



JUEVES 10 DE DICIEMBRE DE 16 A 19 HORAS

# SIMPOSIO TRASPLANTE HEPATICO

**DIRECTOR: FEDERICO G. VILLAMIL**

- SITUACIÓN EN ARGENTINA
- CIRROSIS DESCOMPENSADA
- INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA
- HEPATITIS ALCOHÓLICA
- HEPATOCARCINOMA
- TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BASE
- EVALUACIÓN DE LA FRAGILIDAD
- COMPLICACIONES POST-TRASPLANTE
- INMUNOSUPRESIÓN
- RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD ORIGINAL
- ROL DEL MÉDICO DE CABECERA

**INSCRIBITE SIN CARGO ACA!**

[HTTP://WWW.HOSPITALELCRUCE.ORG/HECREP/LISTA-CAPACITACIONESDETALLEM2.PHP?EVENTOID=1073](http://www.hospitalelcruce.org/hecrep/lista-capacitacionesdetallem2.php?eventoID=1073)

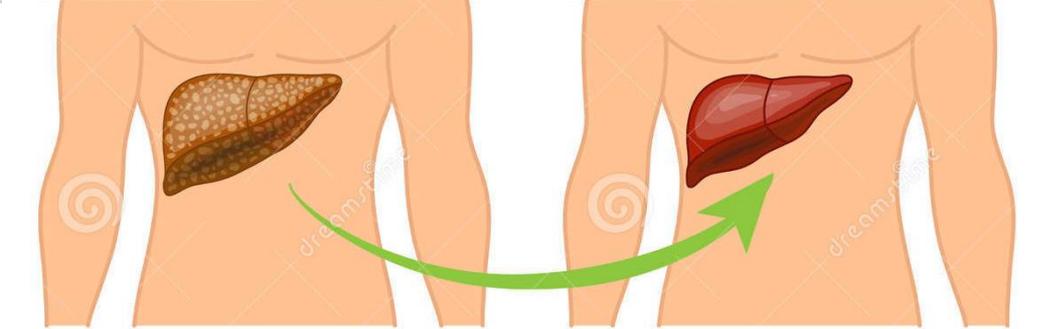
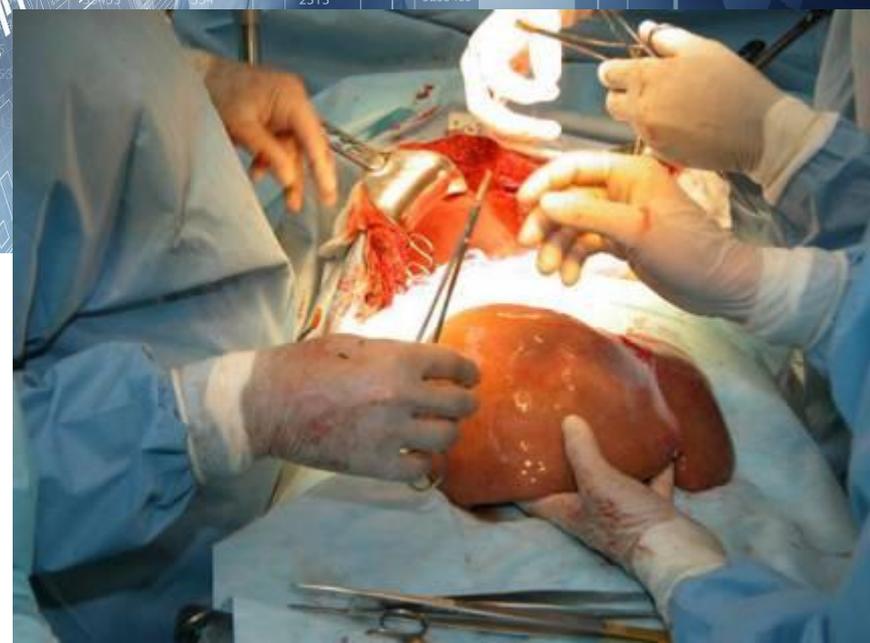


# Simposio Trasplante Hepático

## Situación del Trasplante Hepático en Argentina

**Federico G.Villamil**





**Tuve la suerte y el honor de ser pionero  
en nuestro país**



**El trasplante me sigue impactando como  
el primer día. Es imposible mantenerse  
indiferente frente al impacto que causa  
en los pacientes y sus familias**



**En el 2011 recibí este correo**

***“You probably don’t remember me, but you did my transplant at Cedars Sinai Hospital in 1991. At that time I asked what the life expectancy was and was it beyond five years? Your response was, **“Come back in 20 years and we will talk about it”**”.***

***“My wish and dream was to visit you in Argentina this year, sadly I am unable to come and tell you personally **what a wonderful life I have had these past twenty years”**”***

# El Impacto Emocional del Trasplante

**Pre- Trasplante**

**Al Año del Trasplante**



**Desnutrición**



**Ustedes, como médicos de cabecera, pueden hacer que muchos pacientes recuperen no solo la posibilidad de vivir, sino también de vivir muy bien**



**Ascitis  
Refractaria/PBE**



***¿Que debe saber los medicos de  
cabecera sobre trasplante hepático?***

**Cuanto más ..... Mejor!!**

**INFLACIÓN**



AS  
015

**INFLACIÓN**

**LIBERTAD**



**Impune.**



# El Médico de Cabecera y el Trasplante Hepático

*“Cada uno puede decidir hasta adonde quiere llegar”*



**Conocer la  
legislación**

***¿Qué pueden hacer ustedes para maximizar el acceso al trasplante de sus pacientes?***

**Saber quién es candidato y quién no lo es  
(es mejor sobreactuar que subestimar)**

**Saber cuándo derivar**

**Conocer algunos aspectos legales y  
administrativos**

# El Trasplante Hepático es Parte del PMO

Las prácticas consideradas de **alto costo**, necesarias para el diagnóstico y tratamiento de patologías de baja incidencia y **alto impacto económico y social**, han sido normatizadas. Su función es brindar a los beneficiarios un listado de prestaciones que **los Agentes del Seguro de Salud se encuentran obligados a brindar** en las condiciones establecidas

**081001** trasplante hepático (parcial) con DV

**081002** trasplante hepático (parcial) con DC

**081003** trasplante hepático total

**Hay que estar preparados!!**

**Cuando la Obra Social/Prepago dice:**



**La Ley de Trasplante (24193)  
Decreto 152/95, Artículo 16**

**“En todos los casos, la Administración Nacional del Seguro de Salud y los organismos similares, deberán asegurar la libre elección del paciente respecto del centro de trasplante habilitado en el que se asistirá”**

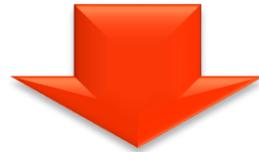
**Hay que estar preparados!!**

**Cuando la Obra Social/Prepago dice:**



# **La Estrategia más Práctica y Efectiva**

**Potencial candidato a trasplante**



**Llamar al centro de trasplante y discutir el caso**



**Dejar que el centro de trasplante contacte a la cobertura de salud y se encargue de la autorización de la práctica**

# El Médico de Cabecera y el Trasplante Hepático

*“Cada uno puede decidir hasta adonde quiere llegar”*



**Conocer la  
legislación**

**Saber elegir el  
centro de  
trasplante**

# Programas de Trasplante Hepático Adultos (2020)

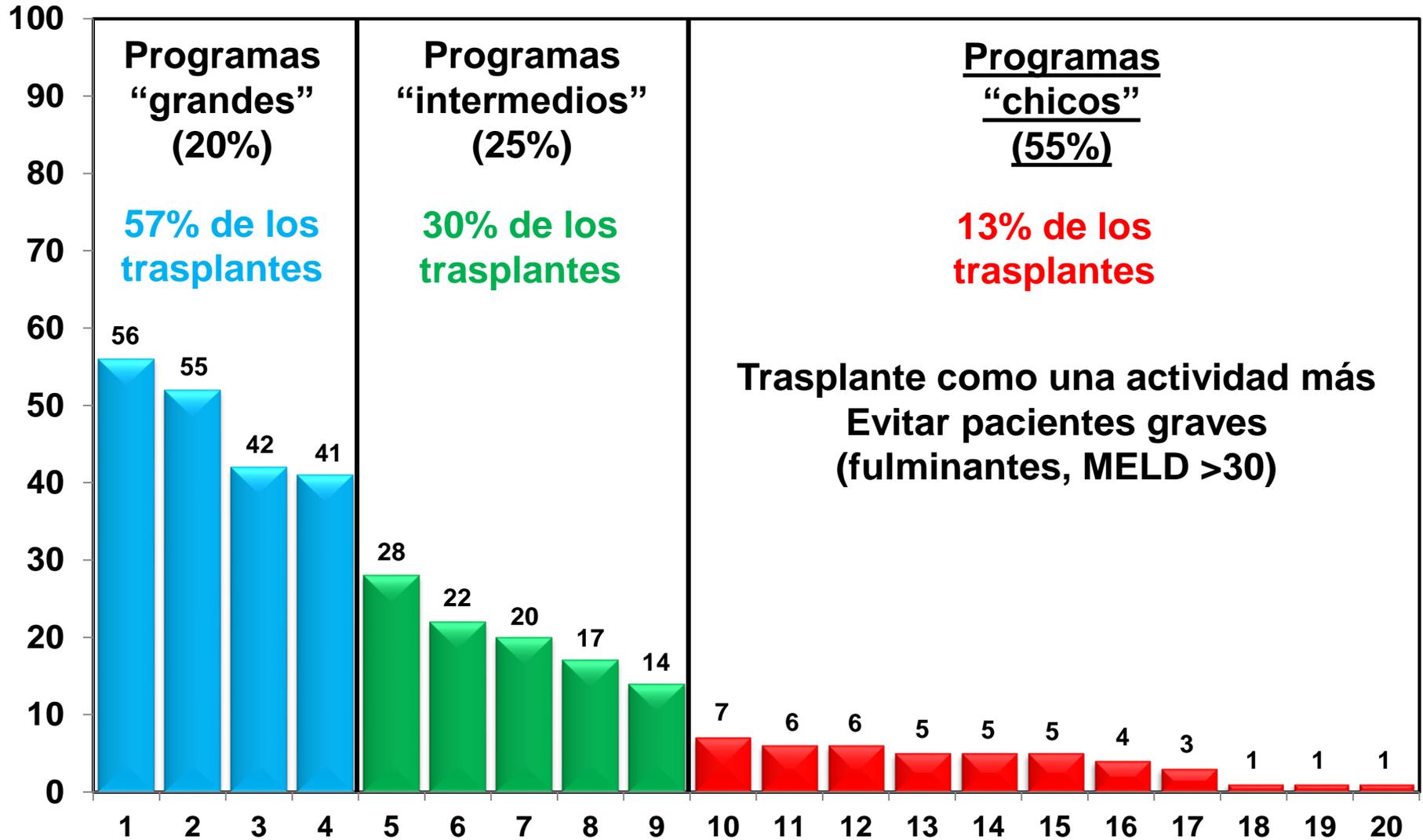
CABA (n=9)	Interior (n=8)
Hospital Alemán	Sanatorio Parque de Rosario
Hospital Argerich (CABA)	Hospital Privado Rosario
Hospital Británico	Clínica de Nefrología de Santa Fe
Hospital CEMIC Saavedra	Hospital Privado de Córdoba
Hospital Italiano	Hospital Córdoba
Fundación Favaloro	Hospital Central de Mendoza
Nephrology	Hospital JD Perón de Formosa

**22 centros habilitados**

**407 adultos trasplantados en 2019 (“18 por centro”)**

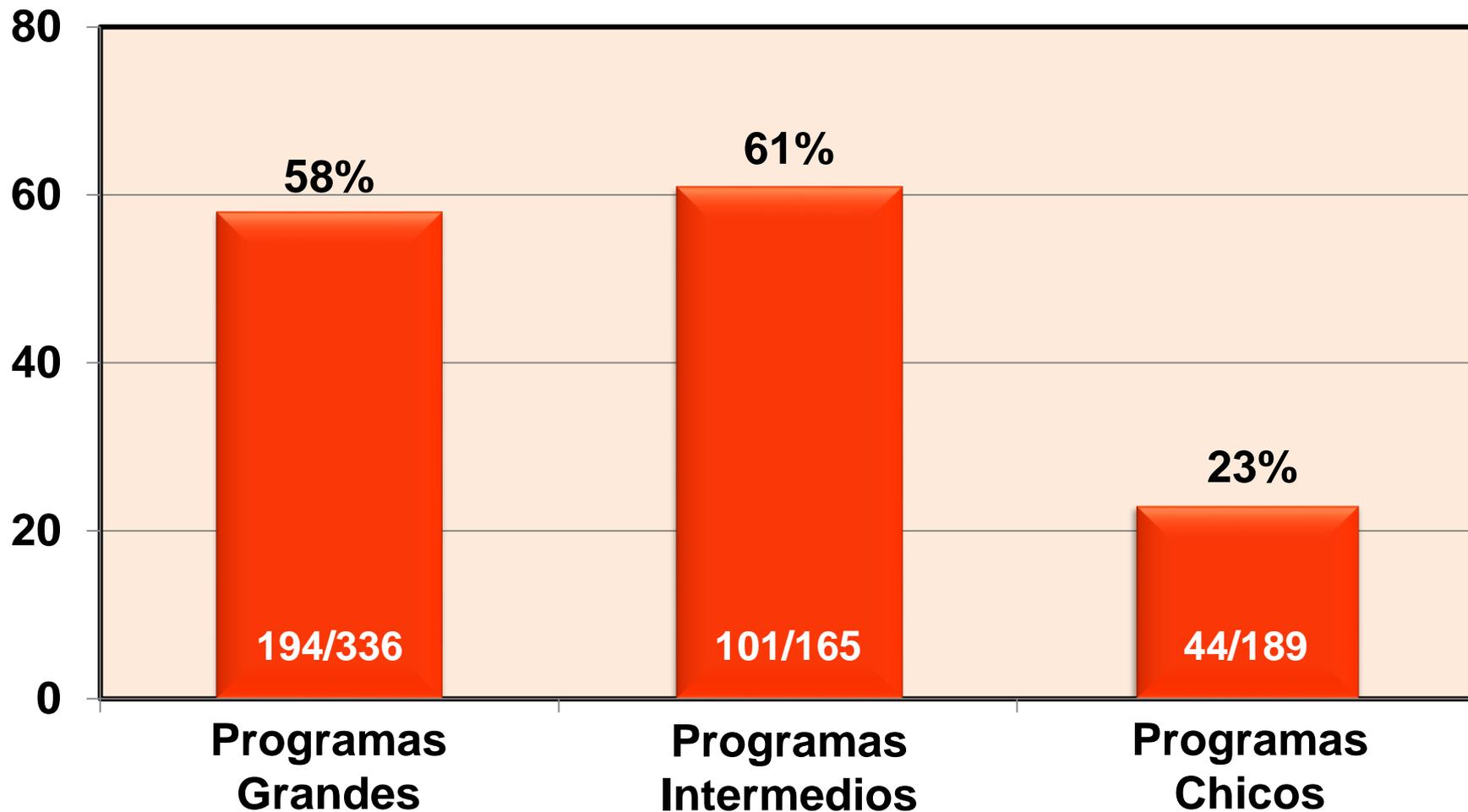
Hospital Austral	CRAI Norte (CUCAIBA)
Hospital El Cruce	Hospital El Cruce
CRAI Norte (CUCAIBA)	Hospital JD Perón (Formosa)
Clínica Pueyrredón de Mar del Plata	
Privado Comunidad de Mar del Plata	

# Trasplante Hepático en Argentina (2017)



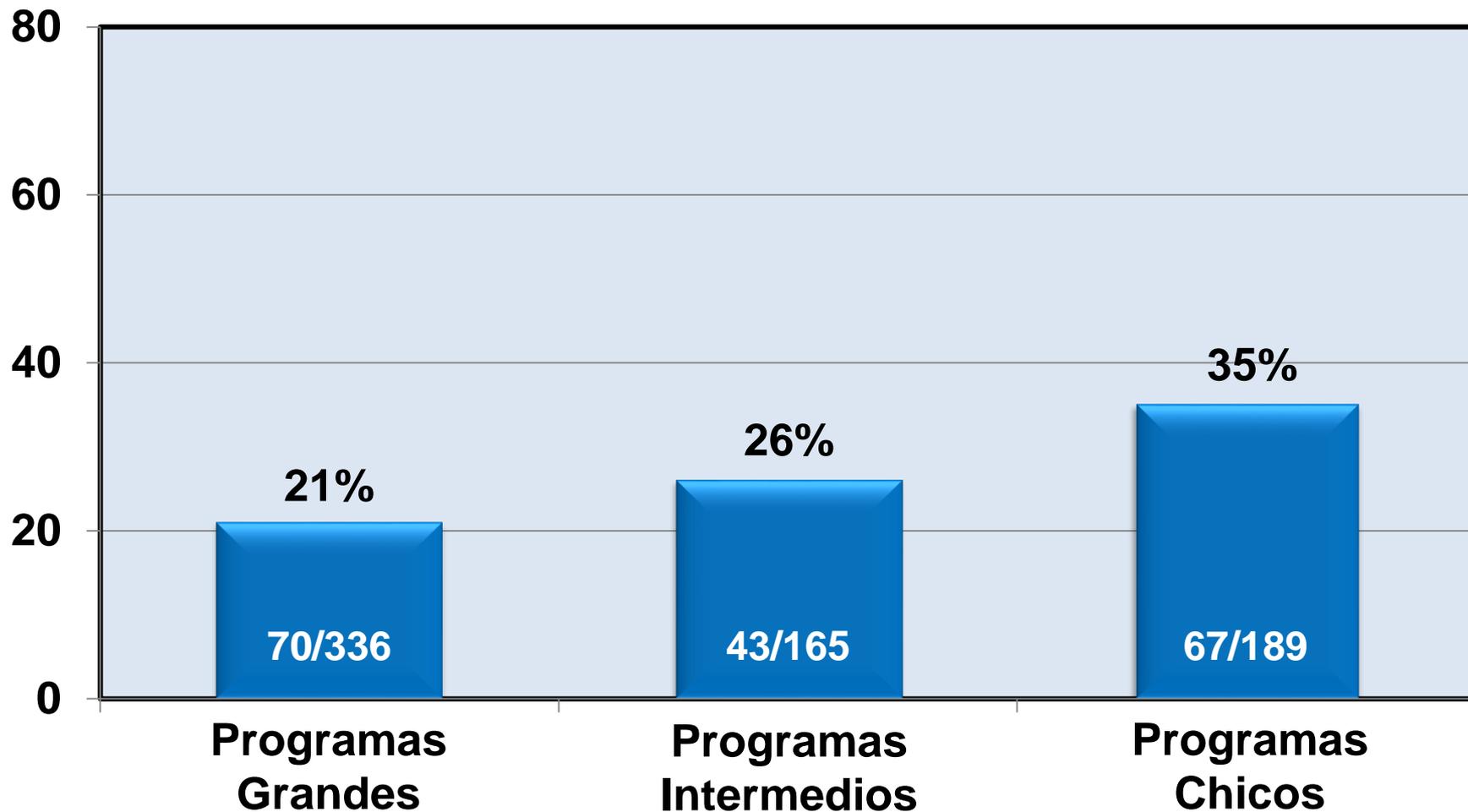
# Trasplante Hepático en Argentina (2017)

## Proporción de Pacientes Trasplantados

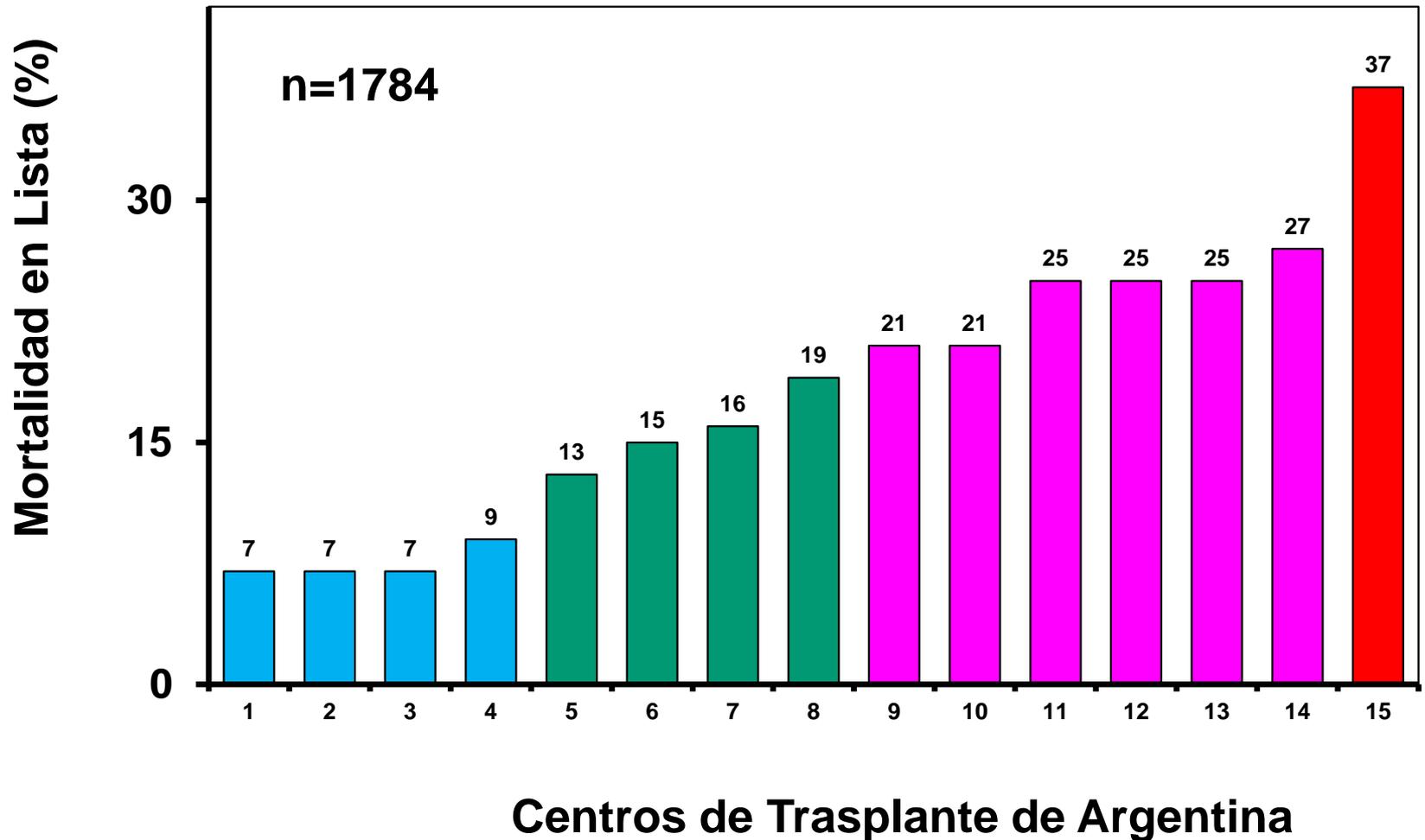


# Trasplante Hepático en Argentina (2017)

## Muerte en Lista de Espera

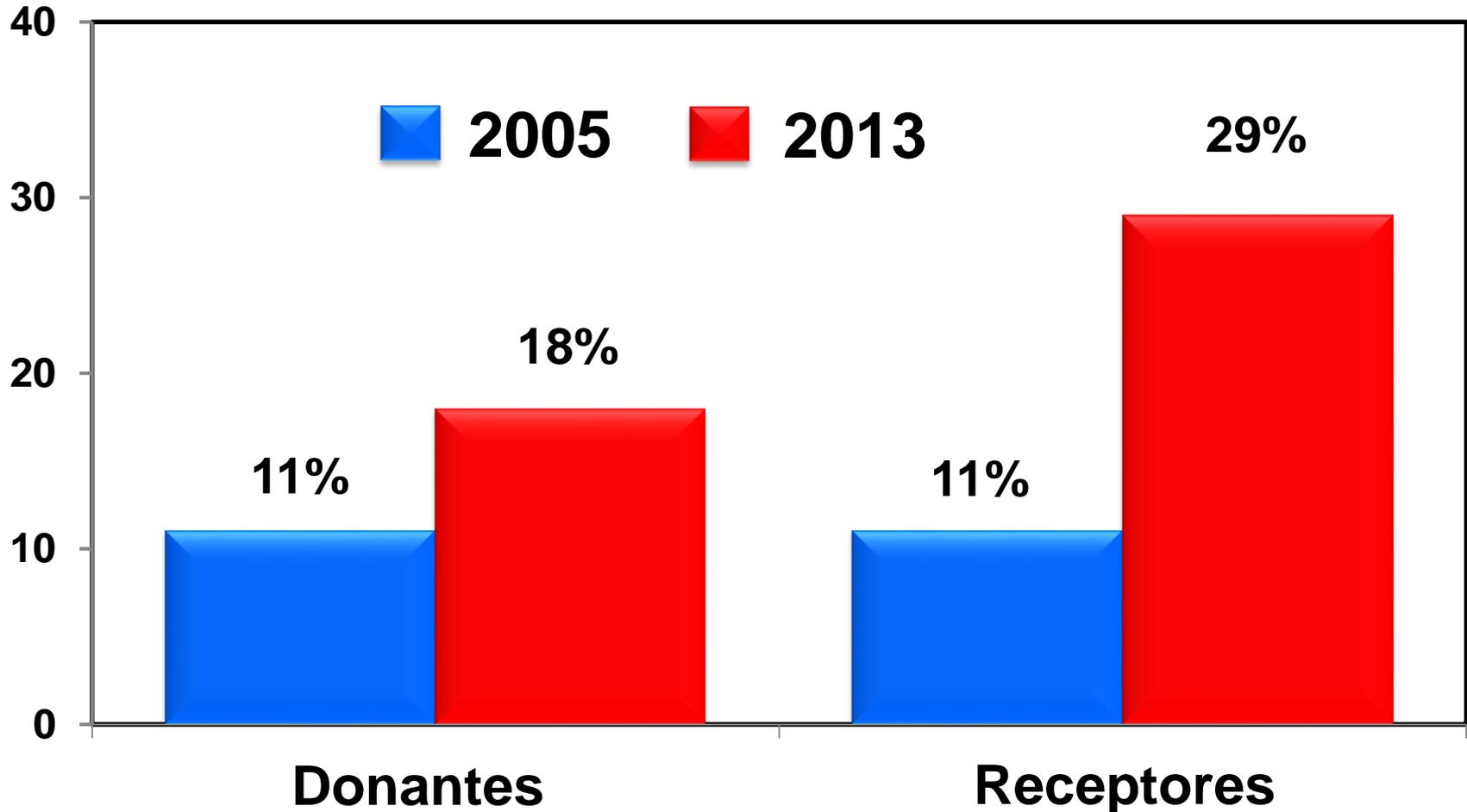


# Muerte en Lista de Espera de Acuerdo al Centro de Trasplante (2005-2008)



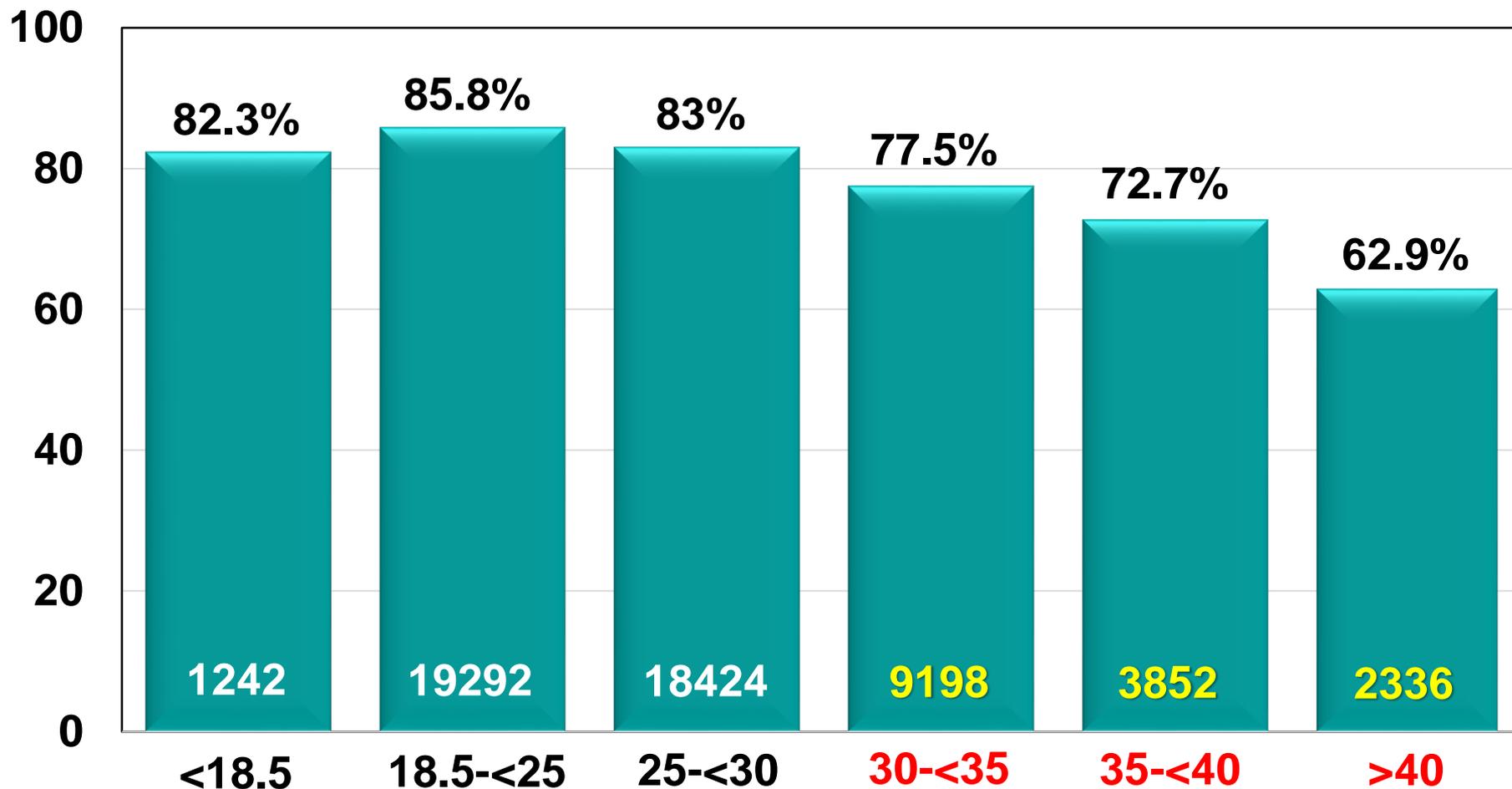
# La Era de la “Gerontotrasplantología”

## Trasplante Hepático con Donantes y Receptores Añosos ( $\geq 60$ años)



# Utilización de Donantes con Esteatosis

UNOS 2006-2016: 77050 donantes y 60200 trasplantes



# **La Filosofía del Centro**

**Trasplantar a la mayoría de los pacientes en lista, independientemente de su condición clínica**

**Utilizar al máximo los donantes disponibles (cadavéricos marginales, splits, vivos)**

***“La complicación más grave del trasplante es fallecer en lista de espera” (Henri Bismuth)***

# ¿Aprovechar “la ventana” o cerrarla?

**Cirrótico estable → Descompensación aguda (ACLF) → Incremento del MELD (15 → 31)**

## ¿Trasplantar en cuanto se pueda?

**↓ muerte en lista con riesgo de ↑ muerte post-TH  
“*The sickest first*” (Justicia)**

## ¿Esperar que “pase la tormenta” y trasplantar en forma electiva?

**↑ muerte en lista y ↓ riesgo de muerte post-TH  
“*Cuidar los resultados*” (Utilidad)**

# **El Impacto de la Experiencia del Centro y del Cirujano en los Resultados del Trasplante**

**Sobrevida del 90%**



**TH en 6 horas, 2-3 u de GR, no reoperaciones**

**Paciente crítico con cirrosis descompensada  
o ACLF y MELD-Na >30**

**TH en 12 horas, 20 u de GR, reoperación x sangrado**



**Sobrevida del 50% + Costo elevado**

# El Lenguaje del Trasplantólogo

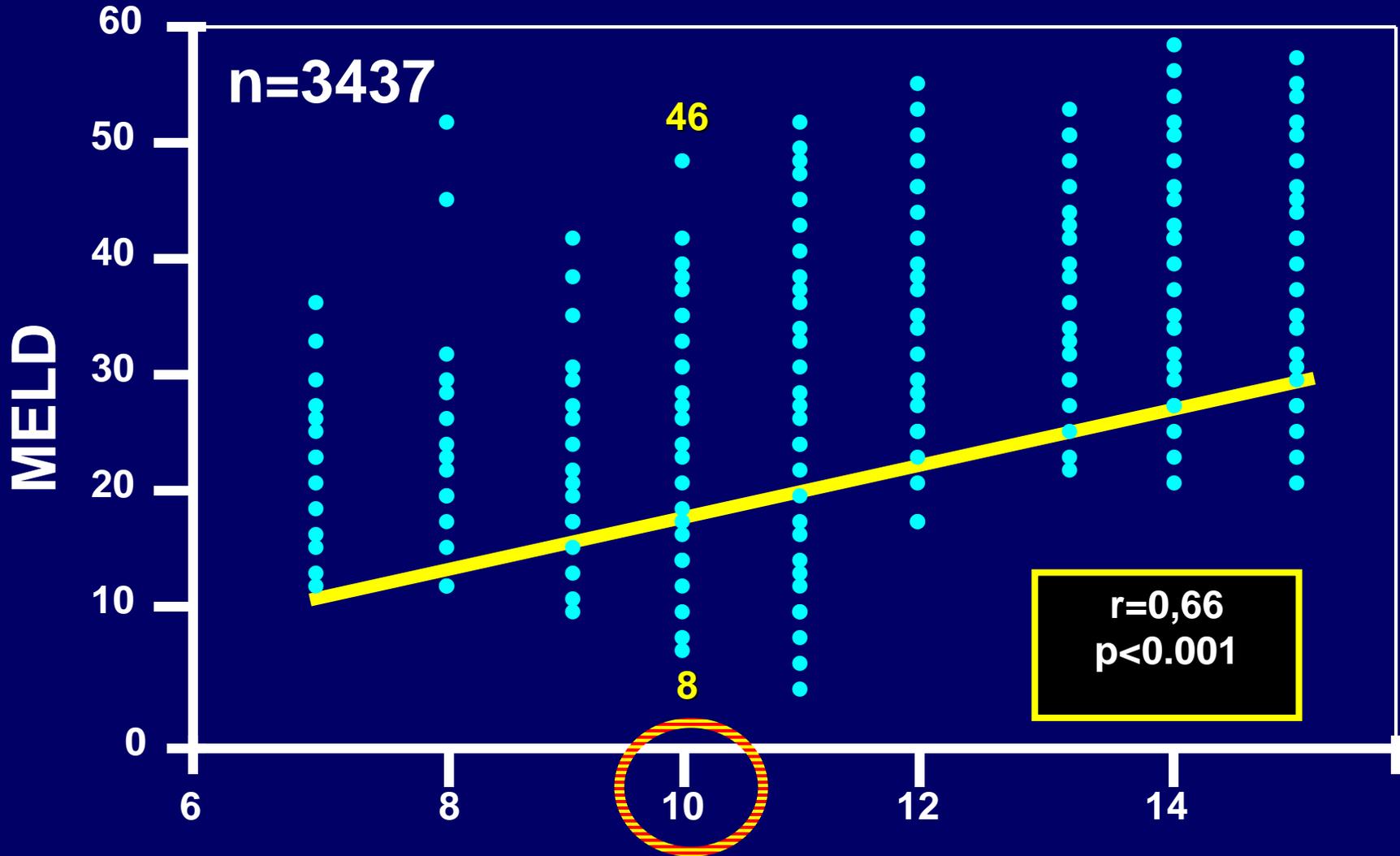
**MELD: Model for End-Stage Liver Disease**

$$\begin{aligned} &9.57 \times \log_e \text{ creatinina (mg/dL) } + \\ &3.78 \times \log_e \text{ bilirrubina (mg/dL) } + \\ &11.20 \times \log_e \text{ protrombina (INR) } \\ &\quad + 6.43 \end{aligned}$$

**Pacientes tratados con TIPS**

**El MELD es un excelente predictor del riesgo de muerte a los 90 días**

# MELD y Child-Pugh al Ingreso en Lista



# Poder Discriminatorio del Child y el MELD

**Cuatro cirróticos con encefalopatía y ascitis severa (6 puntos) y con creatinina de 1 mg/dL**

Bil	RIN	CTP	
		Clase	Score
4	2.2	C	15
10	2.5	C	15
20	3.0	C	15
30	3.5	C	15

 MELD 21

 MELD 25

 MELD 30

 MELD 33

# EI MELD-Sodio

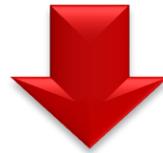
---

## Addition of Serum Sodium Into the MELD Score Predicts Waiting List Mortality Better Than MELD Alone

*Andres E. Ruf,<sup>1</sup> Walter K. Kremers,<sup>2</sup> Lila L. Chavez,<sup>1</sup> Valeria I. Descalzi,<sup>1</sup>  
Luis G. Podesta,<sup>1</sup> and Federico G. Villamil<sup>1</sup>*

See Editorial on Page 261

patients with advanced cirrhosis. In conclusion, addition of serum sodium to MELD identified a subgroup of patients with poor outcome in a more efficient way than



ORIGINAL ARTICLE [FREE PREVIEW](#)

## Hyponatremia and Mortality among Patients on the Liver-Transplant Waiting List

W. Ray Kim, M.D., Scott W. Biggins, M.D., Walter K. Kremers, Ph.D., Russell H. Wiesner, M.D., Patrick S. Kamath, M.D., Joanne T. Benson, B.A., Erick Edwards, Ph.D., and Terry M. Therneau, Ph.D.

## MELD / MELD Na Score

### Model for End-Stage Liver Disease

<input type="text" value="*Creatinina (mg/dL)"/>	<input type="text" value="INR"/>
<input type="text" value="Bilirrubina (mg/dL)"/>	<input type="text" value="Sodio (mmol/L) en MELD-Na"/>

 **Calcular**  **Borrar**

<input type="text" value="Resultado MELD / Na"/>
<input type="text"/>

\*Creatinina: Valor máximo 4. Si el paciente ha sido sometido a diálisis 2 veces en la semana previa, puntuar 4.

## MELD / MELD Na Score

### Model for End-Stage Liver Disease

<input type="text" value="Cr: 1.3 mg/dl"/>	<input type="text" value="INR: 2.1"/>
<input type="text" value="Br: 4.3 mg/ml"/>	<input type="text" value="Na: 132 mmol/L"/>

 **Calcular**  **Borrar**

<input type="text" value="MELD Score 23 ptos&lt;br/&gt;MELD Na 26 ptos"/>
---

# **Puntos Suplementarios de MELD-Na**

## **Excepciones Regladas**

### **HCC Dentro de Milán (22 puntos)**

**Nódulo único 2-5 cm o hasta 3 nódulos <3 cm**

### **Polineuropatía Amiloidótica Familiar (16 puntos)**

**Deterioro motor, trastornos de la función vesical,  
disautonomía cardíaca**

### **Síndrome Hepatopulmonar Severo (20 puntos)**

**Dilatación de los capilares pulmonares con trastornos  
del intercambio gaseoso ( $\text{PaO}_2 < 60$ )**

**En todos los casos se agrega 1 punto de MELD-Na cada  
tres meses de permanencia en lista**

# **Puntos Suplementarios de MELD-Na**

## **Excepciones no Regladas**

**Pueden solicitarse puntos suplementarios para todas las situaciones que el médico de cabecera considere adecuadas por comprometer la vida o la calidad de vida del paciente**



**Decisión a cargo de un Comité de Expertos**



***“La paciente ya no puede deambular por el peso del hígado”***

# El Médico de Cabecera y el Trasplante Hepático

*“Cada uno puede decidir hasta adonde llegar”*



**Conocer la  
legislación**

**Saber elegir el  
centro de  
trasplante**

**Cuándo  
derivar**

**Minimizar el riesgo  
de muerte en lista**

**Seguimiento  
post-trasplante**