



**INFORME ANUAL**

**PROCURAMIENTO**

**Y**

**TRASPLANTES DE ORGANOS**

**2004**

Bilbao 341 .2º Piso  
Tel. 09.829.40.78 - 269.38.09  
Fax. (56 2) 341.94.57  
[www.schtx.cl](http://www.schtx.cl)  
e-mail: [trasplante@schtx.cl](mailto:trasplante@schtx.cl)

## INTRODUCCIÓN

La Sociedad Chilena de Trasplante tiene el agrado de presentar el informe anual de la actividad trasplantológica de nuestro país durante el año 2004. Este resume el esfuerzo de cientos de profesionales que trabajan en este tipo de actividad, entregando una gran cuota de sacrificio, que sobrepasa los horarios normales a los que están comprometidos en las distintas instituciones. Se debe destacar este hecho, que no deja de preocupar, puesto que aún esta disciplina funciona en forma "artesanal", lo que puede llevar a un agotamiento de los grupos y a comprometer los logros hasta ahora obtenido.

El informe presentado muestra que:

1. Los donantes de órganos en Chile no han tenido un crecimiento en los últimos 4 años y las cifras observadas están lejos de las metas a las que deberíamos llegar, que son 300 donantes por millón de habitantes.
2. Se ha detenido el crecimiento de los trasplantes renales en los últimos 4 años. Chile hace 3 años era el primer país en América del Sur, con la mejor tasa de trasplantes, hoy estamos en el 3º lugar.
3. El problema con el bajo crecimiento de los donantes, no pasa por la negativa familiar que aunque es alta (33%), es la más baja en nuestro continente. Tampoco por la difusión que aunque no es la más adecuada, de acuerdo a los datos de la Corporación de Trasplante el número de noticias relacionadas a trasplante en los últimos años ha ido en aumento. Creemos que la problemática reside en la necesidad de profesionalizar la actividad, creando una estructura encargada del procuramiento de órganos que dependa del Ministerio con un profesional a cargo, con experiencia en este tipo de actividad. Esto permitiría llegar a todos los estamentos públicos y privados y fiscalizar la actividad de procuramiento, crear políticas al respecto que consideren, entre otros aspectos, el aumentar el número de coordinadores hospitalarios para el año 2006.
4. Los resultados en trasplantes en Chile son buenos, equivalente a lo que se realiza en otros - países desarrollados, y da una seguridad para nuestra ciudadanía, que tiene una alternativa terapéutica eficaz que hasta hace pocos años no disponía.
5. Debe destacarse que las políticas diseñadas en el plan AUGE para el trasplante renal, ha mostrado un cambio significativamente positivo, ya que al incorporar nuevas drogas inmunosupresoras, se ha visto que la sobrevida de los trasplantes renal pediátricos donante cadáver se ha equiparado a la sobrevida de los trasplantes renal donante vivo.
6. En relación a los trasplantes extrarenales, observamos una ausencia de política para el financiamiento, específicamente los trasplantes de corazón y pulmón, que a pesar que las estadísticas de sobrevida son muy buenas se aprecia una inequidad, ya que ingresan a programa sólo si poseen financiamiento.

Estamos confiados que el análisis de este informe por parte de las Autoridades de Salud permitirá rediseñar nuevas estrategias que permita lograr metas más ambiciosas como son:

- 1.- Aumentar la tasa de donantes por millón de habitantes.
- 2.- Aumentar el número de trasplantes.
- 3.- Financiar los trasplantes extrarenales.

La Sociedad Chilena de Trasplante agradece a los profesionales quienes elaboraron

estos informes.

Dra. Susana Elgueta  
(Subdpto de Inmunología, Instituto de Salud Pública)

Dra. Angela Delucchi B.  
(Hospital Luis Calvo Mackenna)

Dra. Julia Palma B.  
(Hospital Luis Calvo Mackenna)

Dra Viola Pinto S.  
(Hospital Exequiel González Cortéz)

Dr. José Luis Rojas B.  
(Corporación de Trasplante)

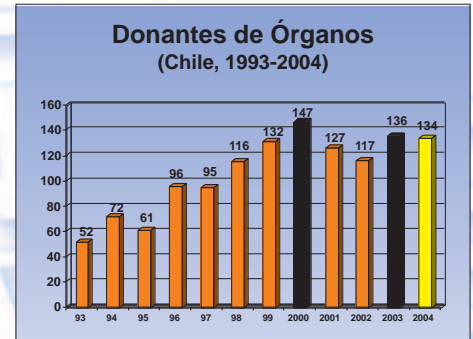
Dr. Oscar Espinoza N  
Presidente  
Sociedad Chilena Trasplante

## PROCURAMIENTO Y TRASPLANTES DE ORGANOS

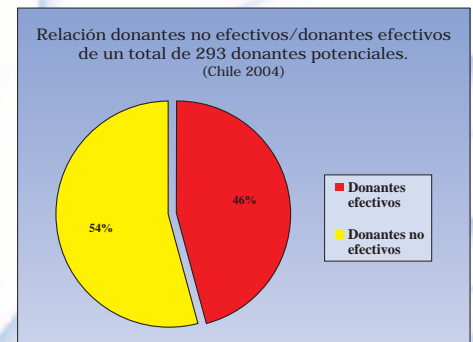
2004

- El año 2003 fue importante al lograr detener la caída progresiva en el número de donantes, pero de todos modos estábamos muy lejos de la cifra ideal para nuestro país que debiera estar alrededor de 300 donantes/año. El sistema de organización actual se basa en coordinadores "voluntarios", por lo tanto, el crecimiento formal debe estar ligado a institucionalizar el cargo de Coordinador de Procuramiento Hospitalario como figura central. Mientras esto no ocurra, estamos destinados a mantener cifras no mayores que las actuales. Esto se reflejó el 2004 al terminar con 134 donantes que corresponde a una disminución de aproximadamente un 2% en relación al 2003.

Esta realidad, sumado a nuestro esfuerzo constante por mejorar día a día el proceso de obtención de donantes, fue apoyado a nivel Ministerial con la creación de 5 cargos de Coordinador de Procuramiento Hospitalario en 5 Centros que son: Talca, Concepción, Van Buren, Barros Luco y San Juan de Dios lo que es el primer paso para lograr la institucionalización del coordinador de procuramiento hospitalario en red a nivel nacional.



- La proporción esperable de donantes efectivos sobre el total de potenciales donantes es del 50%. El aumento leve de donantes no efectivos se debió principalmente a un mayor número de potenciales donantes descartados por contraindicación médica; lo que va relacionado, directamente, con un aumento en la pesquisa de los coordinadores y el apoyo por parte de los profesionales de las diferentes unidades generadoras de donantes (principalmente Servicios de Urgencia, Unidades de Cuidados Intensivos, etc) que dan aviso precoz activando el Sistema de Coordinación Nacional en conjunto con la Corporación del Trasplante.



- El promedio de edad de los donantes se mantiene en 38 años, concentrándose la mayor cantidad entre los 16 y los 54 años; si comparamos los diferentes rangos de edad con lo sucedido el año 2003, observaremos un aumento considerable de la cantidad de donantes entre 35-44 años y una leve disminución de los donantes menores a 35 años.

Al igual que lo que sucede en países desarrollados, estamos frente a un envejecimiento progresivo, aunque aún lento, de nuestra población de donantes, lo que lógicamente complicará día a día la capacidad de generar donantes de características ideales y nos obligará a ampliar progresivamente los criterios de selección de éstos.

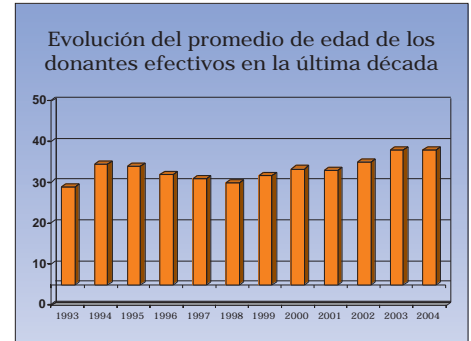
**DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE 134 DONANTES EFECTIVOS (Chile 2004)**

RANGO EDAD (Años)	HOMBRES	MUJERES	TOTAL (n)	%
< 15	8	7	15	11
16-24	14	6	20	15
25-34	7	11	18	13
35-44	17	16	33	25
45-54	14	17	31	23
55-64	11	6	17	13
>65	0	0	0	0

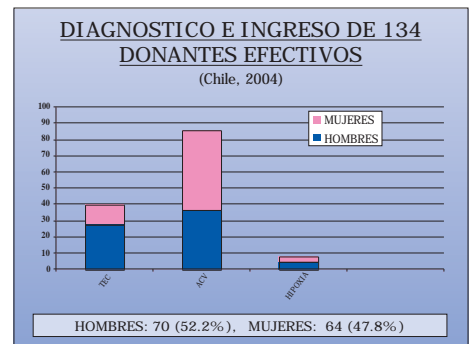
**EDAD PROMEDIO: 38 años**  
 Donantes < 15 años: 11 %  
 Donantes > 55 años: 13%

- Mantenemos un promedio global de edad estacionario en los últimos dos años (38 años), pero con un envejecimiento en los distintos tramos de edad. De todos modos estas cifras están aún por debajo de los promedios de edad de países desarrollados en el área del procuramiento donde alcanzan los 45 - 50 años basados en criterios de exclusión de donantes cada vez más amplios.

- Al producirse un envejecimiento progresivo de la edad de los donantes es esperable lo observado en estos datos ; el aumento de Accidente Cerebrovascular (ACV) como principal causa en el diagnóstico de muerte cerebral, desplazando a un 2º lugar al Traumatismo Encefalocraneano ( TEC ) y quedando la Encefalopatía Hipóxica como tercera causa muy por debajo de las dos anteriores. En relación a la distribución por sexo , la mayoría de los donantes es de sexo masculino y ,según causa de muerte , se mantiene la distribución epidemiológica de nuestro país, es decir, la mayor proporción de donantes masculinos fallecen por TEC mientras que las mujeres , en su mayoría, lo hacen por ACV.

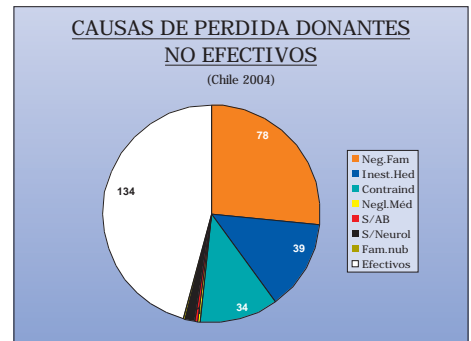


- La negativa familiar sigue siendo la principal causa de pérdida de donantes alcanzando a un 34% aunque, quizás lo más relevante, es el alto número de donantes perdidos por inestabilidad hemodinámica, que nos obliga a reforzar y optimizar al máximo las normas de manejo de los potenciales donantes en las diferentes unidades generadoras. El alto número de contraindicaciones médicas estaría relacionado con un aumento en el número de alertas hacia la Corporación , lo que a su vez, traduce un trabajo mucho más coordinado con las unidades generadoras en los diferentes centros asistenciales del país.



- Nuevamente observamos un pequeño aumento en la negativa familiar que llegó a un 34% considerado un valor esperado para nuestra realidad que siempre ha mantenido cifras promedio cercanas al 35%. La meta inicial debiera ser, en los próximos tres años, disminuir a menos del 30%.

Para lograrlo, fuera de fortalecer nuestra acción formativa en los equipos de salud a nivel nacional, estamos trabajando, a nivel de formación de profesionales de la salud (Institutos, Universidades, etc ) lo que deberá ser apoyado por las autoridades de Educación, en el contexto de incluir el tema, idealmente, desde la formación escolar para, a largo plazo, contar en nuestro país con una cultura de donación de órganos .



- La disminución en el número total de donantes , se ve reflejado , directamente en la disminución en la tasa de donantes que este año descendió por debajo de 9 por millón . Preocupante es el hecho que nunca hallamos podido lograr una tasa de dos dígitos , situación que no mejorará mientras el programa de procuramiento esté basado en coordinadores voluntarios. Por lo anterior, estamos esperanzados que el año 2005 superaremos la tasa de 10 por millón de habitantes al contar , por primera vez en la historia, con coordinadores exclusivos de procuramiento ( en número de 5 a nivel nacional ) contratados para esta labor lo que es el primer paso hacia la profesionalización definitiva de esta actividad que debe ir de la mano en implementar este cargo en el mayor número de Centros Hospitalarios del país

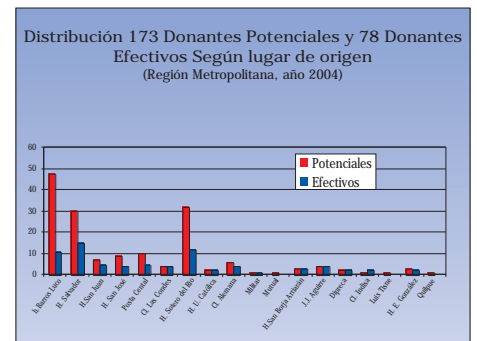
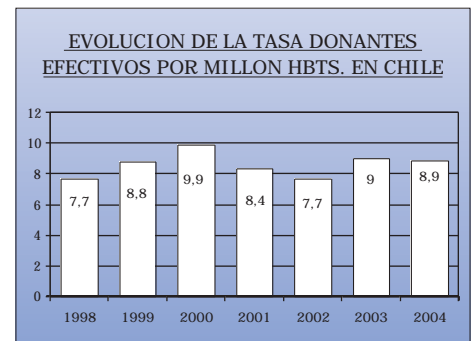
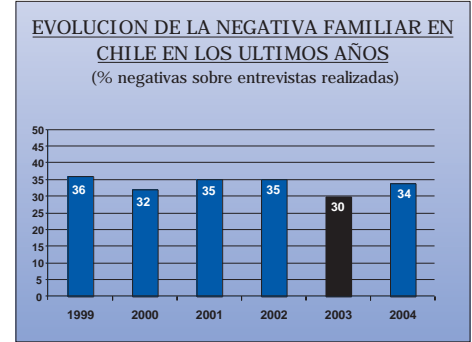
- Al igual que el año 2002 los primeros lugares corresponden a los dos centros que históricamente han sido los referentes nacionales en esta actividad, como son el Hospital del Salvador y el Hospital Barros Luco Trudeau; siendo relevante lo mostrado por el Hospital Sótero del Río.

De todos modos hay que valorar lo mostrado por el Hospital San José y la Asistencia Pública que, sin ser centros de trasplantes, mantienen un compromiso constante con la actividad de procuramiento y debieran ser blanco de desarrollarlos, vía la creación de cargos de Coordinadores de Procuramiento.
- Lo valioso en regiones es lo mostrado por el Hospital de Coquimbo, que por segundo año, es el hospital con mayor número de donantes efectivos asociado al trabajo constante mostrado por el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos lo que debiera hacernos pensar en desarrollar ese centro con la creación del cargo de Coordinador de Procuramiento lo más pronto posible.

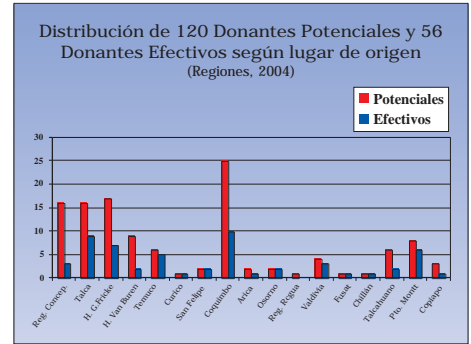
Debe destacarse además, de sobremanera, el trabajo realizado por el Hospital de Talca, Temuco y en especial Puerto Montt que alcanza cifras máximas teóricas calculadas para su centro, en lo que a generación de donantes se refiere .
- Se mantiene una cifra más o menos constante de un 60% vs 40% del total de donantes efectivos entre la región metropolitana y el resto de las regiones.

Ahora, si lo comparamos con la cantidad de población y el número de hospitales con capacidad de generar donantes en ambos grupos, esta proporción debería ser inversa.

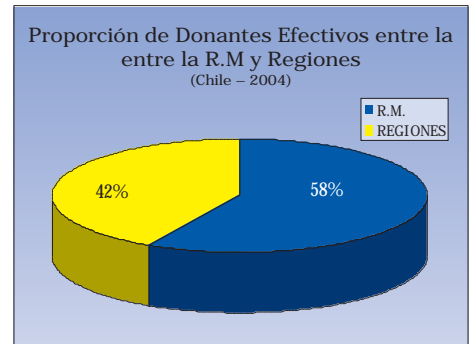
Ahí deben concentrarse nuestros esfuerzos, es decir, a potenciar los hospitales regionales, previo análisis de su capacidad máxima generadora de donantes mediante estudios de calidad en procuramiento.
- El año 2004 existió un descenso en el número de donantes multiorgánicos con cifras muy similares a lo ocurrido en los años 2000 y 2001. Hemos avanzado en el manejo de los donantes, que cada día está más estandarizado en las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos a lo largo del país, pero debemos seguir reforzando estos conocimientos para evitar la pérdida por complicaciones hemodinámicas. Un punto importante a analizar, es que, hasta el momento, el apoyo de la Fuerza Aérea de Chile ha sido constante y desinteresado, pero es un sistema finito si pensamos que cada día contaremos con mayor número de donantes multiorgánicos en lugares apartados o de difícil acceso, lo que debemos prever contando, con alternativas, aportadas por la autoridad, que nos permitan hacer frente a esas eventuales complicaciones.



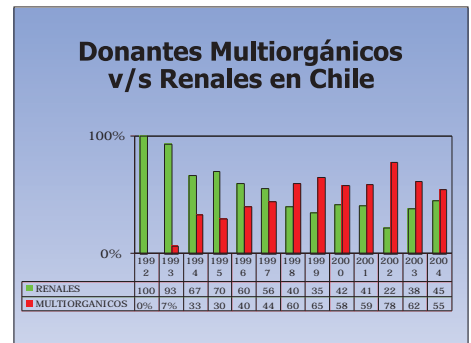
- Nuevamente los Hospitales que son Centros de Trasplante y que cuentan con la mayor generación de donantes, corresponden a aquellos con mayor cantidad de trasplantes renales realizados: Salvador, Barros Luco y Sótero del Río, lo que se asocia directamente al beneficio del riñón - casa, y que mantiene en alto el esfuerzo de estos centros por beneficiar al mayor número de sus pacientes en listas de espera. Cabe destacar la realización en forma exitosa del primer trasplante riñón-corazón, lo que traduce el avance constante de la actividad trasplantológica en nuestro país .



- Se mantiene la curva ascendente, aunque en forma lenta, del número de trasplantes hepáticos que llegó a 67 en el 2004; destacando la realización de 2 con técnica de split .De todos modos el aumento constante de las listas de espera con una mortalidad aún superior al 30%, deberán concluir en ampliar los criterios de exclusión de donantes y permitir que un número mayor del total de donantes / año estén validados como donantes hepáticos. Este último punto necesariamente necesita de un impulso económico y políticas de estado que aseguren el financiamiento de los diferentes programas de trasplante incluyendo el de trasplante hepático.

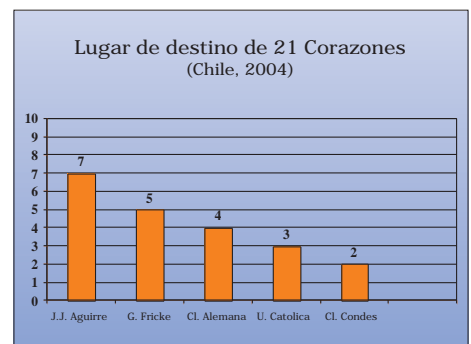
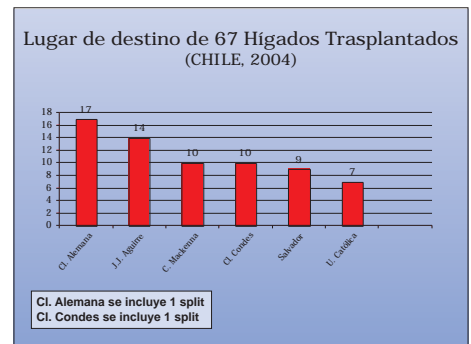
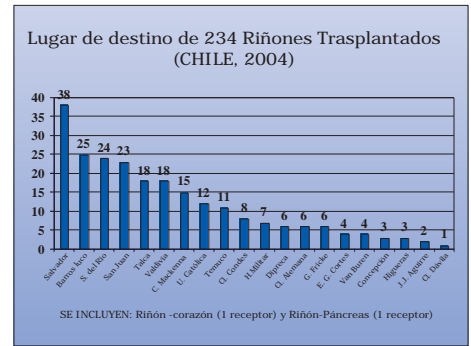


- Hemos mantenido un aumento progresivo en el número de trasplantes cardiacos liderados por la actividad realizada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile . Valioso es lo mostrado por el Hospital Gustavo Fricke, centro designado por la autoridad ministerial como centro nacional de derivación para pacientes de sistema de salud público chileno abriendo una puerta a futuro para aquellos pacientes, que por falta de financiamiento, no estaban en condiciones de acceder a trasplante cardíaco.



- Se mantiene estacionaria la cifra de trasplantes pulmonares realizados durante le 2004 en comparación al 2003. De todos modos la optimización del manejo de los donantes en las Unidades de Cuidados Intensivos y Urgencias deberá aumentar progresivamente la oferta de órganos óptimos para trasplante que, por contar aún con una lista de espera pequeña y un financiamiento sólo privado, no ha sido motivo de crisis en relación al acceso oportuno de los pacientes a trasplante pulmonar.

- Si bien es cierto llama la atención el alto número de riñones no implantados; debe analizarse con mesura esta cifra, ya que la gran mayoría, al igual que lo acontecido con los injertos hepáticos, se descartaron para su implante por alteraciones anatómicas encontradas al momento del procuramiento y mantiene, en porcentajes globales, cifras validadas como aceptables para países desarrollados. Esto sólo traduce la acuciosidad del programa por asegurar la calidad de los injertos validados para trasplante.
- Como habíamos mencionado, se observó un aumento del número de riñones descartados, en su gran mayoría, por alteraciones anatómicas detectadas al momento del procuramiento, al igual que lo ocurrido con los injertos hepáticos. De todos modos existen condiciones que dependen directamente del proceso de Coordinación y que debemos mejorar para que no vuelvan a repetirse como lo son: la existencia de un riñón congelado y 2 riñones que fueron decapsulados al momento de la extracción. Comentario aparte merece la existencia de 4 riñones perdidos por isquemia fría prolongada lo que nos obliga, en conjunto con el Instituto de Salud Pública a revisar el funcionamiento actual para que estas situaciones no vuelvan a repetirse. A pesar de lo anterior la cifra global, de un 7% de riñones perdidos en el proceso, es comparable a programas desarrollados en procuramiento y trasplantes.
- Cifra inalterable a través del tiempo es que los procuramientos se realizan en horario hospitalario no hábil, es decir entre las 17 hrs – 08 hrs a.m donde constituyen el 70% del total de donantes procurados; lo que trae asociado las esperables dificultades que significan el recargar la labor del personal de turno en los diferentes centros asistenciales enalteciendo aún más su cooperación desinteresada hacia esta actividad. Esta situación creemos que contribuye directamente al aumento de las horas de isquemia y debe plantearnos reformas en el sistema de funcionamiento actual de la actividad.
- La gran mayoría de los trasplantes renales se concentran en rango de 18 – 24 hrs. de isquemia fría. Lo preocupante es que el promedio general aún bordea las 20 horas, situación que se ha mantenido estacionaria en los últimos 4 años y en donde aún contamos con más de un 20% de injertos trasplantados con más de 24 hrs. Como Corporación del Trasplante creemos que debe reformarse la forma de funcionamiento actual, para los estudios de compatibilidad, persiguiendo optimizar al máximo los tiempos de isquemia fría actuales.





Del total de donantes multiorgánicos la mayor proporción de tejidos procurados siempre está dado por válvulas cardíacas que habitualmente corresponde al 60% del total de donantes; hecho dado por provenir de un órgano interno que no se asocia a deformación u otros resquemores que influyen en la donación de otros tejidos como piel, huesos, córneas, etc. En el 2004, la donación de válvulas cae al 48% del total de donantes que se explica por, en primer lugar, el aumento de los trasplantes cardíacos realizados, sumado a la disminución de donantes y al aumento de donantes provenientes de regiones lo que dificulta, en oportunidades el procuramiento de tejidos. En córneas nuevamente correspondió sólo al 30% del total; lo que es un valor preocupante considerando el alto número de pacientes en lista de espera y la tendencia a mantener esta tasa estacionaria en los últimos años. El año 2004 volvió a aparecer la tendencia habitual de Chile en relación a la donación de tejido óseo (menos de 10 donantes por año) y una nueva disminución, a cifras casi nulas, de donantes de piel. Los miedos culturales frente a la donación de tejidos como córneas, piel y huesos deben erradicarse con educación de la población general y sanitaria.

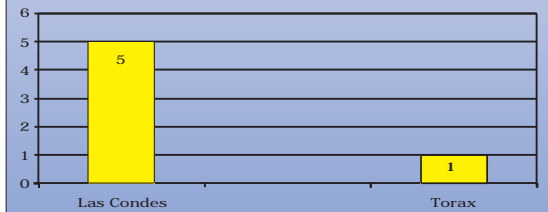
De todos modos, la mejor herramienta para aumentar el procuramiento de tejidos en Chile es desarrollar programas de extracción en parada cardíaca como el implementado exitosamente para extracción de córneas en el Servicio Metropolitano Oriente. De repetirse la experiencia en otros centros y ampliando a otros ejidos podrían eliminarse las necesidades a nivel nacional y al mismo tiempo, potenciaría el desarrollo de otro gran proyecto, a mediano plazo para la Corporación, que es la creación de un Banco Nacional de Tejidos que nos permita unificar criterios y normar esta actividad en Chile.

A pesar de la disminución en el número total de donantes (que se ve reflejada en las tasas de donantes efectivos), el aumento de las tasas de potenciales donantes, tanto a nivel de región metropolitana como del resto de las regiones, traducen una mayor pesquisa y un aumento de las alertas de los diferentes centros asistenciales hacia la Corporación. Al mismo tiempo, si bien es cierto, la tasa de trasplantes renales disminuyó, el aumento de las tasas de trasplantes hepático y cardíaco fueron históricamente mayores lo que junto al inicio del trasplante de intestino y la existencia de programas de trasplante de páncreas y pulmonar, traduce el desarrollo progresivo de la actividad en nuestro país.

La disminución en el número de donantes efectivos como la mayor cantidad de órganos descartados, influyó en el descenso de la cantidad total de trasplantes realizados que fue aproximadamente un 3% menor en comparación al año 2003. La creación, a contar del año 2005, de Coordinadores de Procuramiento con dedicación exclusiva a esta actividad, en 5 Centros Hospitalarios de nuestro país, augura un desarrollo de la actividad que debiera traducirse en un aumento de la tasa de donación y, por ende, del número total de trasplantes realizados.

### Lugar de destino de 6 pulmones

(Chile, 2004)



### Total de órganos procurados e implantados (Chile, 2004)

ORGANO	TOTAL PROCURADO	TOTAL IMPLANTADO	PERDIDA
Riñón	252	234	18
Hígado	70	67 (2 split)	5
Corazón	21	21	0
Pulmón	6	6	0
Intestinos	1	1	0
Páncreas	1	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>350</b>	<b>330</b>	<b>23</b>

### Principales causas de pérdida de órganos (Chile 2004)

#### RIÑÓN

- Isquemia Fría prolongada 4
- Riñones Con tumores 1
- Donante Grupo AB 2
- Anomalías Vasculares 2
- Hipoplásicos 4
- Anomalia estructural 2
- Decapsulado 2
- Congelado 1

**TOTAL**  
 • Procurados: 252  
 • Implantados: 234  
 • % Pérdida: 7.1%

#### HIGADO

- Problemas Anatómicos (Graso) 3
- Recept. Descompensado 1
- Hígado Séptico 1

**TOTAL** 5  
 • Procurados : 65  
 • Implantados : 67 ( 2split)  
 • % pérdida : 7.7%

### Horario de Procuramiento de 134 Donantes Efectivos (Chile, 2004)

Horario	Nº	%
0 – 8 Hrs. AM	43	32%
8 – 16 Hrs. PM	27	20%
16 – 24 Hrs. PM	64	48%
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100%</b>

### Horas de Isquemia Fría de 234 Injertos Renales de Origen Cadavérico

Horas	Nº	%
< 12	21	9
12 – 18	69	29,5
18 – 24	93	39,7
24 – 30	43	18,4
> 30	8	3,4
<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>100%</b>

Promedio : 19,5 horas

### Nº DONANTES de TEJIDOS CHILE (2004)

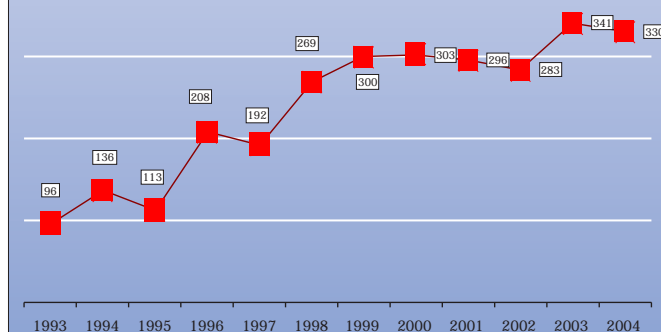
CORNEAS	46
VALVULAS	65
PIEL	4
HUESOS	3
PANCREAS	1

### Tasas de Donantes Potenciales y Efectivos, y tasas de trasplantes por órganos (Expresadas por millón de Hbts. Chile 2004)

ITEM	Nº Absoluto	Tasa x Millón Hbts.
Donante Potencial País	293	19.5
Donante Potencial RM	173	28.9
Donante Potencial Regiones	120	13.3
Donante Efectivo País	134	8.93
Donante Efectivo RM	78	13
Donante Efectivo Regiones	56	6.2
Tx. Renal Donante Cadáver	234	15.6
Tx. Hepático Donante Cadáver	67	4.5
Tx. Cardíaco	21	1.4
Tx. Pulmonar	6	0.4
Tx. Intestinos	1	0.06
Tx. Páncreas	1	0.06

\* Población Chile 2002: 15.2 millones; RM: 6.2 millones Hbts., Regiones 9,0 millones Hbts.

### CHILE: TOTAL TRASPLANTES ÓRGANOS SÓLIDOS POR AÑO (Chile, 2004)



## REGISTRO NACIONAL TRASPLANTE DE ORGANOS

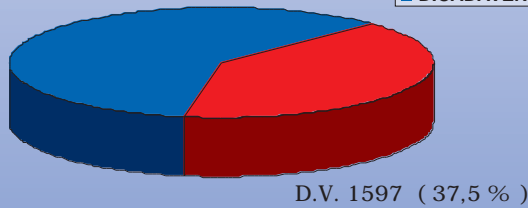
SECCION DE HISTOCOMPATIBILIDAD  
SUBDPTO DE INMUNOLOGIA  
INSTITUTO DE SALUD PUBLICA DE CHILE 2004

### TRASPLANTE RENAL

#### TRASPLANTES RENALES EN CHILE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2003

TOTAL TRASPLANTES: 4262

D.C. 2665 ( 62,5 % )



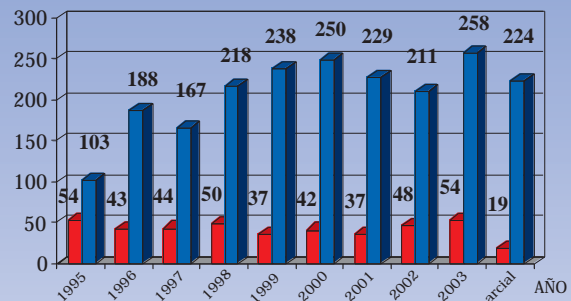
D.V. 1597 ( 37,5 % )

Incluye trasplantes combinados

ISP-2004

#### FRECUENCIA DE TRASPLANTES RENALES EN CHILE

NUMERO TX



2004 D Vivo hasta 31 agosto

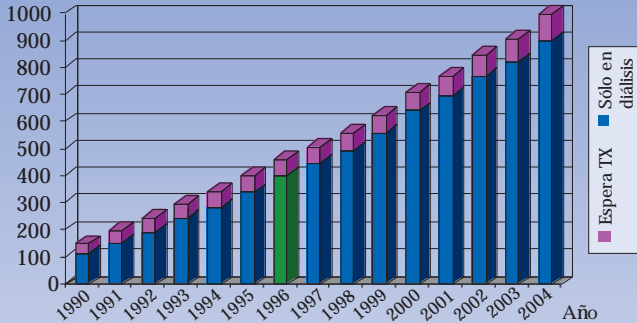
D Cadáver hasta 1 diciembre

Incluye trasplantes renales combinados

ISP-2004

#### PACIENTES EN DIALISIS Y EN ESPERA DE TRASPLANTE CON DONANTE CADAVER

N° Pacientes



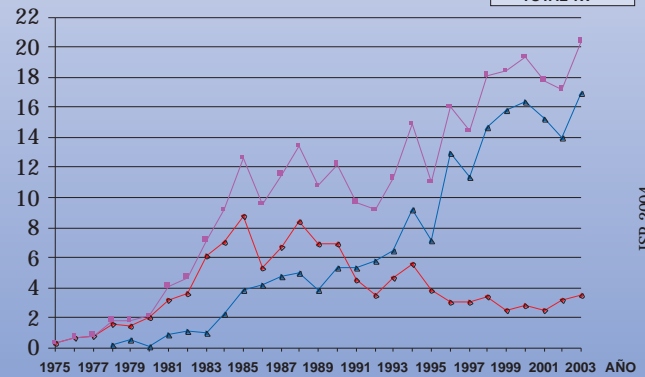
Al 30/11/2004 hay 1019 pacientes en programa tx renal cadáver.

Solo 676 (66%) efectivamente en programa, por Res1709 (7 centros fuera)

ISP-2004

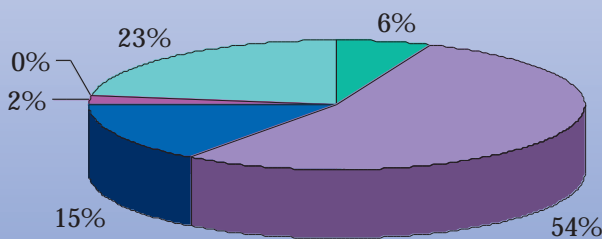
#### TASAS DE TRASPLANTES RENALES EN CHILE

TASA POR MILLON HBTES.



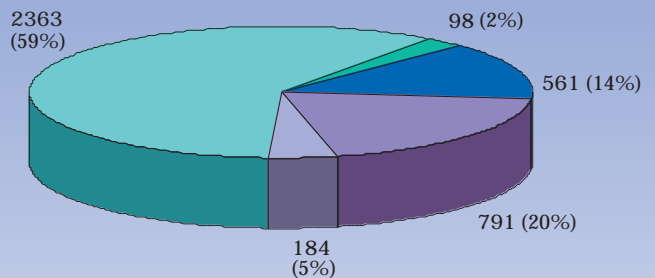
ISP-2004

#### TIEMPO DE ISQUEMIA FRIA EN 581 TRASPLANTES RENALES ( 2002 - JUNIO 2004 )

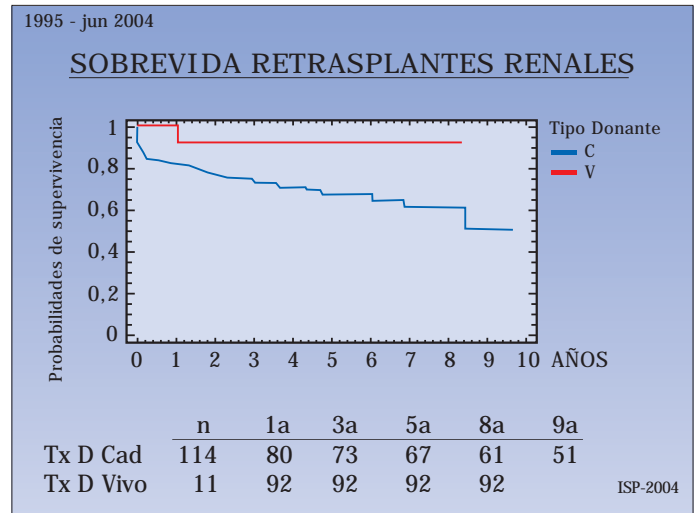
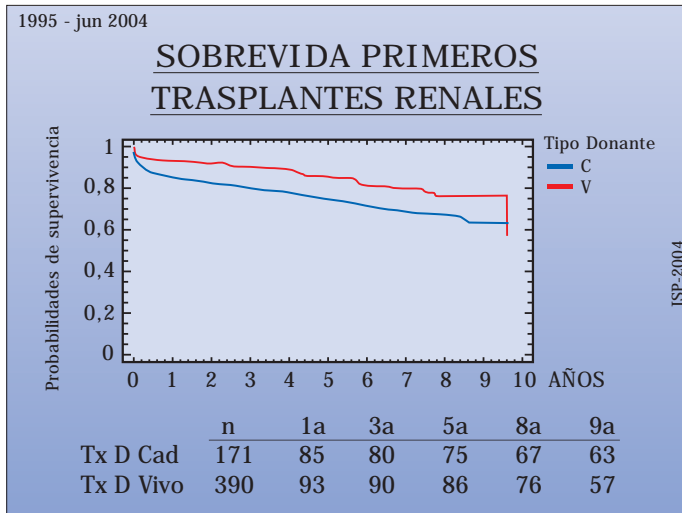


ISP-2004

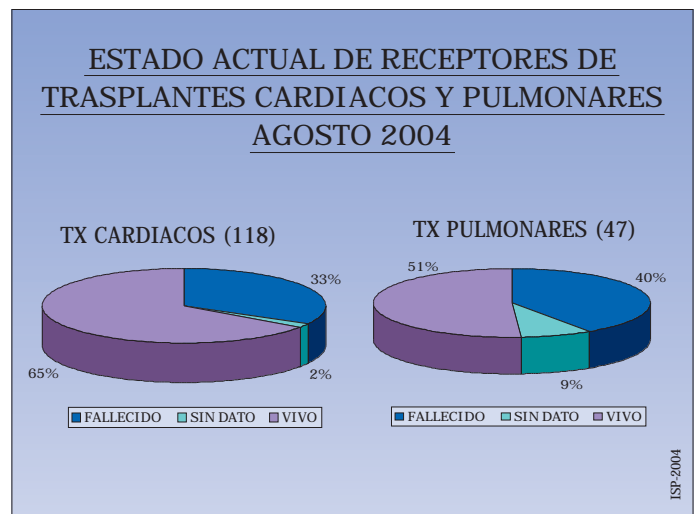
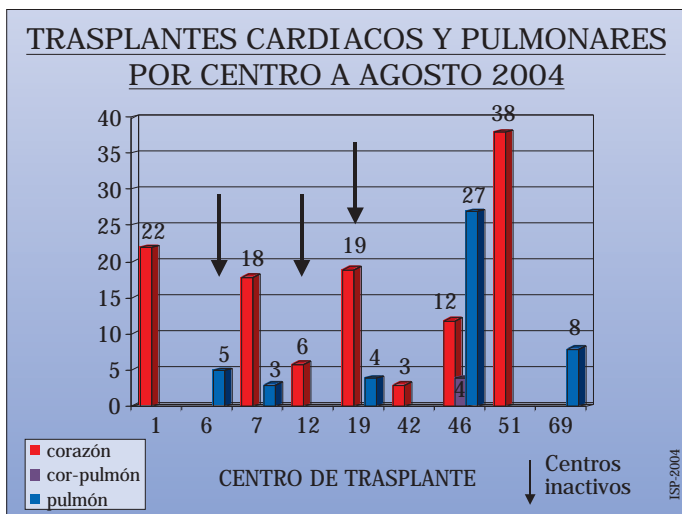
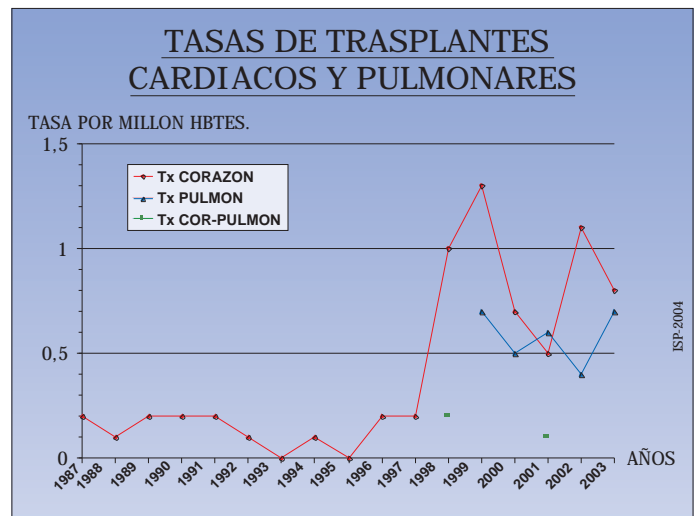
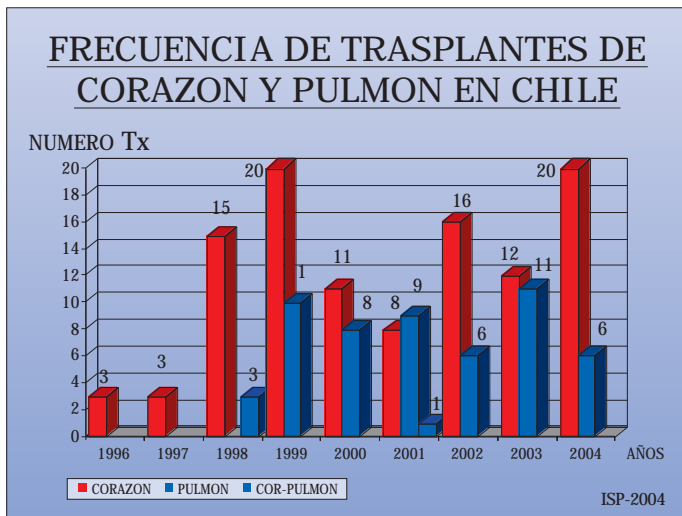
#### ESTADO DE 3997 RECEPTORES DE 4262 TRASPLANTES RENALES. 1975 - junio 2004

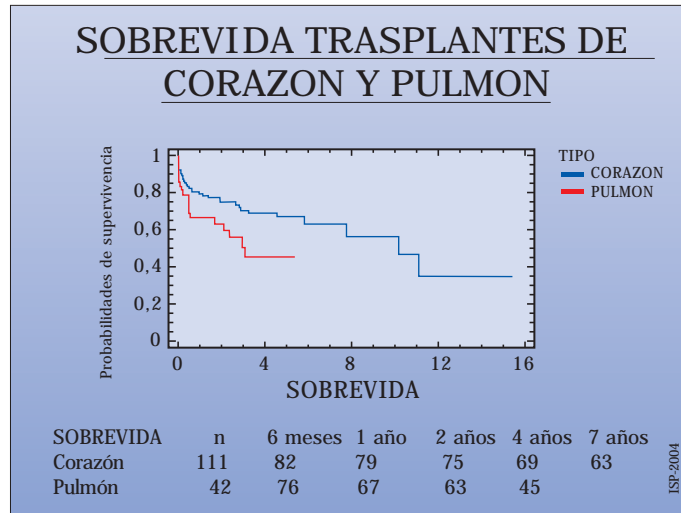


ISP-2004

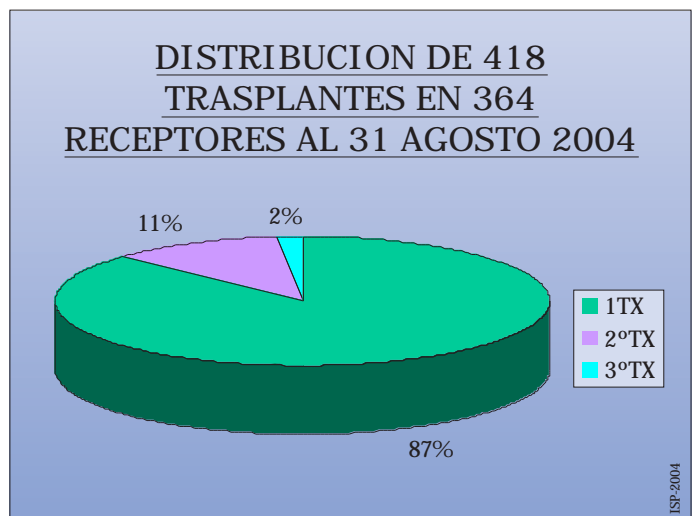
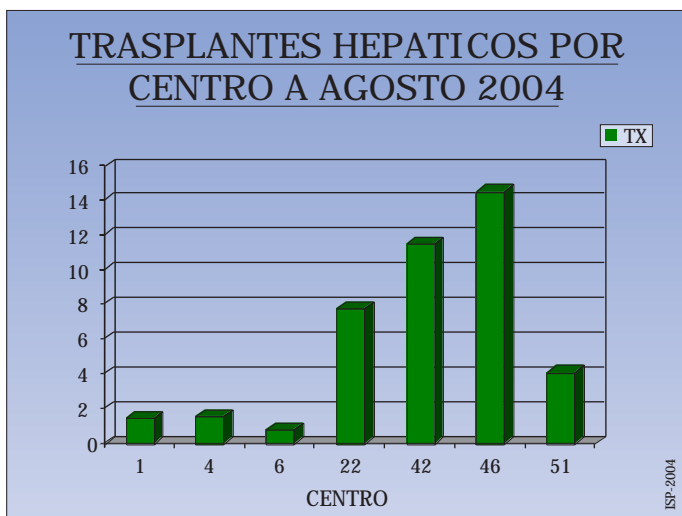
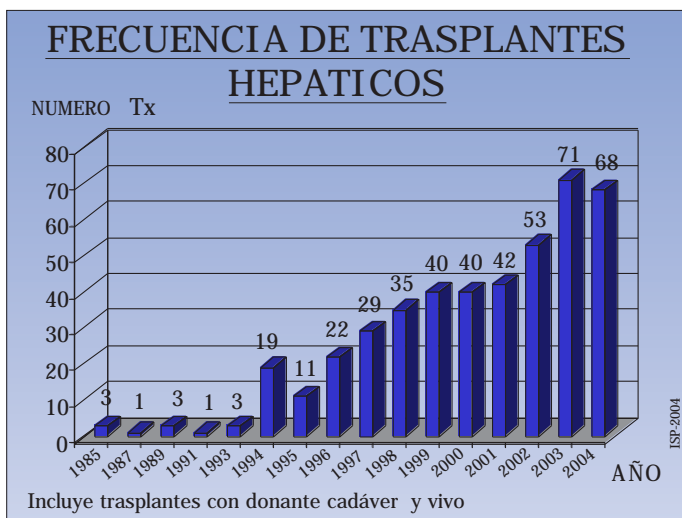


TRASPLANTE CORAZON - PULMON

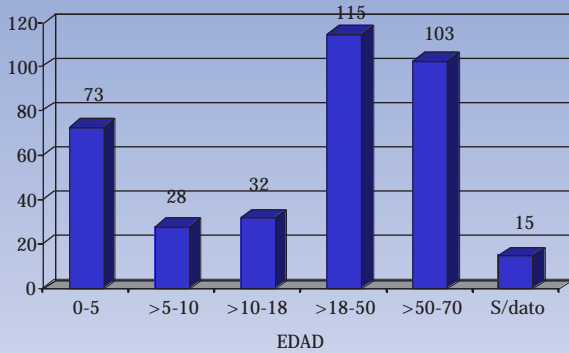




## TRASPLANTE HEPATICO

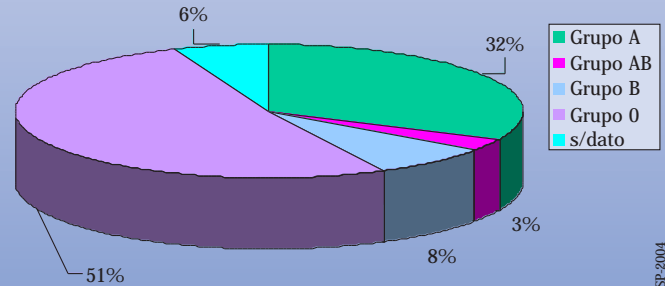


### EDAD DE RECEPTOR AL PRIMER TRASPLANTE HEPATICO



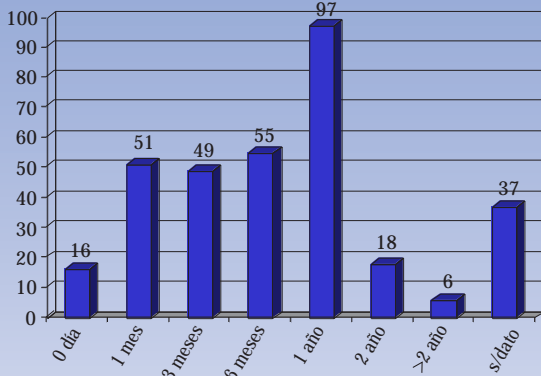
ISP-2004

### GRUPO SANGUINEO DE 364 RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPATICO



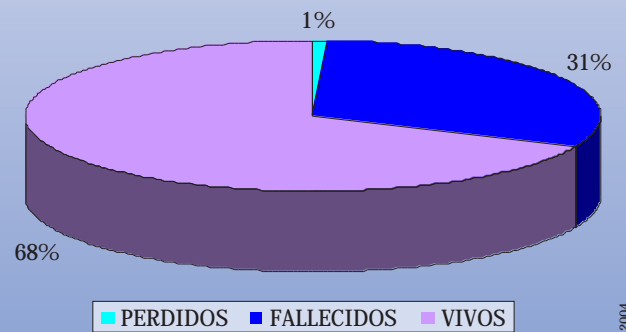
ISP-2004

### TIEMPO DE ESPERA DE PRIMER TRASPLANTE HEPATICO EN 329 RECEPTORES



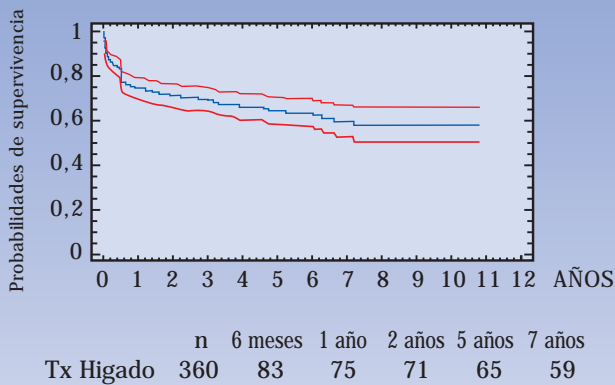
ISP-2004

### ESTADO DE 364 RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPATICO AL 31/08/2004



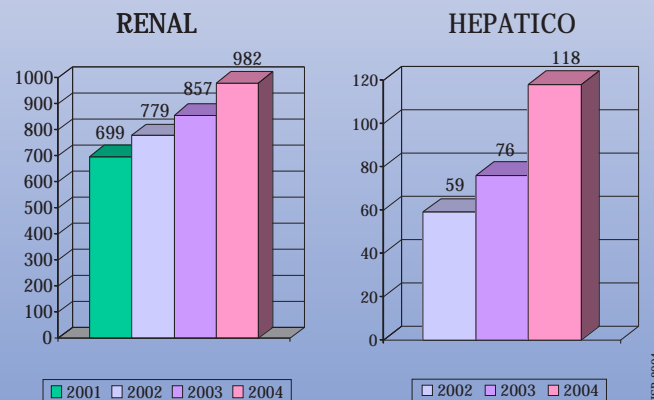
ISP-2004

### SOBREVIDA RECEPTOR TRASPLANTE HEPATICO



ISP-2004

### PACIENTES EN ESPERA TRASPLANTE DONANTE CADAVER A SEPTIEMBRE DE CADA AÑO



ISP-2004

#### Conclusiones

- El 2004 el número de trasplantes renales con donante cadáver fue inferior al 2003, fue similar en trasplantes hepáticos y superior en trasplantes cardiacos.
- El número de donantes cadaver es insuficiente para las listas de espera.
- Un número importante de pacientes en programa trasplante renal con donante cadáver estan fuera de programa por resolución 1709.
- La sobrevida de trasplante de órganos sólidos en Chile es buena.

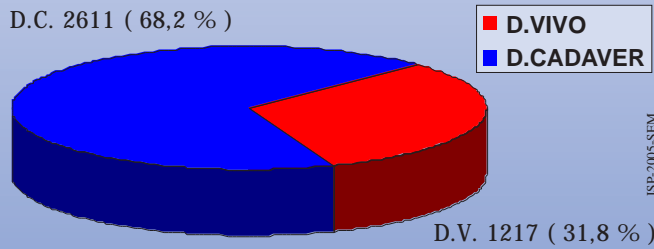
## REGISTRO NACIONAL TRASPLANTE DE ORGANOS TRASPLANTES RENALES EN MAYORES DE 18 AÑOS

SECCION DE HISTOCOMPATIBILIDAD  
SUBDPTO DE INMUNOLOGIA  
INSTITUTO DE SALUD PUBLICA DE CHILE 2004

### REGISTRO TRSAPLANTE RENAL

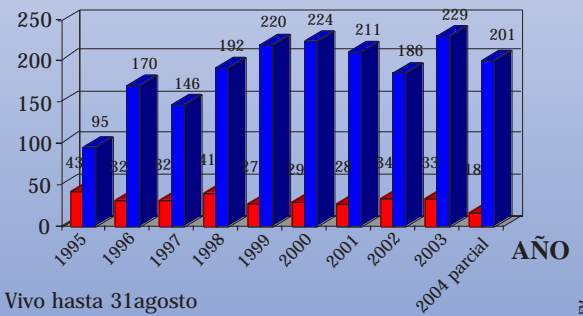
- Registro trasplante renal en mayores de 18 años, sin considerar trasplantes UC antes de 1984: total de 3828 (desde 1975 a 2004)
- Cálculos de sobrevida para periodo 1995 a junio 2004, con observación a Agosto 2004. No considera tx combinados 22tx no considerados por ser "perdidos"

#### TRASPLANTES RENALES EN CHILE EN MAYORES DE 18 AÑOS. AL 31 DE DICIEMBRE DE 2004\*



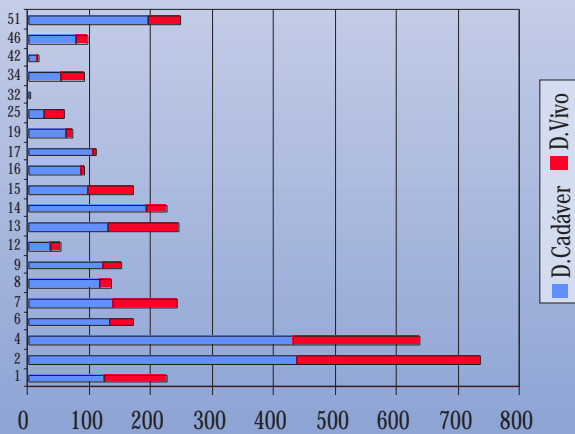
Incluye trasplantes combinados  
No incluye trasplantes UC previo a 1984

#### FRECUENCIA DE TRASPLANTES RENALES EN CHILE EN MAYORES DE 18 AÑOS NUMERO TX

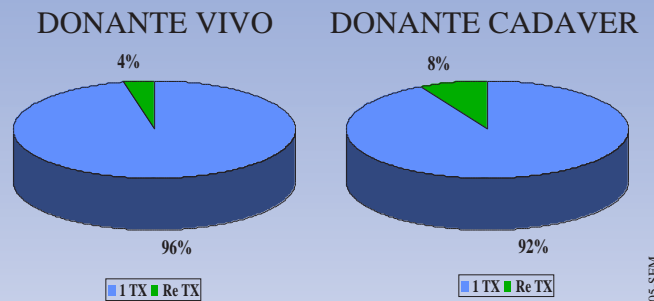


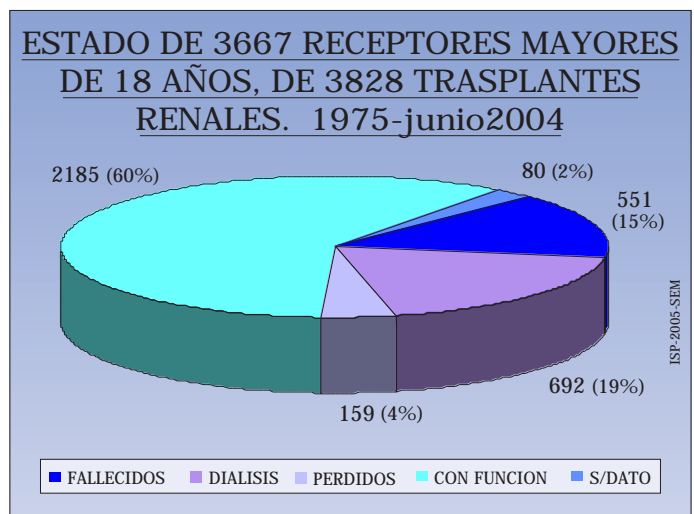
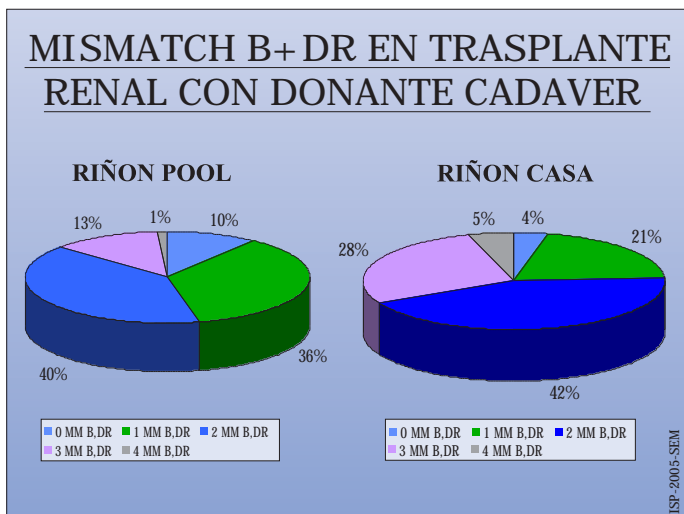
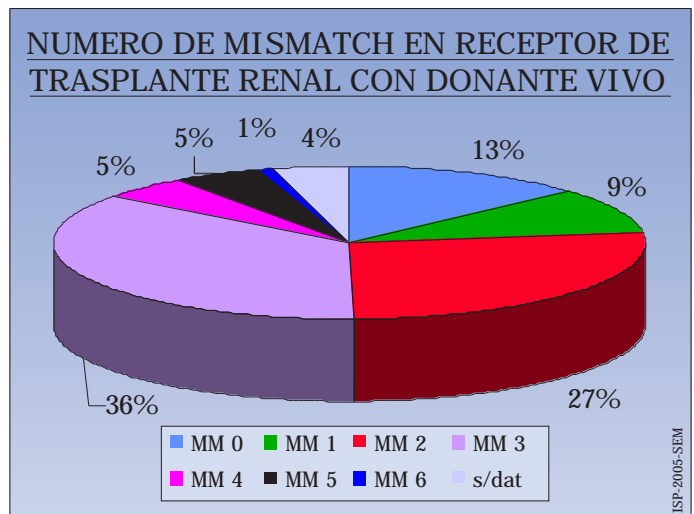
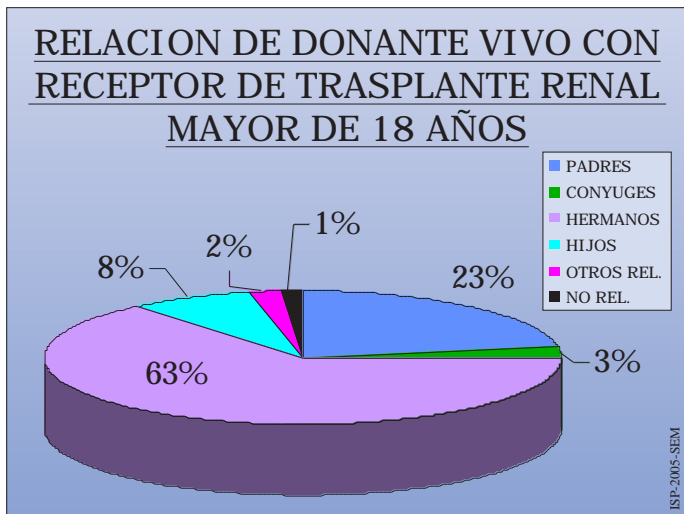
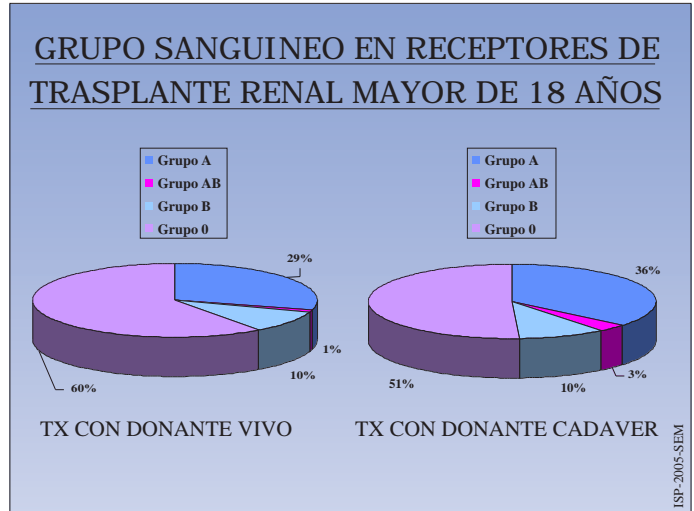
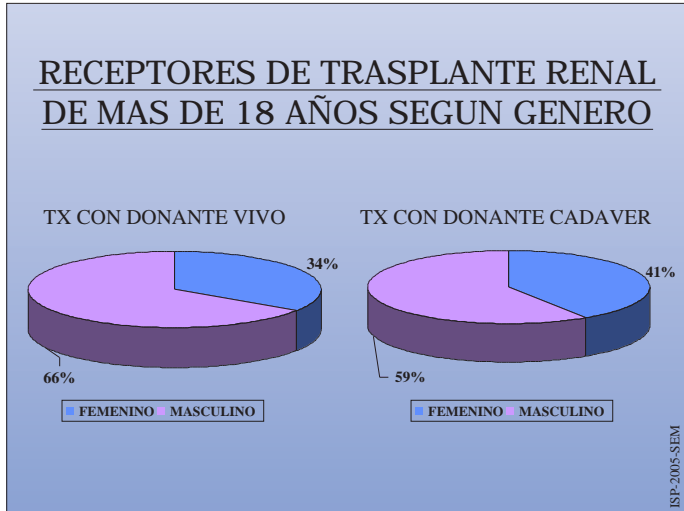
2004 D Vivo hasta 31 agosto  
D Cadáver hasta 31 diciembre  
Incluye trasplantes renales combinados

#### TRASPLANTES RENALES POR CENTRO

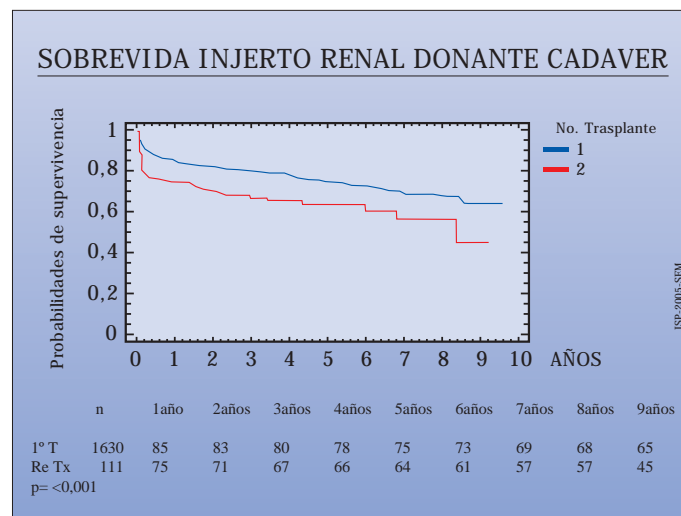
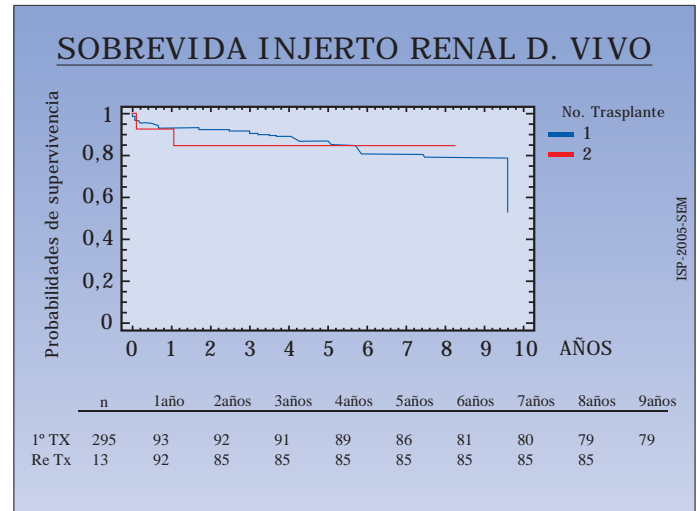
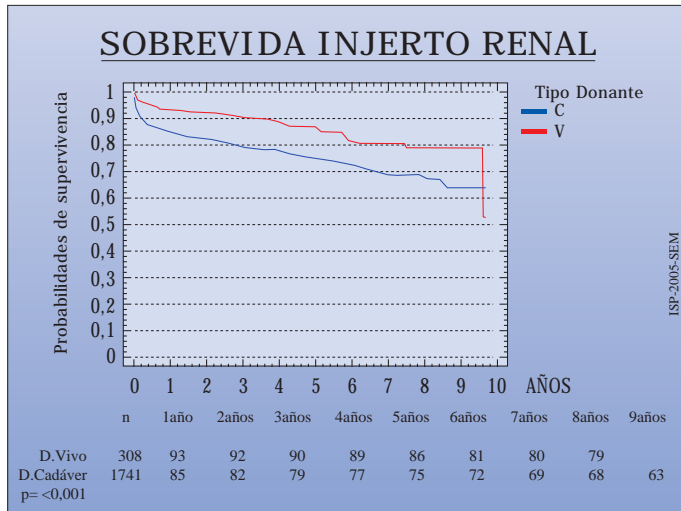


#### FRECUENCIA DE PRIMEROS TRASPLANTES Y RETRASPLANTES









#### ● Conclusiones

- El año 2003 presenta la mayor frecuencia de trasplantes renales con donante cadáver, disminuyendo el 2004.
- Dos centros de trasplantes sobresalen por el mayor número de trasplantes realizados, tanto con donante cadáver como con donante vivo. Debe sin embargo considerarse el tiempo de actividad de los centros en esta evaluación.
- El 29% de los receptores de trasplantes con donante vivo son de grupo sanguíneo A, los que constituyen el 36% de los trasplantados con donante cadáver.
- El 14% de los riñones pool y 33% de los riñones casa tienen 3 o 4 mismatch B+DR.
- El 60% de los receptores trasplantados está con función renal.
- La sobrevida del trasplante renal con donante cadáver es inferior al primer trasplante, en cambio la sobrevida del trasplante con donante vivo es similar a la del primer trasplante.
- La sobrevida del injerto renal con donante vivo es de 86% a 5 años y del injerto con donante cadáver es de 75%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

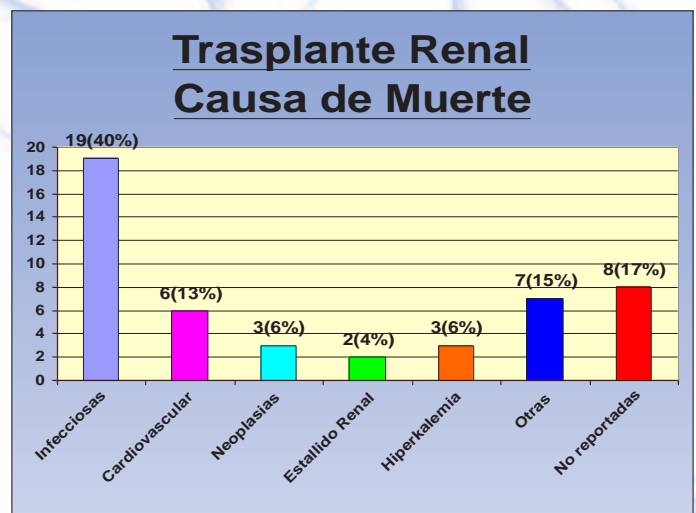
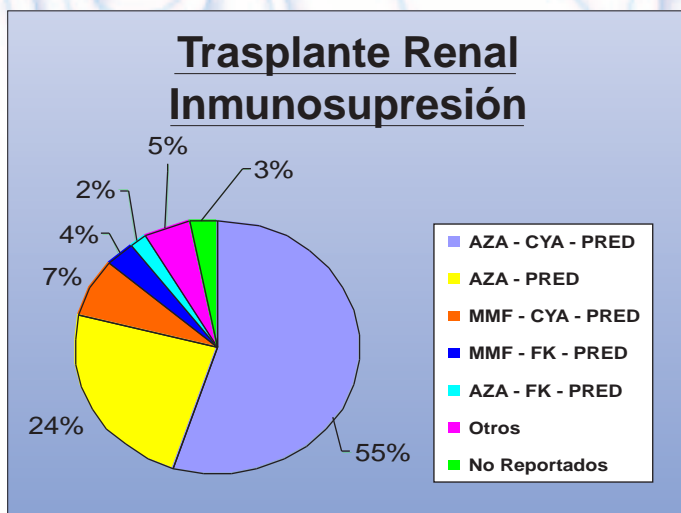
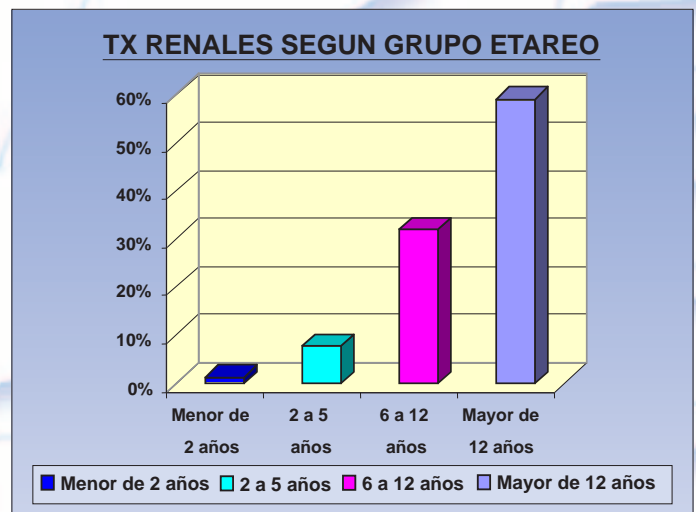
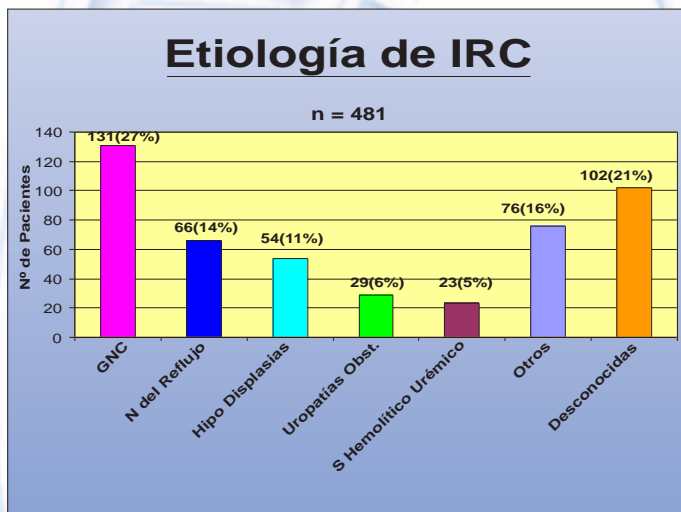
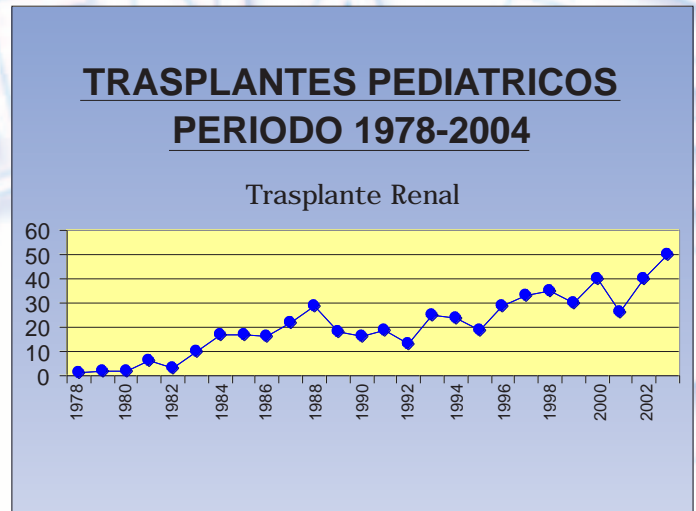
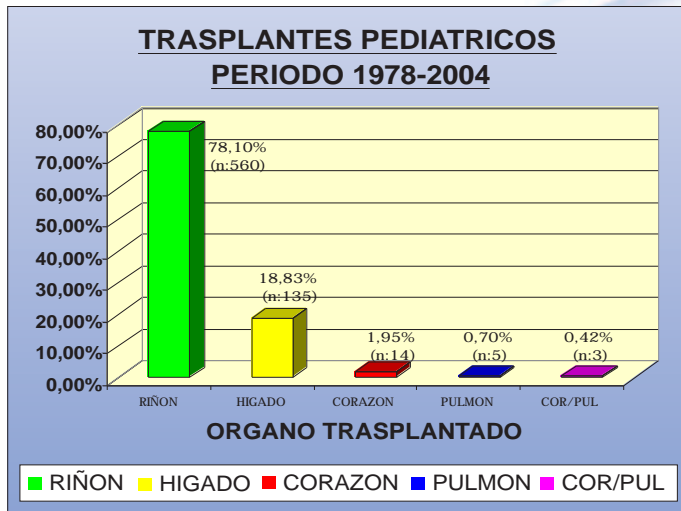
## TRASPLANTE RENAL PEDIATRICO

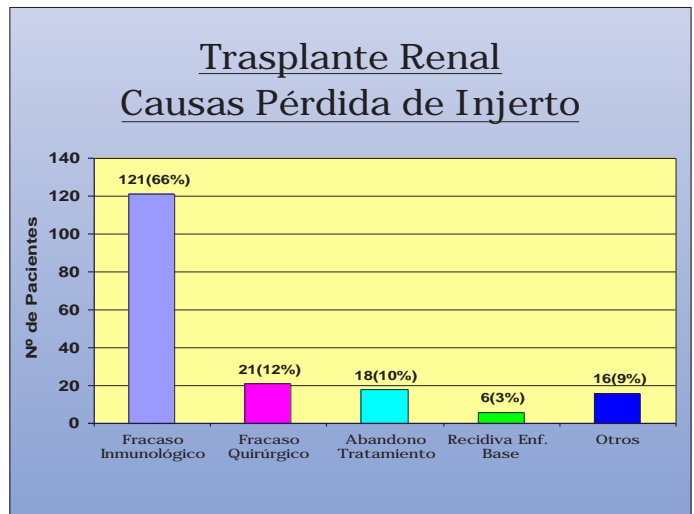
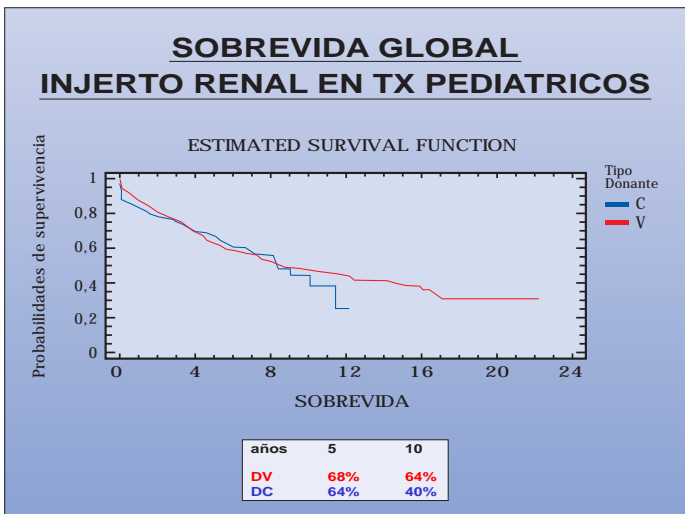
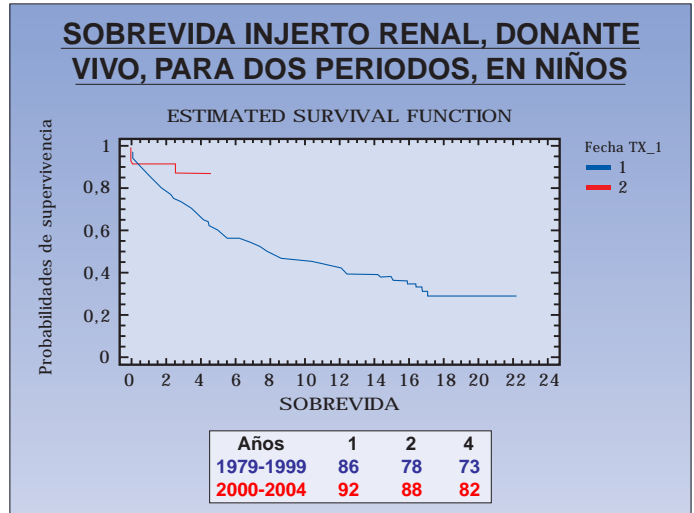
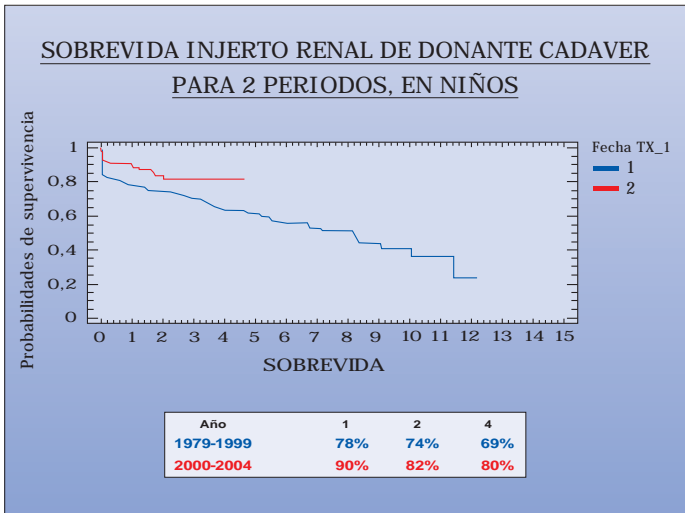
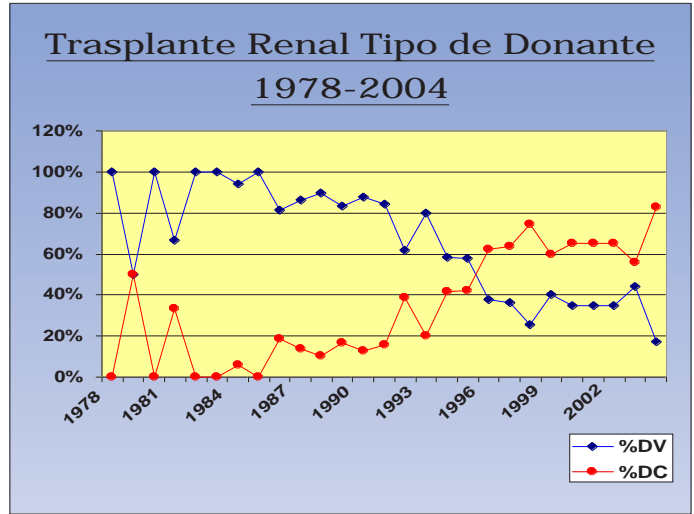
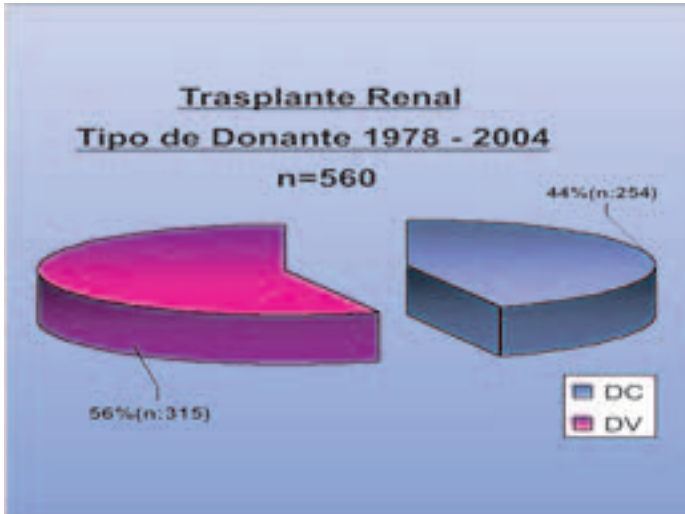
CUENTA ANUAL • 2004

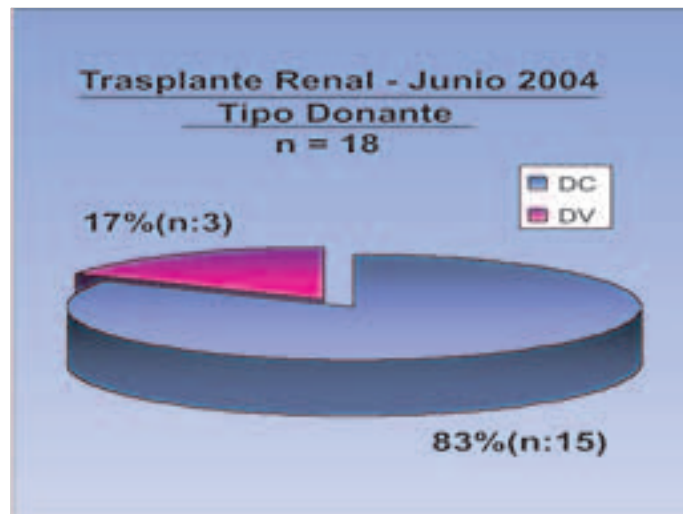
● Sociedad Chilena de Trasplante Participantes:

*Dra. Viola Pinto S.M, Dra. Angela Delucchi B., Dra. Julia Palma B., Dra. Susana Elgueta*

*1. Hospital Dr. Exequiel González Cortés, 2. Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, 3. Instituto de Salud Pública de Chile*



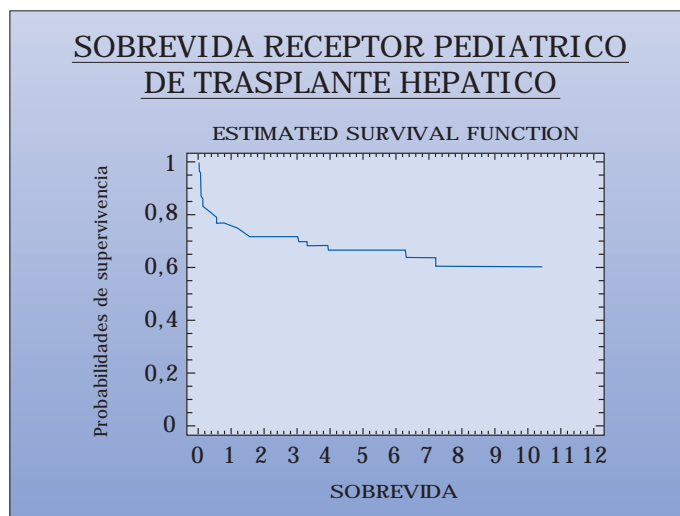
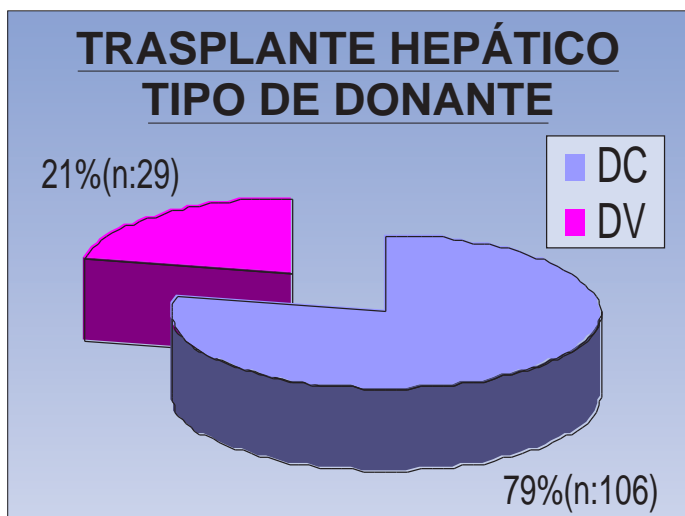
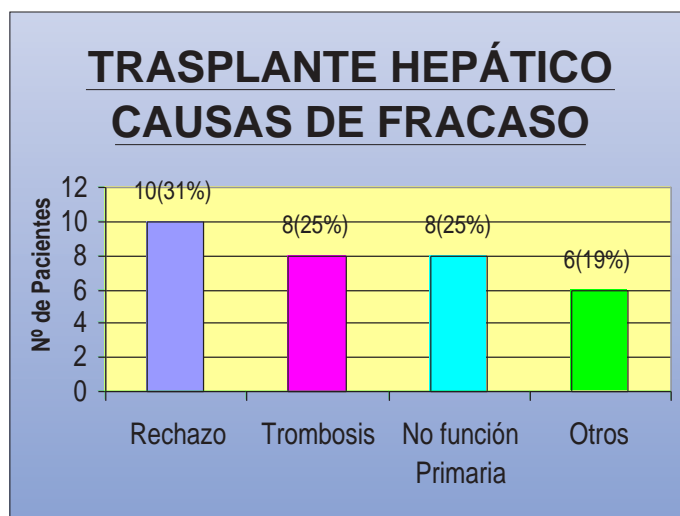
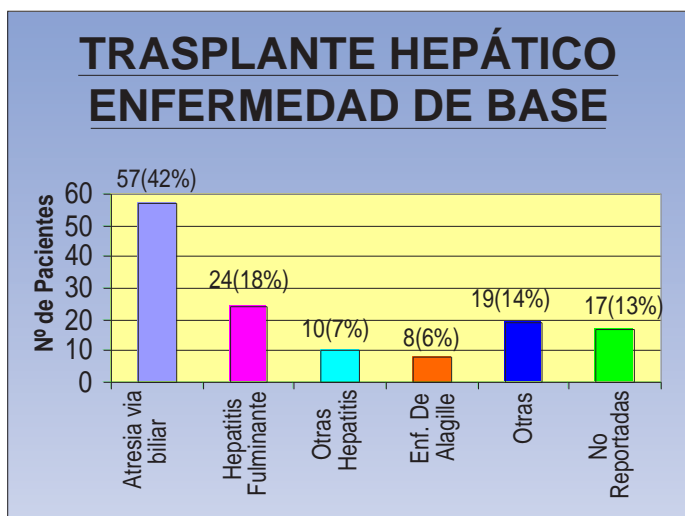
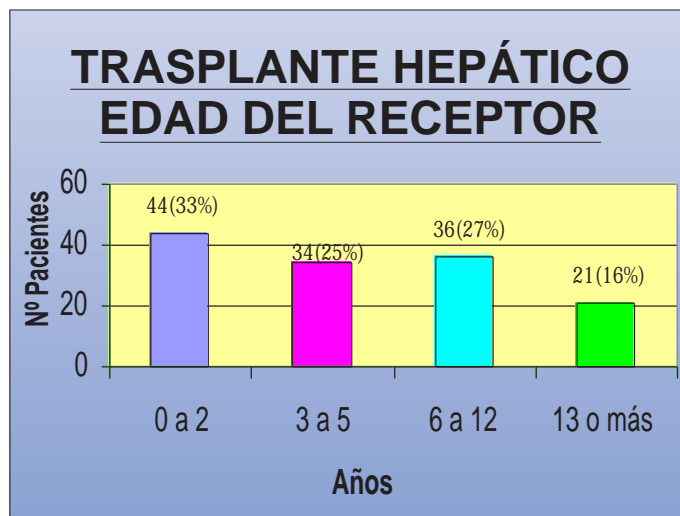
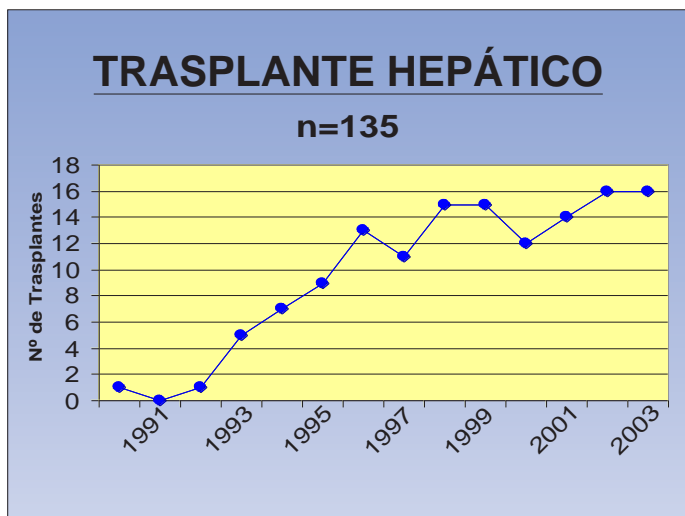




#### ● Conclusiones - Tx renal

- Entre 1978 y Junio 2004, se realizaron 560 Trasplantes renales, en pacientes < 18 años, en Chile.
- Del total de Trasplantes realizados, 78.1% correspondieron a riñón y 18.8% a hígado.
- Durante el período total de observación, se observa un discreto predominio del Trasplante renal con Donante Vivo, 56%.
- Esta tendencia se invierte desde el año 1996 y durante el primer semestre del 2004 el 83% de los Trasplantes corresponden a Donante Cadáver.
- El número de trasplantes renales se ha incrementado exponencialmente, a través del tiempo, sin embargo este aumento ha sido más notorio desde 1997 en adelante.
- 85% de los pacientes trasplantados tienen 6 o más años de edad, al momento del trasplante, siendo el 55% de ellos mayores de 12 años.
- El 55% de los pacientes ha recibido Inmunosupresión Clásica con Prednisona-Azatioprina-Ciclosporina. Un 24% recibió sólo Prednisona-Azatioprina, y sólo un 18 % ha recibido terapias con nuevos esquemas inmunosupresores, entre los que destacan el uso de Micofenolato, Tacrolimus, Rapamicina y Basiliximab.
- Estos nuevos esquemas se han utilizado en el último período ( 2000-2004) principalmente.
- El 66% de los pacientes pierden el injerto por causa inmunológica, un 12% por complicación quirúrgica y 10% abandonan el tratamiento.
- 40% de los pacientes mueren por causa infecciosa.
- La sobrevida global de injertos renales es de 68% y 64% a 5 y 10 años, para el DV y 64% y 40%, para el DC, en el mismo período.
- La sobrevida de injertos, diferenciada, en los períodos 1979-1999 y 2000-2004, según tipo de donante, es de 73% vs 82% en DV y 69% vs 80% en DC, a 4 años.

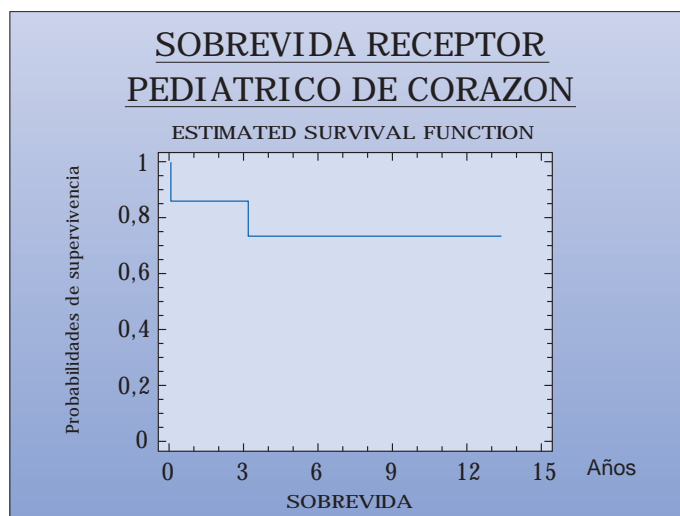
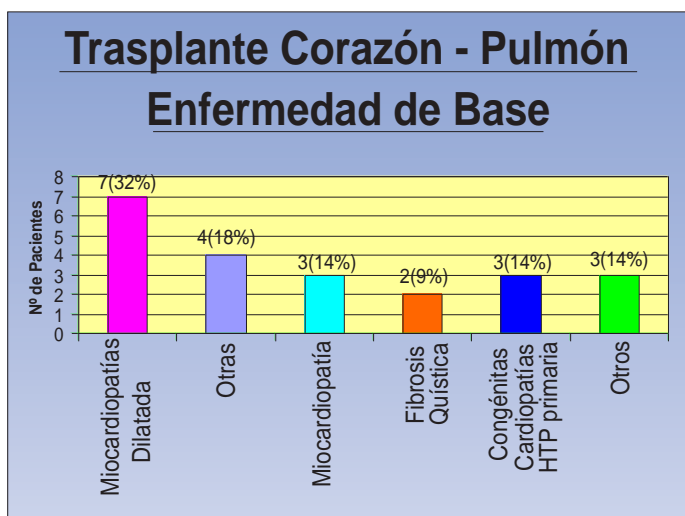
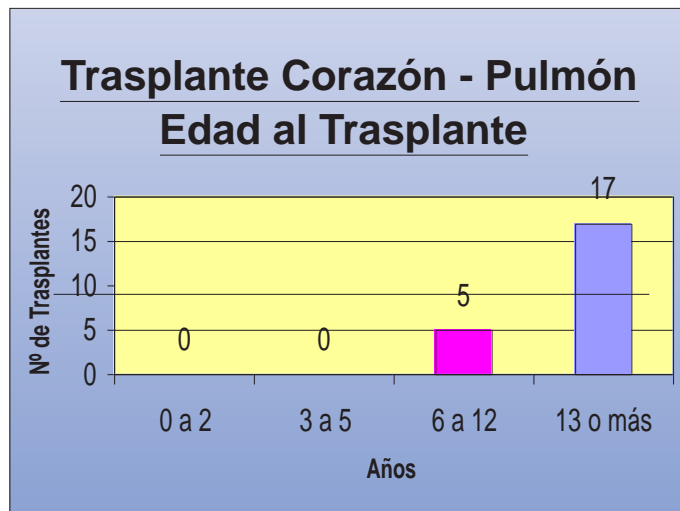
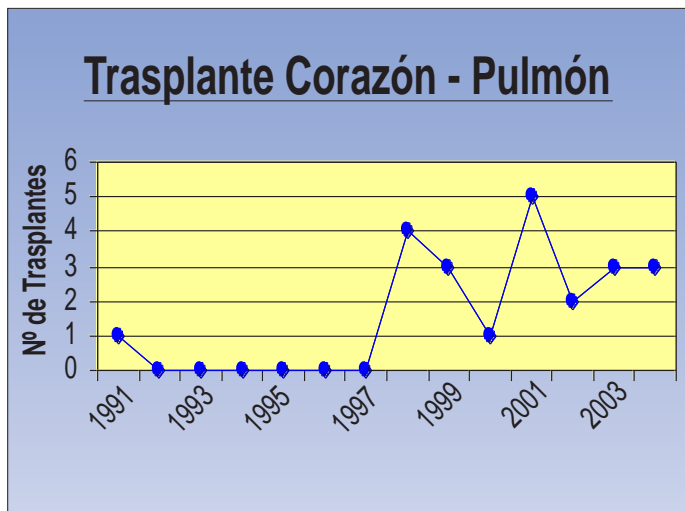
### TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO



● Conclusiones - Tx hepático

- Se han realizado un total de 135 trasplantes hepáticos, en pacientes pediátricos, en el período 1979-2004.
- El 78.5% corresponde a Tx Donante Cadáver.
- La edad al trasplante fue de 5 años o menos, en el 58% de los casos.
- Un 42% tienen como enfermedad de base la Atresia de vías biliares
- Las causas de fracaso son el rechazo(31%), trombosis(25%) y no función primaria(25%).
- La sobrevida es de 76% y 67% a 1 y 5 años, respectivamente.

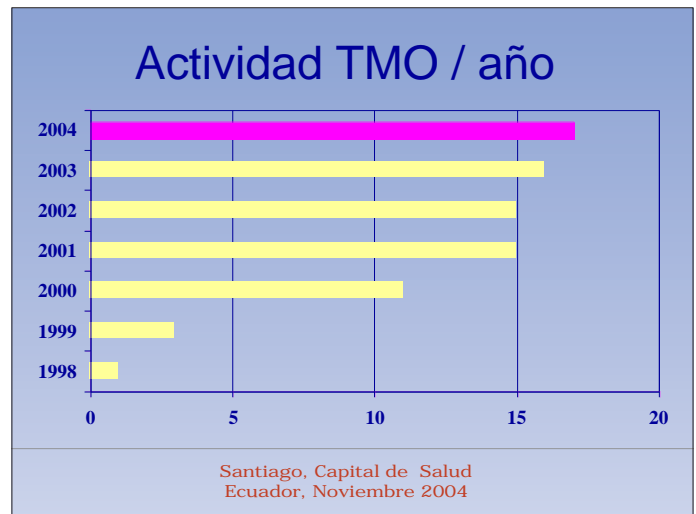
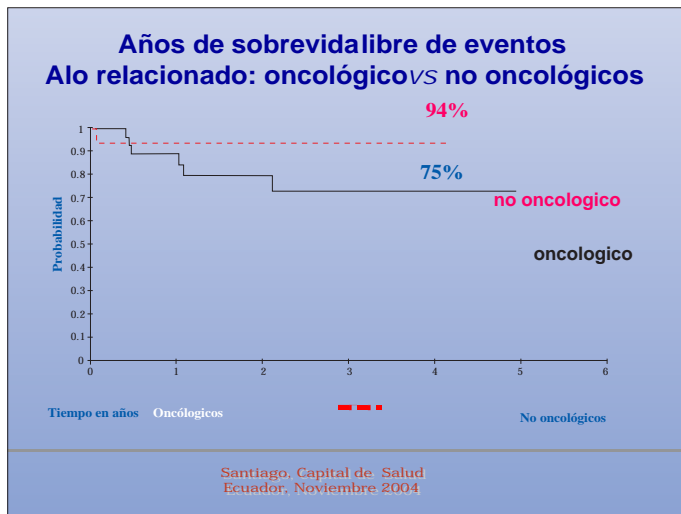
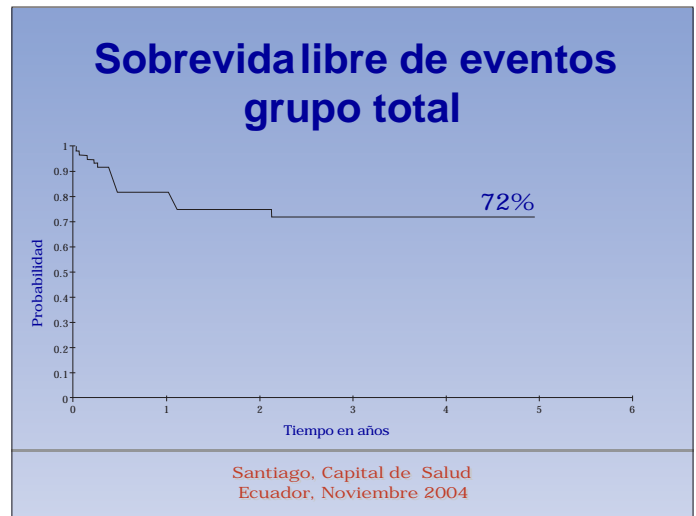
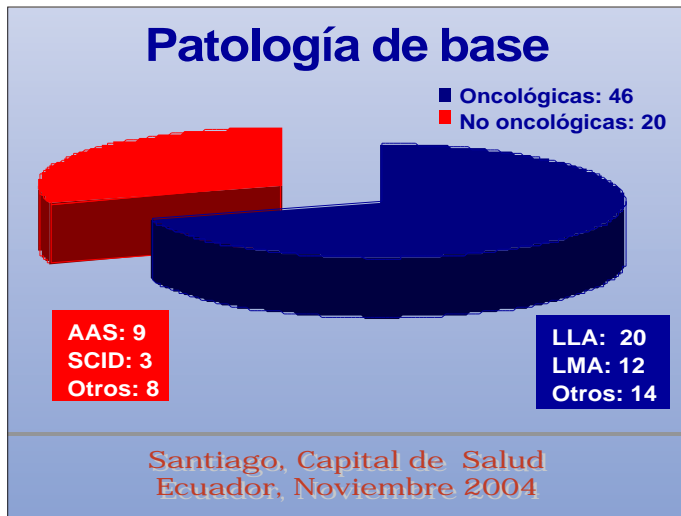
## TRASPLANTE CORAZON - PULMON PEDIATRICO



#### ● Conclusiones - Tx corazón/pulmón

- Se han realizado 22 trasplantes en este período, 16 de corazón, 5 de pulmón y 1 combinado.
- La mayoría de los pacientes se trasplantan con 13 años o más.
- La miocardiopatía dilatada es la principal causa de Tx cardíaco.
- La sobrevida es de 85% a 1 y 3 años, en Tx cardíaco.

## TRASPLANTE MEDULA OSEA PEDIATRICO EN HOSPITAL L. CALVO MACKENNA



#### ● Conclusiones - Tx M.Osea

- El trasplante de Médula ósea se inicia en 1998, con un aumento progresivo.
- Las causas que lo originan son oncológicas y no oncológicas en 46 y 20 pacientes, respectivamente.
- La sobrevida libre de eventos es de 94% y 75% para pacientes no oncológicos vs oncológicos.

