

UNIDAD QUIRÚRGICA TRASPLANTE RENAL CHUAC

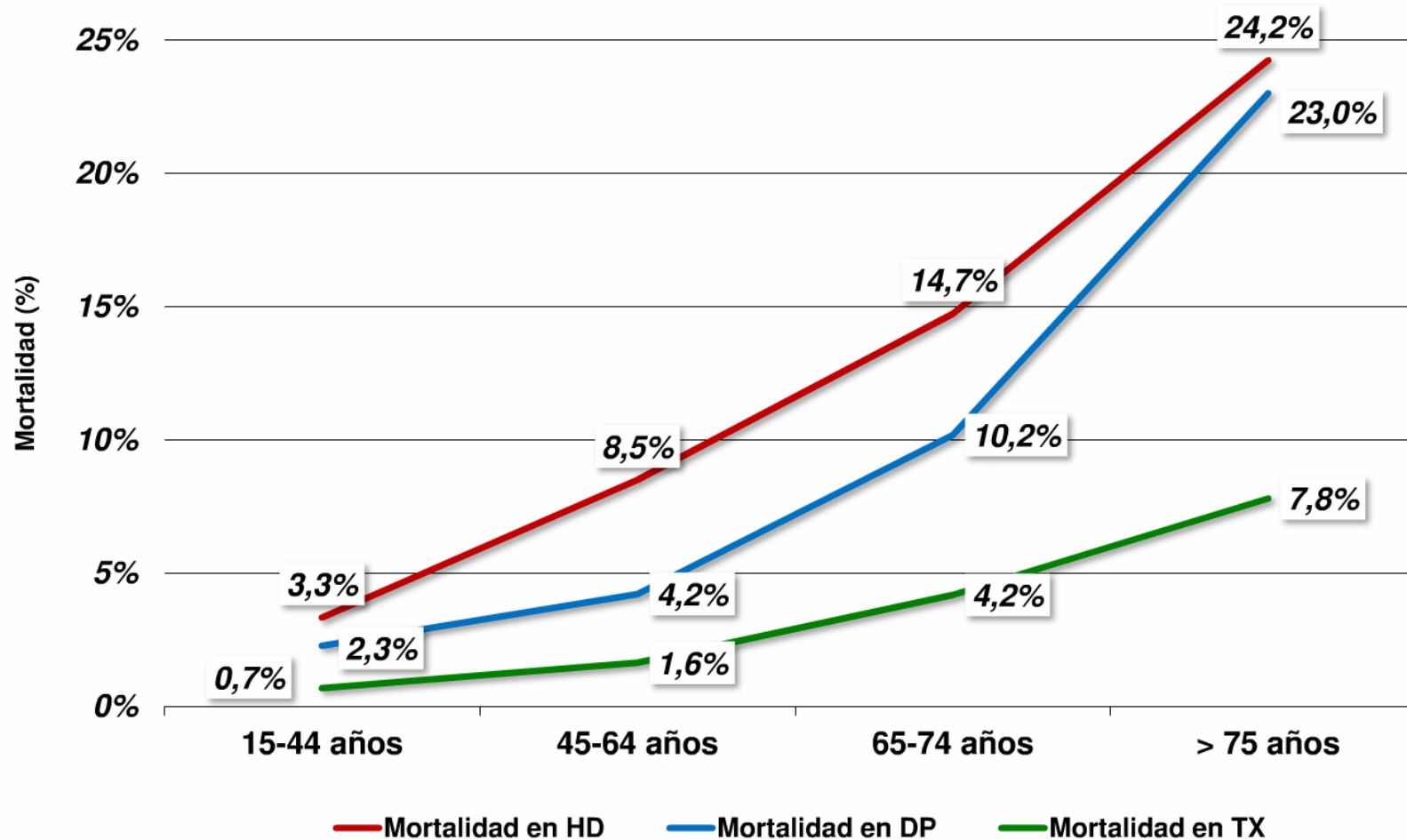


EL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL

LA VISIÓN DEL CIRUJANO

JAVIER RGUEZ.-RIVERA
Jefe de Unidad Quir. Trasplante Renal.

Mortalidad en IRCT



EVALUACIÓN MÉDICA

1.- EDAD

2.- ENF. CARDIOVASCULAR

- Cardiopatía Isquémica
- Enf. Vascular Periférica
- Enf. Cerebrovascular

3.- DIABETES MELLITUS

4.- COAGULOPATÍAS

5.- OBESIDAD

6.- COLELITIASIS

7.- CIRROSIS

8.- ENF. DIVERTICULAR DEL COLON

9.- HIPERPARATIROIDISMO

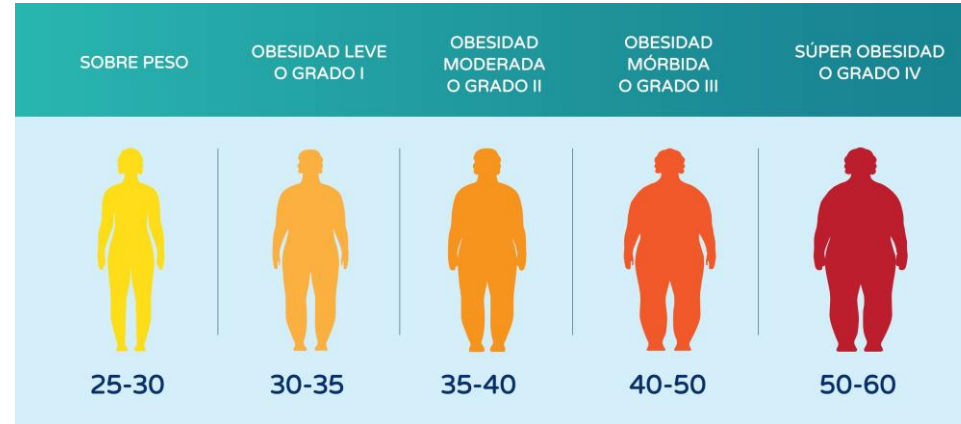
10.- CAUSA, TIEMPO Y EVOLUCIÓN DE SU E.R.C

11.- INFECCIONES

EVALUACIÓN QUIRÚRGICA

- 1.- OBESIDAD
- 2.- ENF. VASCULAR PERIFÉRICA
- 3.- PATOLOGÍA UROLÓGICA
- 4.- PATOLOGÍA TUMORAL PREVIA
- 5.- EVALUACIÓN RIESGO QUIRÚRGICO

OBESIDAD



- ✓ NO DIFERENCIA: - ADIPOSIDAD VISCERAL
- ADIPOSIDAD SUBCUTÁNEA
- MASA MUSCULAR

- ✓ NO DIFERENCIA LA DISTRIBUCIÓN DE LA GRASA: - APPLE SHAPE
- PEAR SHAPE

- ✓ INTERFIERE LA SOBRECARGA DE LÍQUIDOS
- GLUTEO - FEMORAL



OTROS ÍNDICES:

- ÍNDICE CINTURA – CADERA
- PERÍMETRO CINTURA

PACIENTE OBESO: MENOR PROBABILIDAD DE ACCESO AL TRASPLANTE

1. MÁS COMORBILIDADES Y COMPLICACIONES PRETRASPLANTE
2. REQUIEREN UN CONTROL MÉDICO MÁS EXAHUSTIVO
3. SESGO CLÍNICO. - MAYOR DISFUNCIÓN INICIAL DEL INJERTO
 - MÁS COMPLICACIONES PERIINJERTO Y DE PARED
 - MAYOR NÚMERO DE REINGRESOS Y MÁS PROLONGADOS

TRASPLANTE DE PACIENTE OBESO. CIRUGÍA.

1. MÁS COMPLICACIONES
2. ↑ TIEMPOS QUIRÚRGICOS
3. MAYOR COMPLEJIDAD TÉCNICA

** Medicaid y Medicare desincentiva a los cirujanos basándose en sus cálculos de complicaciones, reingresos y largas estancias.

OBESO TRASPLANTADO. EN TÉRMINOS DE SUPERVIVENCIA

1. MENOR SUPERVIVENCIA DEL INJERTO
2. MENOR SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE



EVENTOS CARDÍACOS:

- INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA
- FIBRILACIÓN AURICULAR
- CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

1. OTROS ESTUDIOS NO

2. **SÍ:** IMC < 35 + < 41 AÑOS + DIABETES + RECHAZO AGUDO

PACIENTE OBESO, ¿¿ NO LO TRASPLANTAMOS ??

“EL BENEFICIO EN SU SUPERVIVENCIA Y CALIDAD DE VIDA, DIÁLISIS vs. TRASPLANTE, HA SIDO AMPLIAMENTE COMPROBADO “

- Am. J. Transplant 2013;13: 2083-2090.
- Clin. Transplant 2011; 25: 401-405.
- Am. J. Transplant 2015;15: 2378-2386

“LA OBESIDAD, PERSÉ, NO DEBERÍA CONSIDERARSE UN OBSTÁCULO PARA EL ACCESO AL TRASPLANTE RENAL”

INDIVIDUALIZACIÓN

1. IMC < DE 30 O DE 35 ?¿
2. DISPOSICIÓN DE LA GRASA
3. EDAD
4. PATOLOGÍA CONCOMITANTE: CARDÍACA Y DIABETES
5. **GRADO DE IMPLICACIÓN DEL PACIENTE**
 - OBESIDAD COMO ENFERMEDAD
 - IMPLICACIÓN EN CURAR SU ENFERMEDAD

QUÉ COMPLICACIONES Y POR QUÉ

1. MAYOR DIABETES DE NUEVA APARICION (NODAT). (9-36%)
2. MAYORES EVENTOS CARDÍACOS:
 - I.C.C.
 - F. AURICULAR
 - CARDIOPATIA ISQUÉMICA.
3. MAYOR DISFUNCIÓN INICIAL DEL INJERTO. (8,8–38,1%)
 - ↑ ESTADO PROINFLAMATORIO
 - ↑ NIVELES DE FACTORES PROTROMBÓTICOS: MICROTROMBOSIS
 - ↑ ACTIVIDAD SIMPÁTICA: VASOCONSTRICCIÓN
 - ↑ TIEMPO QUIRÚRGICO: ↑ TIEMPO ISQUEMIA CALIENTE.

QUÉ COMPLICACIONES Y POR QUÉ

4. AUMENTO DE LAS COMPLICACIONES DE HERIDA Y TEJIDOS BLANDOS



- INFECCIONES HERIDA QUIRÚRGICA (15-44%). MÁS A MAYOR IMC
 - AUMENTO LONGITUD Y PROFUNDIDAD HERIDA
 - TIEMPO QUIRÚRGICO ELEVADO
 - MAYOR TRAUMATISMO SEPARADOR
 - MENOR RESISTENCIA DEL TEJIDO GRASO A LAS INFECCIONES



- DEHISCENCIA DE HERIDA (23,8 %)
- HEMATOMAS PERIINJERTO
- HEMATOMAS DE PARED
- LINFOCELES (2,9–18%)
- HERNIAS DE PARED (3,2%). “HERNIAS COMPLEJAS”

- I. ACCIONES PRE QUIRÚRGICAS

- II. ACCIONES INTRA QUIRÚRGICAS

- III. ACCIONES POST QUIRÚRGICAS

I. ACCIONES PRE QUIRÚRGICAS: REDUCIR GRASA Y PERDER PESO

1.- MEDIDAS CONSERVADORAS : DIETA Y EJERCICIO. LARGAS Y POCO EFICACES.

** GRADO DE IMPLICACIÓN

2.- MEDIDAS AGRESIVAS :

➤ **CIRUGÍA BARIÁTRICA.** PREVIA O SINCRÓNICA (ROBOT)
ABIERTA – LAPAROSCÓPICA – ROBÓTICA

- RESTRICCIÓN CAPACIDAD GÁSTRICA: - BALÓN
 - RESECCIÓN GÁSTRICA (70%)
 - BANDA GÁSTRICA
- BY-PASS A ÍLEON
- MIXTA: Y-ROUX

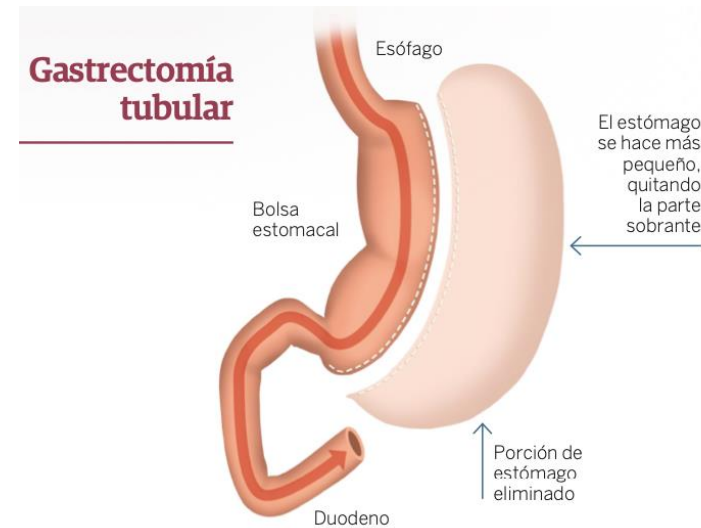
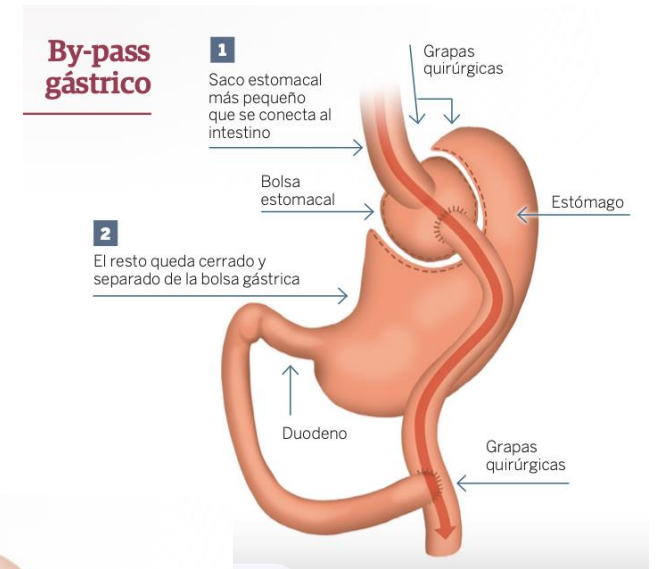
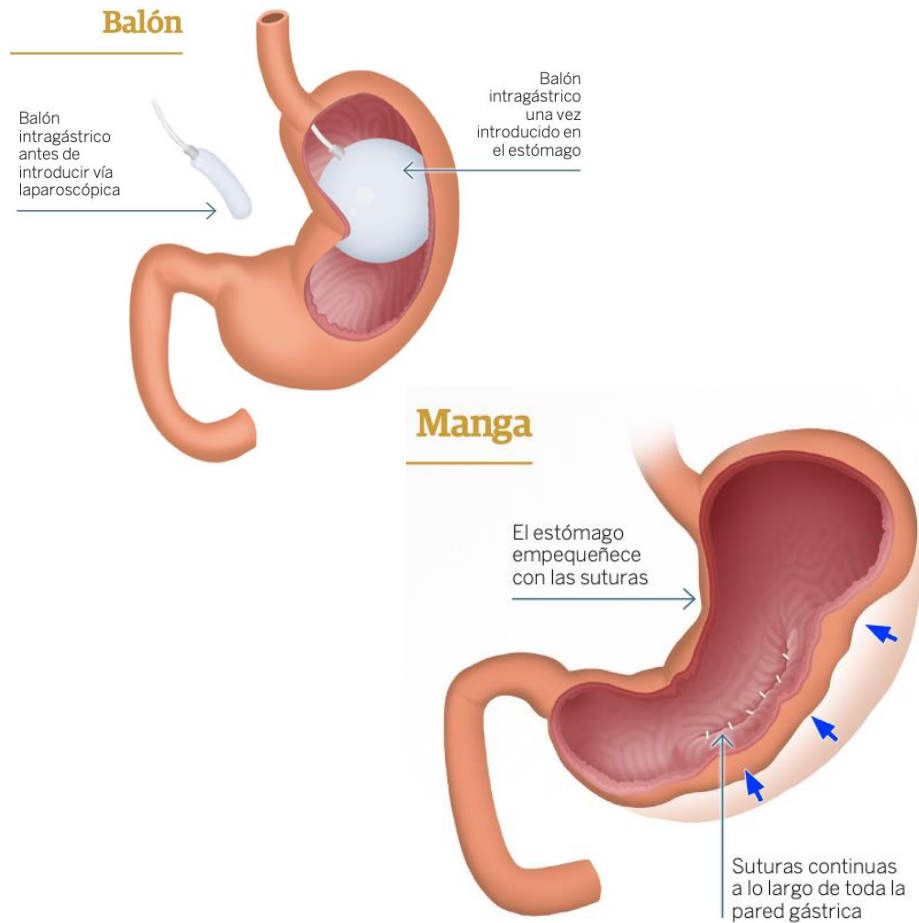
➤ **PANICULECTOMÍA PRETRASPLANTE**

➤ **PANICULECTOMÍA SINCRÓNICA**

**NUEVAS
MEDICACIONES**

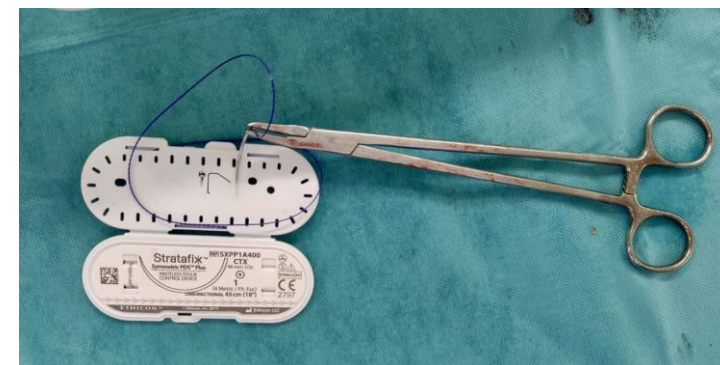


I. ACCIONES PRE QUIRÚRGICAS



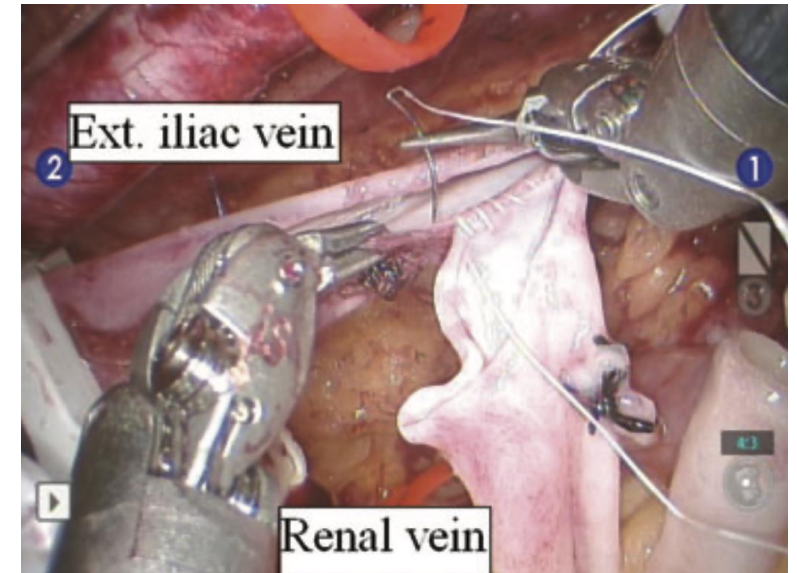
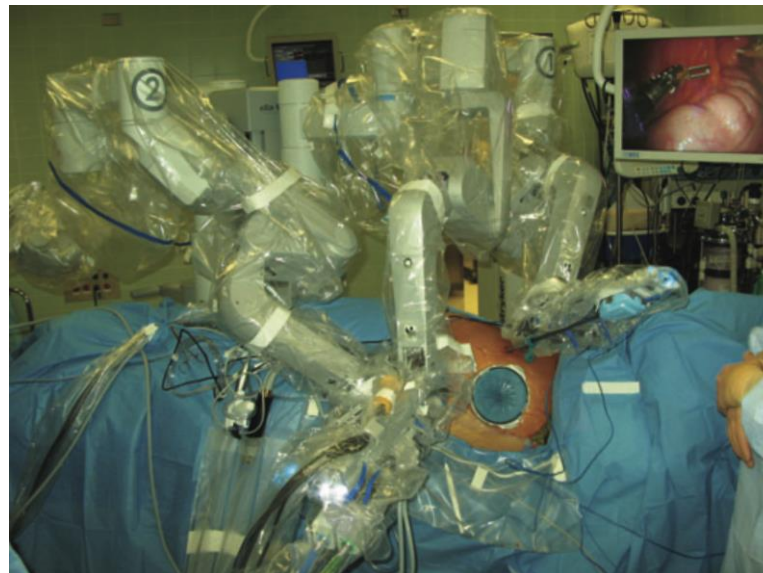
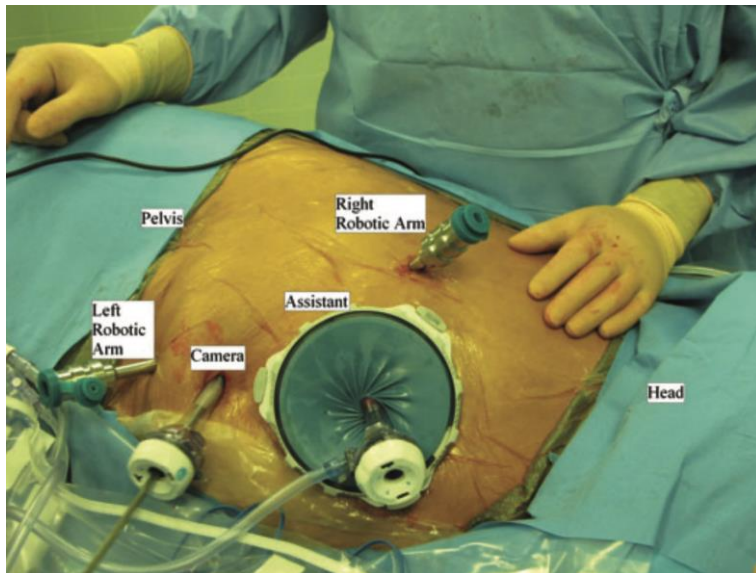
II.- ACCIONES INTRA QUIRÚRGICAS

- APAGAR EL RELOJ, A PARTIR DE LA REPERFUSIÓN
- SEPARADOR ADECUADO
- DISMINUIR TRAUMATISMO DEL SEPARADOR
- PROTECCIÓN DE LA PARED
- DRENAJE DE LECHO Y DE PARED
- ADECUADO CIERRE DE LA PARED: “NUEVAS” SUTURAS
- TRASPLANTE ROBÓTICO



TRASPLANTE ROBÓTICO

- ✓ 1º CASO TX ABIERTO ASISTIDO POR ROBOT: 2002. HOZNEK.
- ✓ 1º CASO ROBÓTICO EN CHICAGO, AÑO 2009.





TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO EN OBESOS

T. PRUDHOMME. World Journal of Urology 2021; 39: 1287 - 1298

Table 4 (continued)


	Overall population <i>n</i> = 169	Obese recipients (≥ 30 kg/m ² BMI) <i>n</i> = 32	Overweight recipients (< 30 / ≥ 25 kg/m ² BMI) <i>n</i> = 66	Non-overweight recipients (< 25 kg/m ² BMI) <i>n</i> = 71	<i>p</i>
I					
Wound infection	3 (infections)	1 (infection)	1 (infection)	1 (infection)	0.8
Postoperative ileus	1 (ileus)	0 (ileus)	1 (ileus)	0 (ileus)	0.5
II					
Pulmonary embolism	1 (PE)	1 (PE)	0 (PE)	0 (PE)	0.1
Bleeding requiring transfusions	5 (transfusions)	0 (transfusions)	2 (transfusions)	3 (transfusions)	0.5
IIIa					
Nephrostomy tube placement	2 (nephrostomies)	1 (nephrostomy)	1 (nephrostomy)	0 (nephrostomy)	0.4
Percutaneous drainage of pelvic lymphocele	1 (percutaneous drainage)	0 (percutaneous drainage)	0 (percutaneous drainage)	1 (percutaneous drainage)	0.5
IIIb					
Graft nephrectomy (reason: vascular thrombosis)	3 (graft nephrectomies)	0 (graft nephrectomy)	1 (graft nephrectomy)	2 (graft nephrectomies)	0.6
Surgical re-exploration [reason: bleeding (<i>n</i> = 2)]	2 (re-exploration)	1 (re-exploration)	1 (re-exploration)	0 (re-exploration)	0.4
Radiologic embolization	2 (radiologic embolization)	0 (radiologic embolization)	0 (radiologic embolization)	2 (radiologic embolization)	0.2

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

III.- ACCIONES POST QUIRÚRGICAS. LA INMUNOSUPRESIÓN

- RÉGIMEN CLÁSICO: TACRO – MICO – ESTEROIDES

 - AUMENTO EN UTILIZACIÓN DE **INHIBIDORES DE M-TOR**
 - ALTA EFICACIA INMUNOSUPRESORA
 - ↓ ATEROSCLEROSIS: CARDIOPROTECTOR
 - ANTINEOPLÁSICO
 - ↓ INFECCIONES VIRALES: CMV,...

 - LIMITA LA PROLIFERACIÓN CELULAR DE FIBROBLASTOS Y CÉL. ENDOTELIALES Y LA ANGIOGÉNESIS
 - ↓ EL COMPONENTE FIBRÓTICO DE LA CICATRIZACIÓN
 - ↑ LA RECANALIZACIÓN DE LINFÁTICOS
-
- 
- ❖ EXCLUIR EN PACIENTES CON IMC < 32
 - ❖ EN TODO CASO MEJOR EVEROLIMUS QUE SIROLIMUS

EVALUACIÓN QUIRÚRGICA

1.- OBESIDAD

2.- ENF. VASCULAR PERIFÉRICA

3.- PATOLOGÍA UROLÓGICA

4.- PATOLOGÍA TUMORAL PREVIA

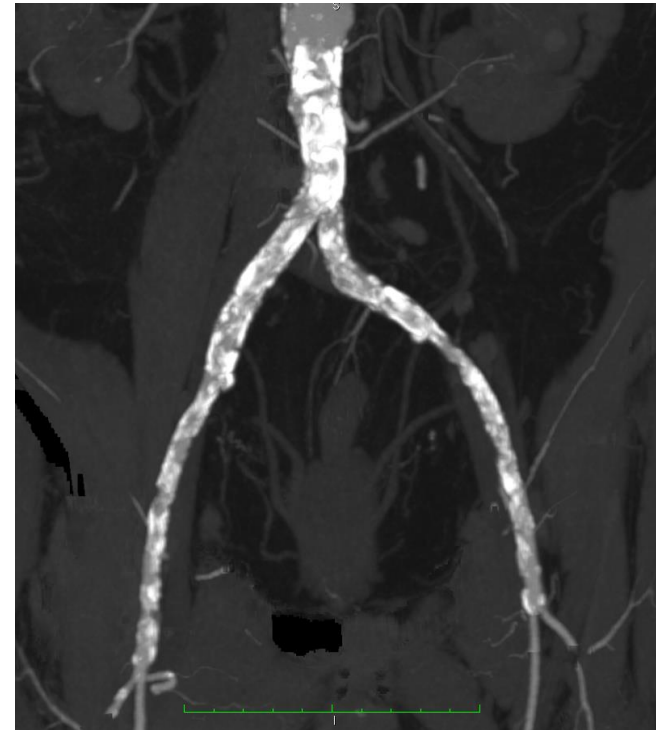
5.- EVALUACIÓN RIESGO QUIRÚRGICO

2.- ENF. VASCULAR. PERIFÉRICA

- ESTENOSIS U OCLUSIONES EXTENSAS.
- ANEURISMAS ARTERIALES

CARACTERÍSTICA PECULIAR:

IMPORTANTE CALCIFICACIÓN PARIETAL



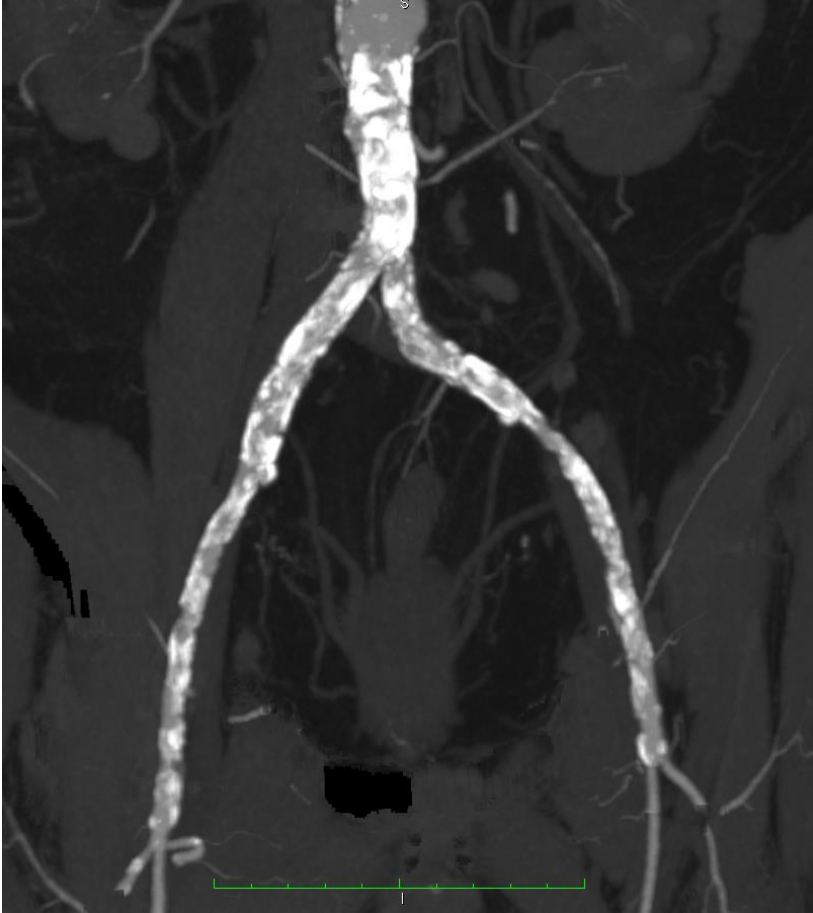
2.- ENF. VASCULAR PERIFÉRICA

- 6 - 10% DE LOS RECEPTORES EVALUADOS EN NUESTRAS CONSULTAS PRESENTAN CLAUDICACIÓN, UNI O BILATERAL.
- 20 % SE DOCUMENTAN CALCIFICACIONES VASCULARES EN Rx. ABDOMEN.
- LA MAYOR PARTE AFECTAN AL ÁREA ILÍACA (18%), CON AFECTACIÓN AÓRTICA EN EL 6% .
- EL 3% SON PORTADORES DE CIRUGÍA VASCULAR PREVIA O TÉCNICAS VASCULARES INTERVENCIONISTAS.

2.- ENF. VASCULAR PERIFÉRICA

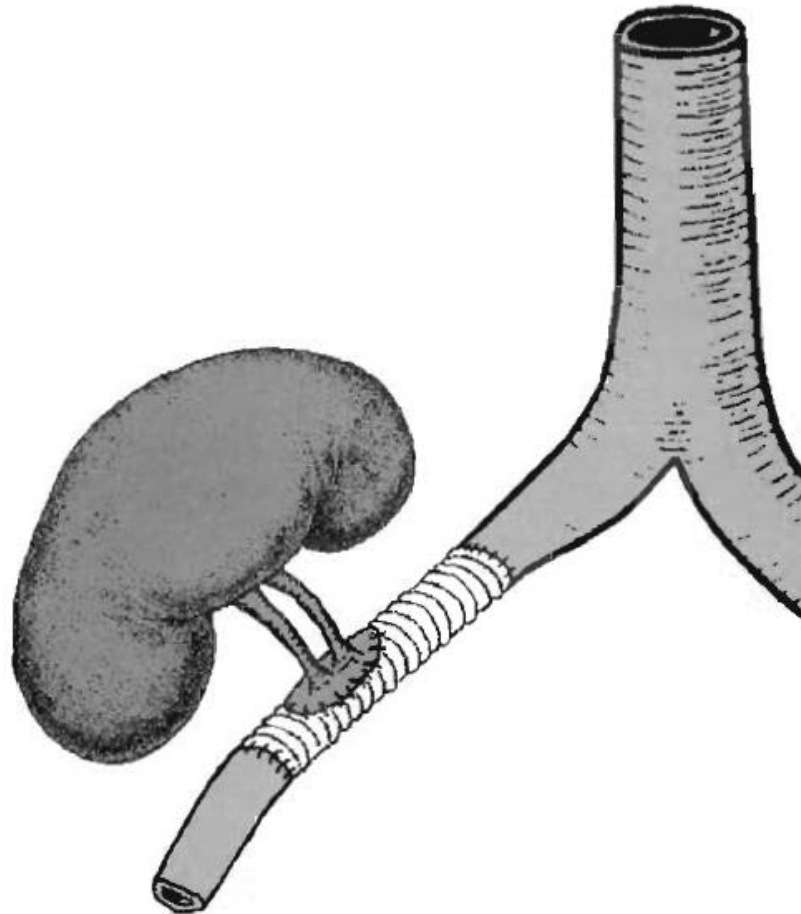
CORRECCIÓN. CUÁNDO:

- SI CLÍNICA: ANTES DEL TX
- ASINTOMÁTICO: SINCRÓNICO AL TX: **PROTOCOLO.**

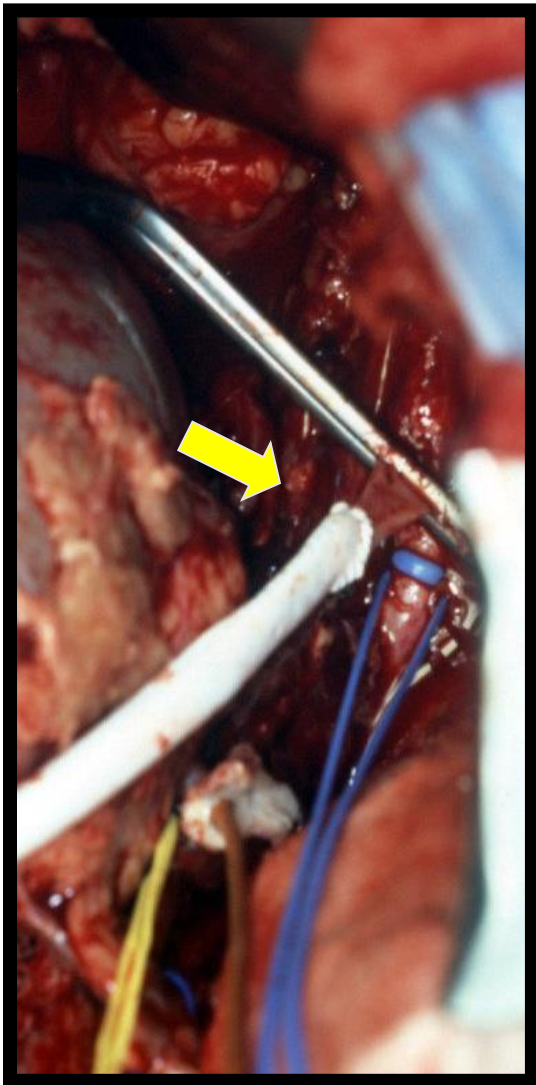




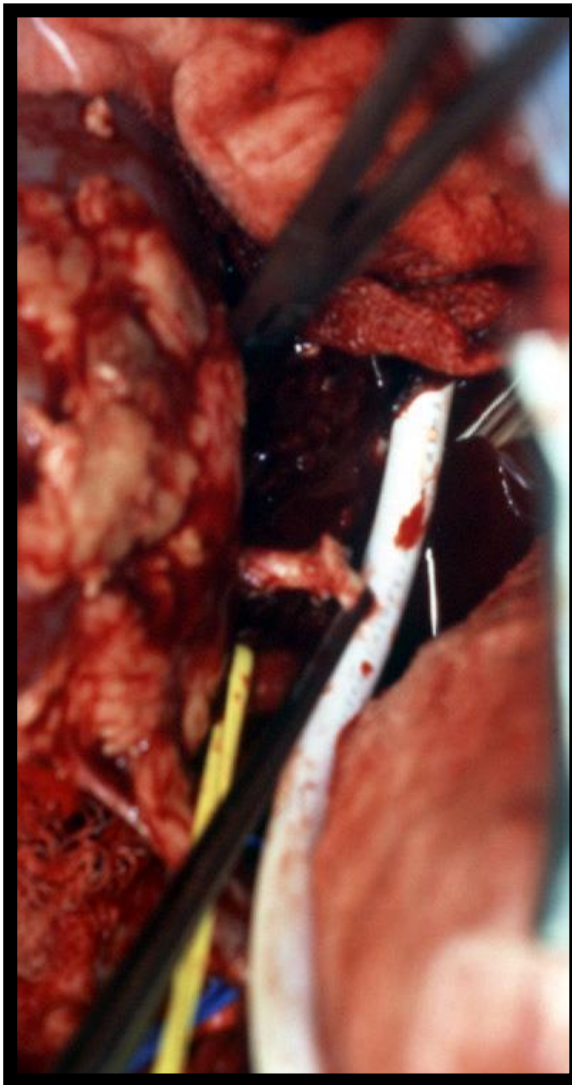
TRASPLANTE SOBRE PTFE IMPLANTE DE PRÓTESIS



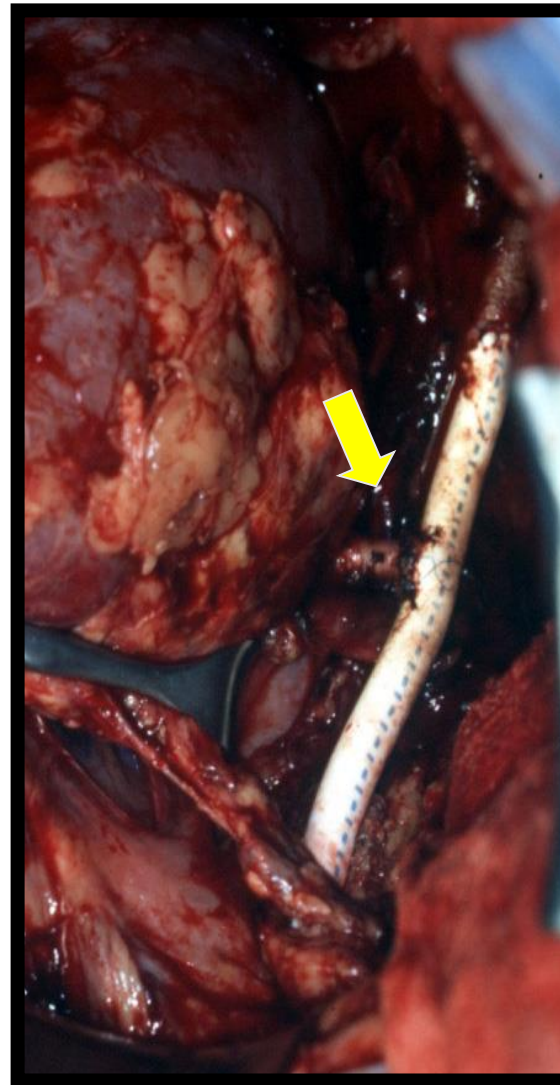
TRASPLANTE SOBRE PTFE IMPLANTE DE PRÓTESIS



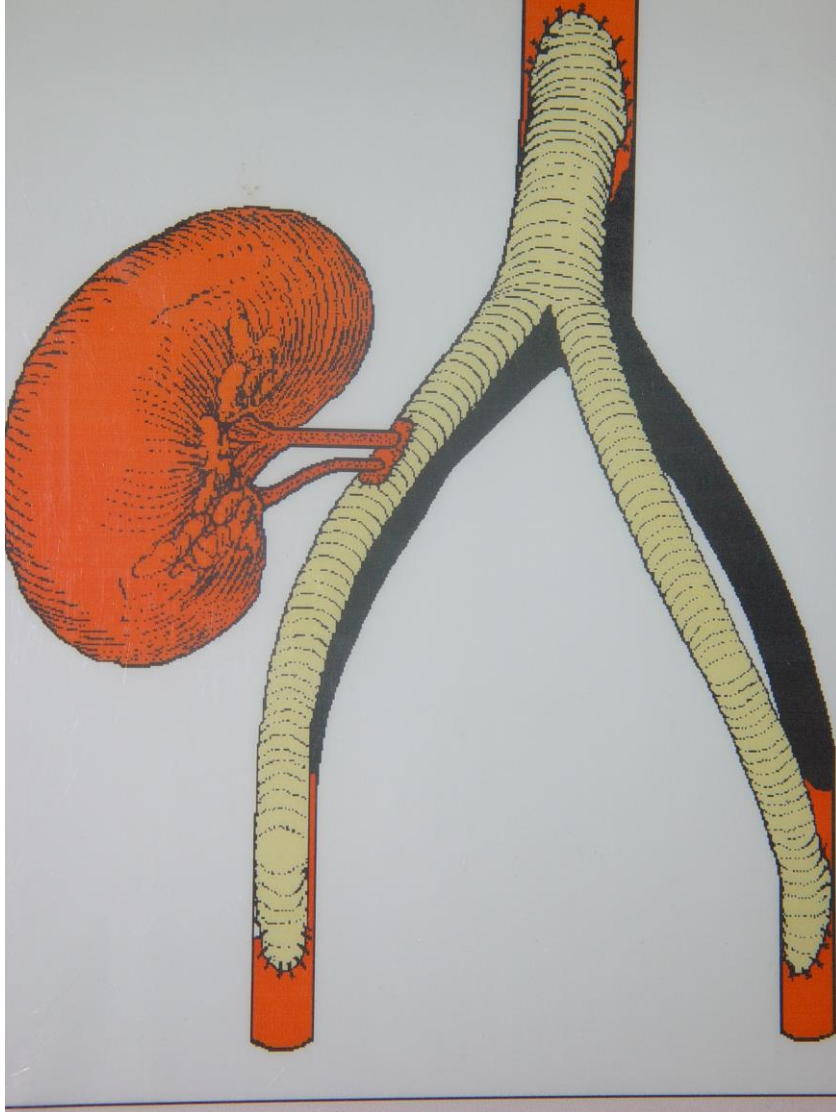
ANAST. ILIACA



REIMPLANTE ART. RENAL TX



Trasplante sobre prótesis de Dacron. "Secuencial"



2.- ENF. VASCULAR PERIFÉRICA

POR QUÉ

- CONTRAINDICACIÓN DEL TRASPLANTE
- FRACASO TÉCNICO
- CONDICIONA VIABILIDAD MIEMBRO INFERIOR

FACTORES PREDISPONENTES

- TABAQUISMO
- DIABETES
- HTA
- HIPERCOLESTEROLEMIA
- OBESIDAD

INVESTIGAR

- CLÍNICA DE CLAUDICACIÓN
- ENFRIAMIENTO
- PULSOS ARTERIALES

2.- ENF. VASCULAR PERIFÉRICA

ESTUDIOS

- ANGIO TAC CONTRASTE 3D
- ECO DOPPLER
- TAC PÉLVICO SIN CONTRASTE EN SEGUIMIENTO

CUÁNDO

- CLÍNICA DE CLAUDICACIÓN
- EDAD MAYOR 60 AÑOS
- DIABETES

HALLAZGOS

- CALCIFICACIONES PARIETALES
- ESTENOSIS POR TROMBO MURAL
- ANEURISMAS

EVALUACIÓN QUIRÚRGICA

1.- OBESIDAD

2.- ENF. VASCULAR PERIFÉRICA

3.- PATOLOGÍA UROLÓGICA

4.- PATOLOGÍA TUMORAL PREVIA

5.- EVALUACIÓN RIESGO QUIRÚRGICO

3.- PATOLOGÍA UROLÓGICA

- DISFUNCIÓN VESICAL
 - MICROVEJIGA DESUSO
 - VEJIGAS HIPOTÓNICAS

- ESTENOSIS URETRA

- REFLUJO VÉSICO-URETERAL DE TX. PREVIOS

- PATOLOGÍA RIÑONES NATIVOS
 - LITIASIS
 - POLIQUISTOSIS

- H.B.Pr.

- INFECCIONES URINARIAS

3.- PATOLOGÍA UROLÓGICA

- ECOGRAFÍA ABDOMINAL
 - Poliquistosis
 - Litiasis Renal
 - Tumores
 - Otras: Abscesos,....

- CISTOGRAFÍA
 - Morfología y volumen vesical
 - Reflujo vésico ureteral

- URETROGRAFÍA

- FLUJOMETRÍA

- ESTUDIO URODINÁMICO

- CISTOSCOPIA

EVALUACIÓN QUIRÚRGICA

- 1.- OBESIDAD
- 2.- ENF. VASCULAR PERIFÉRICA
- 3.- PATOLOGÍA UROLÓGICA
- 4.- PATOLOGÍA TUMORAL PREVIA
- 5.- EVALUACIÓN RIESGO QUIRÚRGICO

4.- PATOLOGÍA TUMORAL PREVIA

Recomendaciones clásicas

Recomendaciones hasta ahora se sacaron de registro de Cincinnati

Tiempo de espera para LE: 2 a 5 años (2: bajo riesgo, 5 años alto riesgo)

Problemas con registro de Cincinnati

No define el estadio

No define el tratamiento

No toma en cuenta epidemiología

Diagnóstico más precoz.

Herramientas pronósticas han mejorado

Guía Europea (Nefrología)



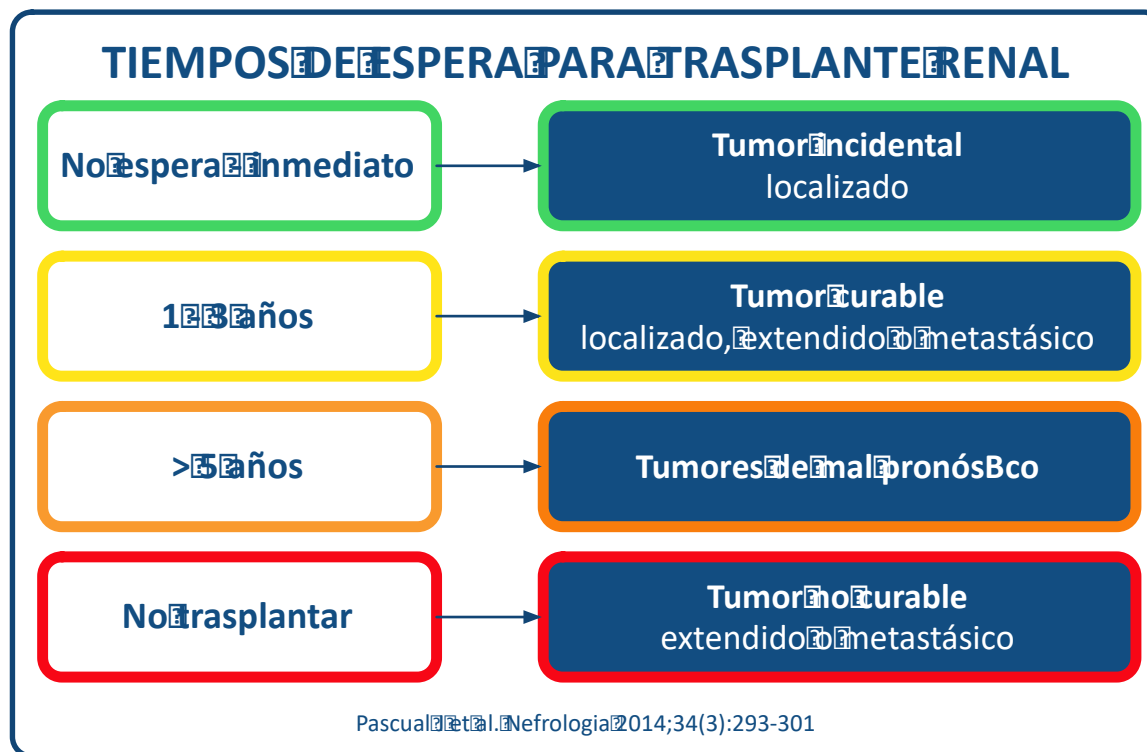
Dr. Julio Pascual



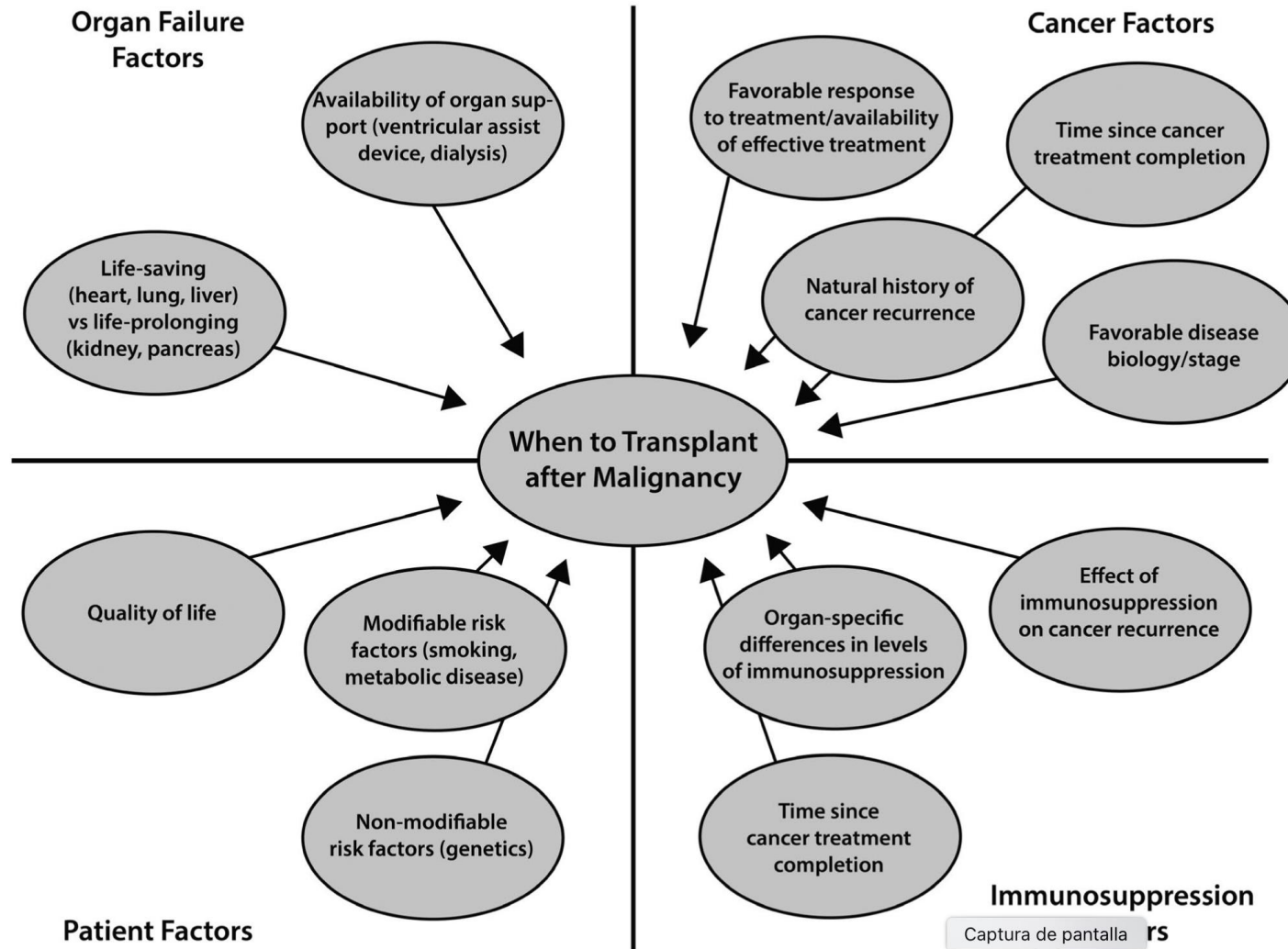
Guías Europeas sobre manejo y evaluación de receptores y donantes renales

Julio Pascual¹, Daniel Abramowicz², Pierre Cochat³, Frans Claas⁴, Chris Dudley⁵, Paul Harden⁶, Uwe Heeman⁷, Maryvonne Hourmant⁸, Umberto Maggiore⁹, Maurizio Salvadori¹⁰, Goce Spasovski¹¹, Jean-Paul Squifflet¹², Juerg Steiger¹³, Armando Torres¹⁴, Raymond Vanholder¹⁵, Wim Van Biesen¹⁵, Ondrej Viklicky¹⁶, Martin Zeier¹⁷, Evi Nagler¹⁸

Nefrología 2014;34(3):293-301



UNIDAD QUIRÚRGICA TRASPLANTE RENAL CHUAC



Captura de pantalla rs



UNIDAD QUIRÚRGICA TRASPLANTE RENAL
CHUAC

MAMA

TABLE 1 Recommended wait time for SOT candidates with a prior history of breast cancer

Risk/stage	5-Year disease-specific survival ^{18,19}	Time interval to transplant	Additional considerations
LOW RISK DCIS Stage I	97%-99%	No wait time necessary ^a	-Hormone receptor negative disease may have a slightly higher risk of recurrence in the first 2-3 years
INTERMEDIATE RISK Stage II	90%-99%	1-2 years NED ^a	-Hormone receptor negative disease may have a slightly higher risk of recurrence in the first 2-3 years
HIGH RISK Stage III	66%-97%	3-5 years NED ^a	-Hormone receptor negative disease may have a slightly higher risk of recurrence in the first 2-3 years -Inflammatory breast cancer likely has a higher risk of recurrence and worse survival
PROHIBITIVE RISK Stage IV	32%-38%	Not a SOT candidate	

PULMÓN

TABLE 8 Recommended wait time for SOT candidates with a prior history of lung cancer

Stage	Tumor and node	5-Year survival (%) ^{101,102}	Work-up Pre-SOT	Time interval to transplantation	Additional considerations
I	T1aN0	92	PET-CT; consider biopsy post SBRT	≥3 years	
	T1bN0	83	PET-CT; consider biopsy post SBRT	≥3 years	
	T1cN0	77	PET-CT; consider biopsy post SBRT	3-5 years	5-year recurrence-free survival is safest
IB	T2aN0	68	PET-CT	5 years	
IIA	T2bN0	60	PET-CT	5 years	
IIB	T3 N0	53	PET-CT	5 years	
IIIA		36	PET-CT	5 years	Special caution with N2 disease
IIIB		26	N/A	N/A	Not a SOT candidate
IIIC		13	N/A	N/A	Not a SOT candidate
IVA		10	N/A	N/A	Not a SOT candidate
IVB		0	N/A	N/A	Not a SOT candidate



UNIDAD QUIRÚRGICA TRASPLANTE RENAL

CHUAC

TABLE 2 Recommended wait time for SOT candidates with a prior history of colon cancer

Risk/stage	Recurrence-free survival 5 years ^{41,46}	Time interval to transplant	Additional considerations
LOW RISK Stage I (T1 or T2, N0, M0)	91%	1 year	<i>Low-risk features:</i> - MSI without BRAF mutation <i>High-risk features:</i> - LVI or PNI - Mucinous or Signet Histology - Poorly differentiated histology - Bowel obstruction - Tumor perforation - <12 lymph nodes examined *Tumor deposits considered as N+ disease *Consider chemotherapy prior to transplantation for high-risk stage II disease *Patients with stage III disease should complete chemotherapy
LOW INTERMEDIATE RISK Stage II (T3, N0, M0)	72%	2 years, consider longer if high-risk features present	
HIGH INTERMEDIATE RISK Stage II (T4, N0, M0) Stage III (Any T, N+, M0)		3 years, 5 years if high-risk features present	
HIGH RISK Stage IV (Any T, Any N, M+)	13%	5 years NED	SOT not recommended prior to 5 years; see special consideration regarding resectable CRC metastasis

COLON

GINECOLÓGICO

TABLE 7 Recommended wait time for SOT candidates with a prior history of gynecological cancer

5-Year recurrence risk ⁹²⁻⁹⁴	Type and stage	Time interval to transplant
LOW RISK <5% risk of recurrence	Stage IA/IB, grade 1-2 endometrial cancer without lymph-vascular space invasion Stage IA/IB/IC grade 1-2 epithelial ovarian cancer Stage IA1, IA2 squamous/adenocarcinoma of the cervix	No waiting period after completion of primary treatment
INTERMEDIATE RISK 5%-15% risk of recurrence	Stage I/II endometrial cancer +risk factors ^a Stage IB squamous/adenocarcinoma of the cervix	2-3 years after completion of treatment
HIGH RISK >30% risk of recurrence	Serous, clear cell, or carcinosarcoma of uterus (all stages) Stage III grade 1-3 endometrioid cancer of the uterus Stage II/III epithelial ovarian cancer Stage II/III squamous cell/adenocarcinoma cervical cancer	5 years after completion of treatment
VERY HIGH RISK >80% chance of recurrence	Stage IV endometrial cancer (all grades) Recurrent or metastatic endometrial cancer Stage IV epithelial ovarian cancer (any grade) Recurrent ovarian cancer Stage IV squamous cell/adenocarcinoma of the cervix Metastatic or recurrent cervical cancer	Not a SOT candidate

^aRisk factors: Older age, lymph-vascular space invasion, grade 2 or 3 endometrioid, deeply invasive tumor.



UNIDAD QUIRÚRGICA TRASPLANTE RENAL

CHUAC

TABLE 5 Recommended wait time for SOT candidates with a prior history of renal cell carcinoma

Stage	Recurrence-free survival 5 years ^{69,73-75}	Time interval to transplant
T1a (≤4 cm), N0, M0	95%-98%	No wait time
T1b (>4 cm ≤7 cm), N0, M0	91% for FG 1/2 80%-82% for FG 3/4	FG 1-2: no wait time FG 3-4: 1-2 years
T2 (7-10 cm), N0, M0	80%	2 years
T3, N0, M0	43%-80%	Minimum of 2 years, then reassess
T4, N0, M0	28%-55%	Minimum of 2 years, then reassess
Any T, Node positive, Metastatic disease	0%-32%	Not a candidate (if solitary metastasis +resected, tumor board discussion on candidacy)
Any T with sarcomatoid and/or rhabdoid histologic features	15%-27%	Not a SOT candidate
Collecting duct or Medullary RCC	<10%	Not a SOT candidate

RENAL

UNIDAD QUIRÚRGICA TRASPLANTE RENAL
CHUAC

VEJIGA

Bladder cancer history	2-Year local recurrence from baseline trans urethral resection of bladder tumor^{77,80,81}	Time interval to transplant
NMIBC low risk ^a	19%	6 months
Intermediate risk ^b	39%	6 months
High risk ^c	38%	2 years
MIBC, postradical cystectomy	25%-37%	2 years
MIBC, postchemoradiation	25%-30% (10 year)	Not a SOT candidate

UNIDAD QUIRÚRGICA TRASPLANTE RENAL

CHUAC

PRÓSTATA

TABLE 4 Recommended wait time for SOT candidates with a prior history of prostate cancer

Risk/stage	Survival ^{60,62,64}	Time interval to transplant	Additional considerations
VERY LOW RISK - PSA < 10 ng/ml - 3 or fewer cores of Gleason 6 (grade group 1); no greater than 50% of individual core - T1c-T2a	<1% risk of mets/death over 15 years	None	Surveillance is strongly recommended Extenuating circumstances may require treatment
LOW RISK - PSA < 10 ng/ml - Gleason 6 (not meeting very low-risk criteria) - T1c-T2a	~2-3% risk of mets/death over 15 years	None	Surveillance is strongly recommended Extenuating circumstances may require treatment
LOW-VOLUME INTERMEDIATE RISK - One of the following criteria: PSA > 10 ng/ml, Gleason 7 (grade group 2 or 3), T2b	<5% risk of mets/death over 15 years	If surveillance, no wait time If treatment initiated, and nomogram (www.nomograms.org) predicts cancer-specific death over the next 15 years < 10%, no wait time	Surveillance or treatment, depending on patient and cancer characteristics
HIGH-VOLUME INTERMEDIATE RISK, HIGH RISK or VERY HIGH RISK - PSA > 20 ng/ml or high-volume Gleason 7 or any Gleason 8-10, T3	20-70% risk of mets/death over 15 years	If treatment initiated, and nomogram predicts cancer-specific death over the next 15 years < 10%, no wait time	Treatment
METASTATIC CASTRATION-SENSITIVE	Median survival ~5-6 years	If stable disease for 2 years with prolonged estimated life expectancy, may consider transplant	Best systemic therapy +/- local treatment
METASTATIC CASTRATION-RESISTANT	Median survival 2-3 years	Not a SOT candidate	Best systemic therapy

EVALUACIÓN QUIRÚRGICA

- 1.- OBESIDAD
- 2.- ENF. VASCULAR PERIFÉRICA
- 3.- PATOLOGÍA UROLÓGICA
- 4.- PATOLOGÍA TUMORAL PREVIA
- 5.- EVALUACIÓN RIESGO QUIRÚRGICO

EVALUACIÓN QUIRÚRGICO - ANESTÉSICA



CONSULTA UROLOGÍA TX. RENAL

- 6 MESES. AÑO 2022.

- 78 PACIENTES EN PRIMERAS CONSULTAS
 - A CORUÑA 32
 - LUGO 17
 - VIGO 12
 - FERROL 8
 - ORENSE 7
 - PONTEVEDRA 2

CONSULTA UROLOGÍA TX. RENAL

- VALORACIONES PRETRASPLANTE: 62 (80%)

HEMODIÁLISIS: 49. (79%)
D. PERITONEAL: 13 (21%)

PRIMEROS 50
SEGUNDOS 9
TERCEROS 3
CUARTOS 1

- REFLUJOS: 5
- ESTENOSIS DE URETER: 3
- MICROHEMATURIAS: 2
- INFECCIONES URINARIAS: 2
- ALTERACIONES PSA, HBPr,....

CONSULTA UROLOGÍA TX. RENAL

- PRUEBAS APORTADAS.

- PRUEBAS COMPLETAS: 42 (68%)
- FALTA PRUEBAS: 20 (32%)

- OBESOS: 11 (17,7 %)

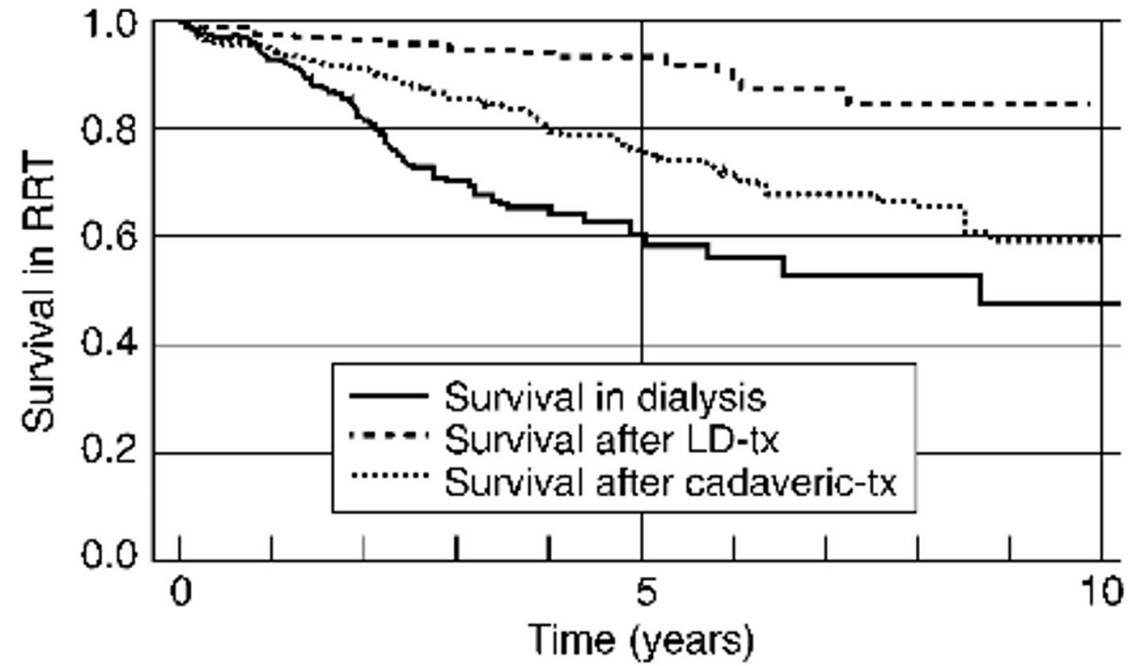
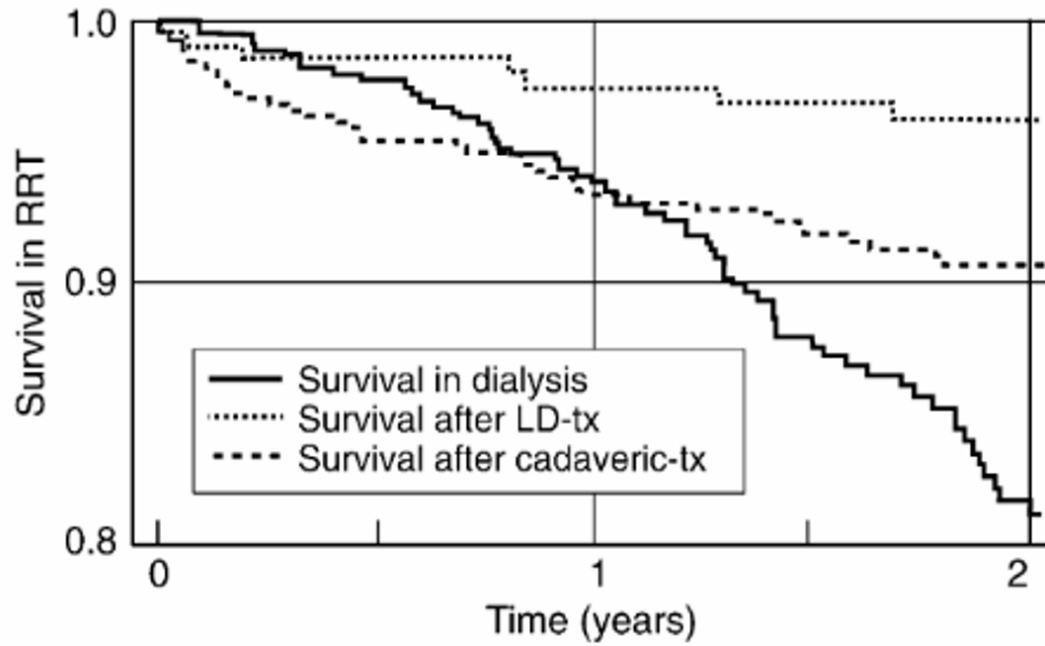
- OBESIDAD TIPO I. (30 -34): 9
- OBESIDAD TIPO II (35-40): 2

CONSULTA UROLOGÍA TX. RENAL

ACEPTACIÓN EN CONSULTA

- OK EN 1ª CONSULTA: 34 (55%)
- OK EN 2ª CONSULTA: 12
- RECHAZADOS: 7 (11%)

UNIDAD QUIRÚRGICA TRASPLANTE RENAL CHUAC



MUCHAS GRACIAS

