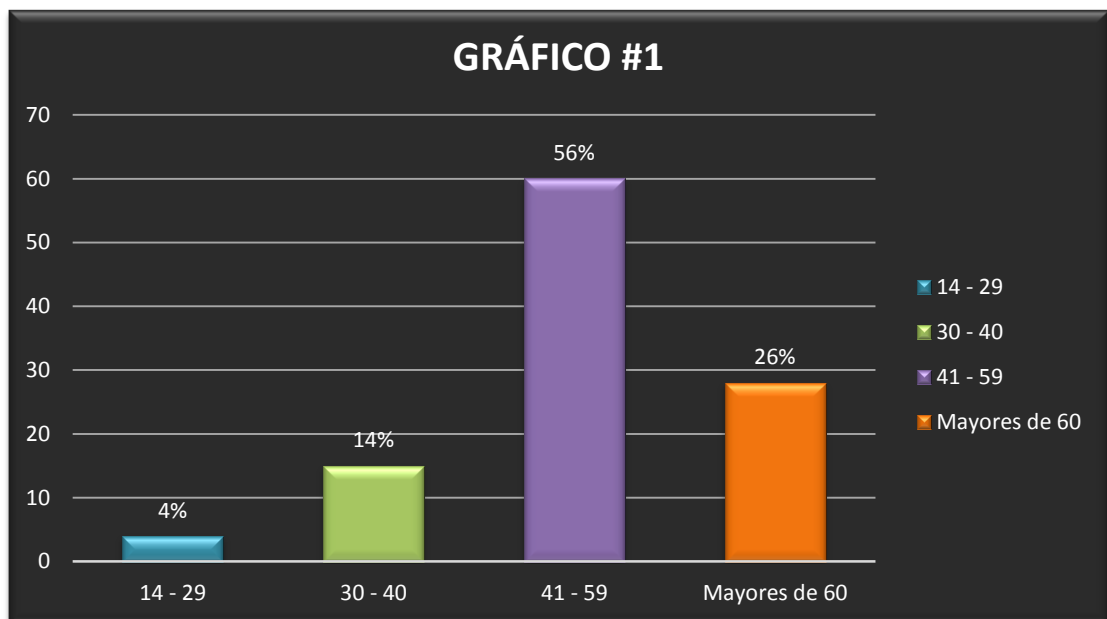
## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 RESULTADOS

##### 1.- DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRUPO ETARIO: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Edad	Variables	Porcentaje
14 – 29	4	4%
30 – 40	15	14%
41 – 59	60	56%
Mayores de 60	28	26%
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>



Fuente: Hospital Luis Vernaza

Autora: Catherine Córdova Mogro

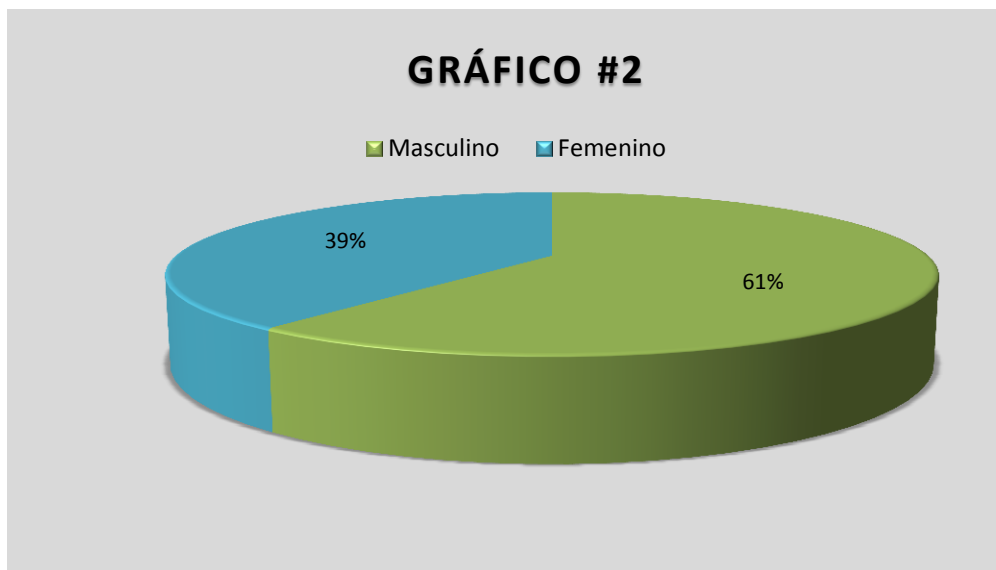
El gráfico señala aquellos pacientes del Hospital Luis Vernaza, los cuales están en lista de espera de trasplante hepático, de acuerdo al grupo etario representado por el 56% el rango de edad entre 41-59 años, el 26% corresponden a los mayores de 60 años, el 18% restantes lo constituyen los pacientes menores de 40 años. Se debe de mencionar que de



acuerdo a la sociedad latinoamericana de gastroenterología, señala que “los límites de edad del receptor se han ido extendiendo sucesivamente en las últimas décadas con buenos resultados de supervivencia postrasplante”. (Zapata, 2010)

## 2.- DE ACUERDO AL SEXO: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Sexo	Frecuencia	Promedio
Masculino	65	61%
Femenino	42	39%
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>



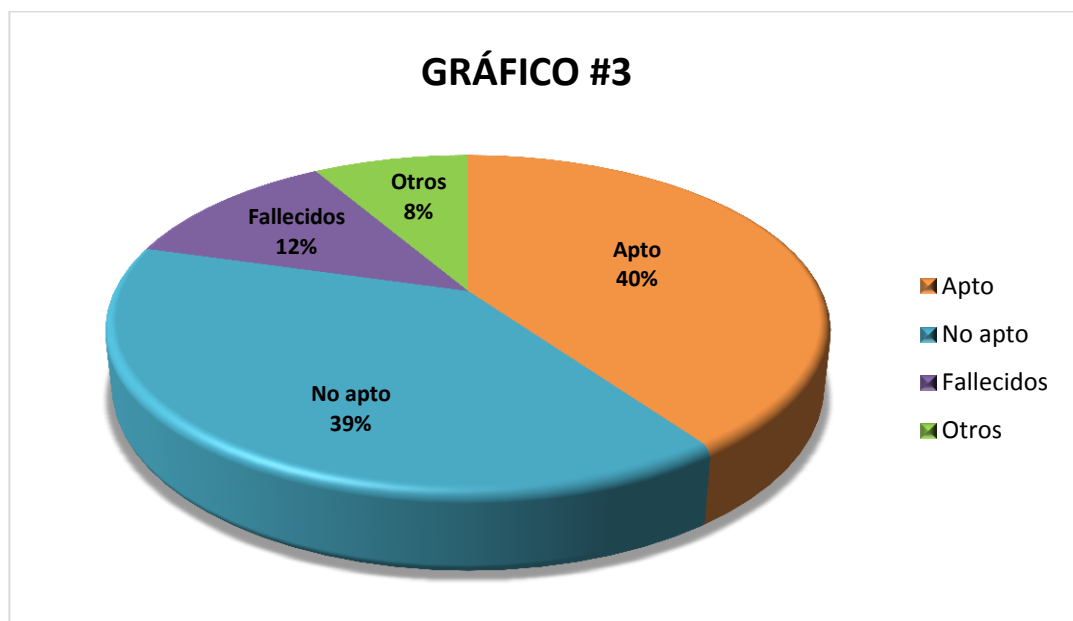
Fuente: Hospital Luis Vernaza

Autora: Catherine Córdova Mogro

De acuerdo al cuadro estadístico revela que la distribución según el sexo de pacientes en lista de espera de trasplante hepático corresponde al 61% de pacientes de sexo masculino, mientras que los 39% restantes está representado por el sexo femenino.

### 3.- PACIENTES APTOS PARA INGRESO EN LISTA DE ESPERA: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Apto	43	40%
No apto	42	39%
Fallecidos	13	12%
Otros	9	8%
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>



Fuente: Hospital Luis Vernaza

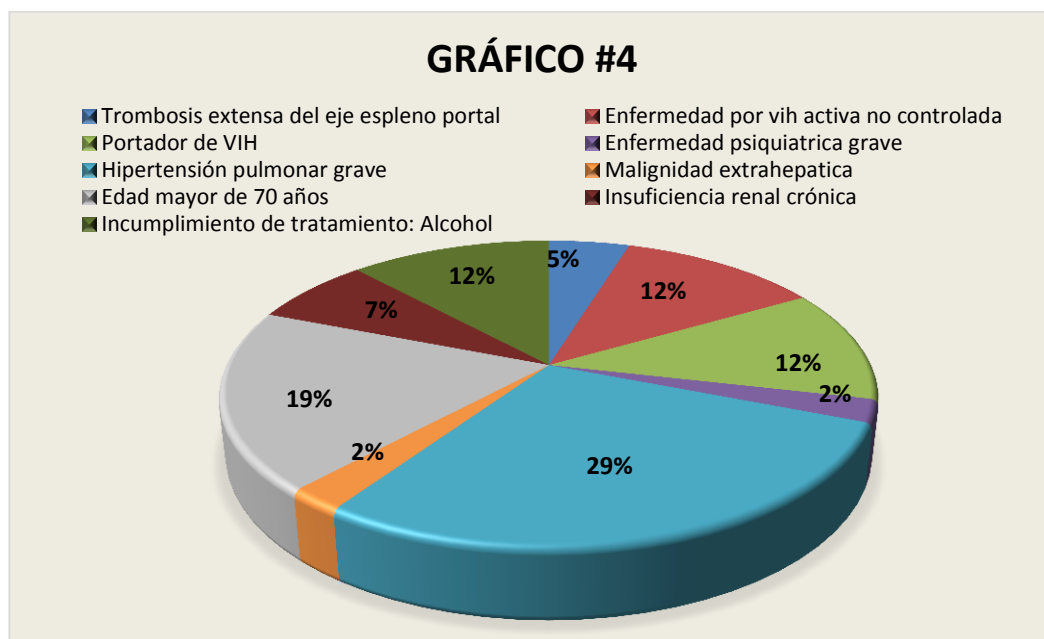
Autora: Catherine Córdova Mogro

El gráfico señala que aquellas personas que han sido aptas en la lista de trasplante hepático representan el 40%, mientras que los no aptos constituyen los 39% restantes, estos han sido seleccionados de acuerdo a las condiciones que impiden técnicamente su realización y que ha demostrado disminuir muy significativamente la supervivencia postrasplante. El grupo denominado Otros constituyendo el 8%, se refiere aquellos pacientes que incumplieron con el tratamiento por factor socioeconómico, además cabe mencionar que el durante el estudio fallecieron el 12% por diferentes causas como Fibrilación Auricular, Hemorragia Digestiva Alta, Peritonitis Bacteriana, Sepsis, Fallo Primario De Órgano, Falla Renal, y Coagulopatía.

#### 4.- CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS Y RELATIVAS:

##### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

<b>Contraindicaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Trombosis extensa del eje espleno portal	2	5%
Enfermedad por VIH activa no controlada	5	12%
Portador de VIH	5	12%
Enfermedad psiquiátrica grave	1	2%
Hipertensión pulmonar grave	12	29%
Malignidad extrahepática	1	2%
Edad mayor de 70 años	8	19%
Insuficiencia renal crónica	3	7%
Incumplimiento de tratamiento: Alcohol	5	12%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

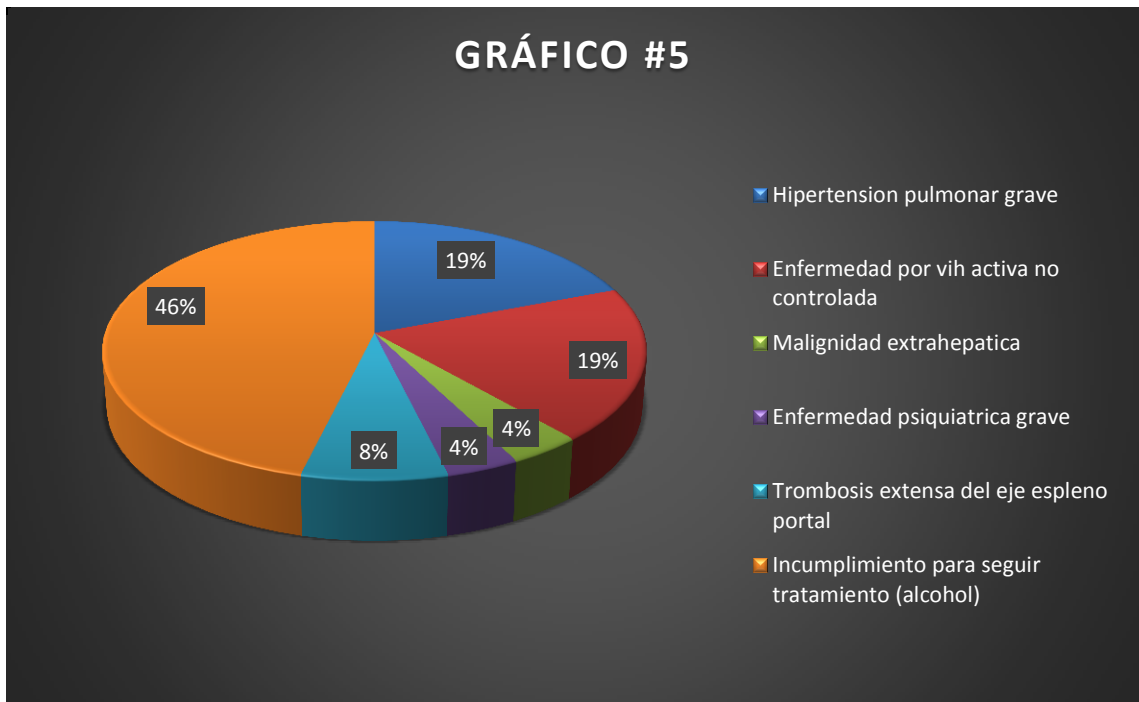


Fuente: Hospital Luis Vernaza

Autora: Catherine Córdova Mogro

## 5.- CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Contraindicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión pulmonar grave	5	19%
Enfermedad por VIH activa no controlada	5	19%
Malignidad extrahepática	1	4%
Enfermedad psiquiátrica grave	1	4%
Trombosis extensa del eje espleno portal	2	8%
Incumplimiento para seguir tratamiento (alcohol)	12	46%
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>



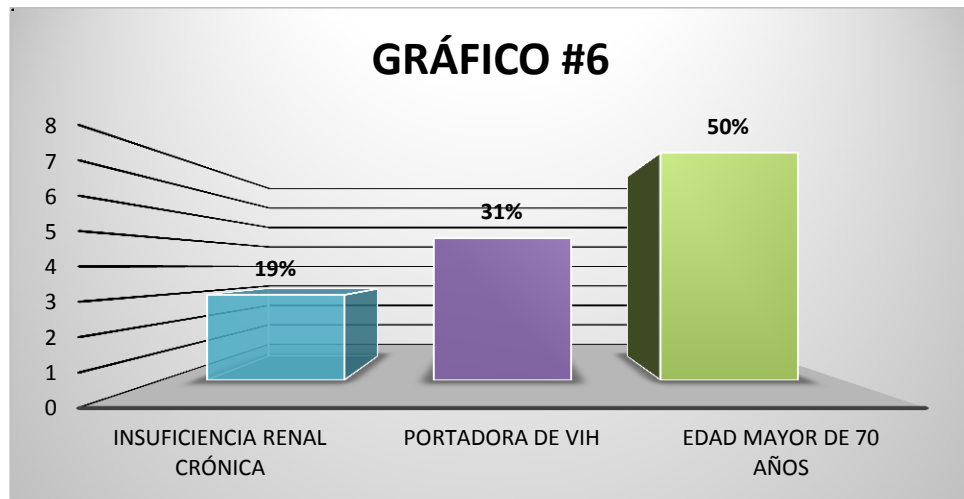
Fuente: Hospital Luis Vernaza

Autora: Catherine Córdova Mogro

Este cuadro estadístico revela que en cuanto a contraindicaciones absolutas de trasplante hepático, el 46 % está representado por el incumplimiento para seguir el tratamiento de pacientes la gran parte de estos casos fueron por problemas sociales debido a adicción activa alcohol o drogas. Al mencionar patologías que se encuentran contraindicadas para trasplante hepático hallamos en segundo lugar con el 19% la enfermedad por VIH activa y la hipertensión pulmonar grave, con el 8% tenemos a la trombosis de la vena porta y por último la malignidad extrahepática junto a la enfermedad psiquiátrica grave constituye el 4%. Según la Sociedad latinoamericana de gastroenterología “Las contraindicaciones absolutas nacen de la experiencia acumulada con intentos de trasplante en estas situaciones determinando un acortamiento de la supervivencia del paciente en vez de una prolongación de la vida”. (Zapata, 2010).

## 6. CONTRAINDICACIONES RELATIVAS: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Contraindicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Insuficiencia Renal Crónica	3	19%
Portadora de VIH	5	31%
Edad mayor de 70 años	8	50%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>



Fuente: Hospital Luis Vernaza

Autora: Catherine Córdova Mogro

El gráfico señala que en cuanto a contraindicaciones relativas para trasplante hepático, el 50% está representado por los pacientes mayores de 70 años, el 31% pacientes portadores de VIH y por último el 19% restante aquellos pacientes con insuficiencia renal crónica.

## **CAPITULO V**

### **5. CONCLUSIONES**

Se analizó una muestra de 107 pacientes durante el periodo de Enero 2013- Agosto 2015 se obtuvo las siguientes conclusiones.

Entre los pacientes evaluados por el programa de trasplante hepático, se detalla que el 61% corresponden al sexo masculino, el 56% el rango de edad del receptor se encuentra entre 41 -59 años

Durante el estudio fallecieron el 12% por diferentes causas como Fibrilación Auricular, Hemorragia Digestiva Alta, Peritonitis Bacteriana, Sepsis, Fallo Primario De Órgano, Falla Renal y Coagulopatía.

De los pacientes evaluados el 39% resultaron no aptos para ingreso en la lista de espera de trasplante hepático.

En cuanto a contraindicaciones absolutas para el ingreso en lista de espera de trasplante hepático, 46 % está representado por problemas sociales debido a adicción activa alcohol o drogas

En cuanto a contraindicaciones relativas para el ingreso en lista de espera de trasplante hepático, el 50% está representado por los pacientes mayores de 70 años

## **CAPITULO VI**

### **6. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS**

1. Elaborar programa de ayuda a pacientes con alcoholismo en el que se certifique una abstinencia como mínimo de 6 meses y se fomente un entorno social favorable antes del trasplante con la consiguiente reincorporación a la sociedad posterior a este
2. Fomentar la donación de órganos mediante campañas informativas en los centro de salud para disminuir el tiempo en lista de espera de los pacientes en búsqueda de un donante
3. A los pacientes se les recomienda acudir a consulta externa cada vez que el médico lo indique, para poder llevar un adecuado control de su evolución pretrasplante



## 7. ANEXOS

### 7.1. ANEXO 1. ESCALA DE CHILD-PUGH

**Tabla 1.** CHILD A: 5-6 puntos CHILD B: 7-8 puntos CHILD C: 10-15 puntos.

Encefalopatía	Ausente	I - II	III – IV
Ascitis	Ausente	Moderada Controlable	Severa refractaria
Bilirrubina mg/dL	< 2	2-3	>3
Enf colestásica	< 4	4-10	> 10
Albúmina g/dL	> 3,5	2,8-3,5	< 2,8
Tiempo protrombina INR	< 4 seg < 1,7	4-6 seg 1,7-2,3	6 seg > 2,3
	1	2	3

CHILD A: 5-6 puntos CHILD B: 7-8 puntos C: 10-15 puntos

Fuente: Cuándo considerar un paciente para trasplante hepático Scielo2005 Revista Colombiana de Gastroenterología

### 7.2. ANEXO 2. ESCALA DE MELD

Puntuación MELD =	
	+ 3,8 x log <sub>e</sub> bilirrubina (mg/dl)
	+11,2 x log <sub>e</sub> RIN
	+9,6 x log <sub>e</sub> creatinina (mg/dl)
	+ 6,4
MELD	MORTALIDAD 3 MESES
0-9	5%
10-19	19%
20-29	57%
30-39	68%
Mayor 40	100%

Fuente: Revista Medicine 2004

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre, J., & Torre, A. (2014). *Indicaciones de trasplante hepatico*. Obtenido de medigraphic: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2014/nn146i.pdf>
2. Calleja, I. (2012). *Indicaciones y contraindicaciones para trasplante hepatico. Momento de realizacion del trasplante*. Obtenido de <http://www.cirugiasanchinarro.com/sites/default/files/gonzales06.pdf>
3. Clemente, G., & Conde, J. (1995). *Indicaciones y contraindicaciones del trasplante y retrasplante hepatico*. Obtenido de Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto de Salud Carlos III.
4. Fraga, E., & barrera. (2008). *Trasplante hepatico: indicaciones, cronograma de complicaciones,*. Obtenido de medicine: <http://www.medicineonline.es/es/trasplante-hepatico-indicaciones-cronograma-complicaciones-/articulo/13123464/>
5. Gadano, A. (2007). *Trasplante hepatico en la era actual: seleccion del receptor*. Obtenido de Medwave: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/615>
6. Gevara, L. (2005). *Cuando considerar un paciente para trasplante hepatico* . Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572005000300005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572005000300005)
7. Gonzalez, I., & Miyara, A. (2007). *Criterios minimos de trasplante hepatico:Child, Meld, excepciones*. Obtenido de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90010574&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=2&ty=107&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v08n02a90010574pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90010574&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=107&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v08n02a90010574pdf001.pdf)
8. Hepp, J., & Zapata, R. (2008). *Transplante hepatico en Chile: Aspectos generales, indicaciones y contraindicaciones*. Obtenido de Scielo Chile:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000600017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000600017&script=sci_arttext)

9. Herrero, J. I., & Pardo, F. (2006). *Trasplante Hepatico*. Obtenido de Scielo España: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s2/original8.pdf>
10. INDOT. (2014). *Datos estadísticos de la actividad de donación y trasplante de órganos, tejidos y células*. Obtenido de INDOT: [http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp-content/uploads/downloads/2015/02/INFORME\\_ESTADISTICO\\_INDOT\\_GESTION\\_2014.pdf](http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp-content/uploads/downloads/2015/02/INFORME_ESTADISTICO_INDOT_GESTION_2014.pdf)
11. Montero, R., & Vicente, R. (2006). *Tratado de trasplantes de órganos*. Madrid: Aran Ediciones.
12. Oksenberg, D. (2007). *Trasplante hepático adulto*.
13. Prieto, Clemente, & Casafont. (2003). *Documento de consenso de indicaciones de trasplante hepático*. Obtenido de Elsevier: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-documento-consenso-indicaciones-trasplante-hepatico-13048890>
14. Santos, o. (2011). *Trasplante hepático en el adulto: estado del arte* . Obtenido de scielo: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v27n1/v27n1a04>
15. Serrano, M. T., & Lorente, S. (s.f.). *Indicaciones de Trasplante Hepático*. Obtenido de [https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/68\\_Indicaciones\\_del\\_trasplante\\_hepatico.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/68_Indicaciones_del_trasplante_hepatico.pdf)
16. Zapata, R. (2010). *Guía clínica de trasplante hepático de la sociedad chilena de trasplante*. Obtenido de [http://sociedadgastro.cl/wp-content/uploads/2013/06/guias\\_clinicas\\_trasplante\\_contraindicaciones\\_trasplante\\_hepatico.pdf](http://sociedadgastro.cl/wp-content/uploads/2013/06/guias_clinicas_trasplante_contraindicaciones_trasplante_hepatico.pdf)