



XXV CONGRESO
SETH



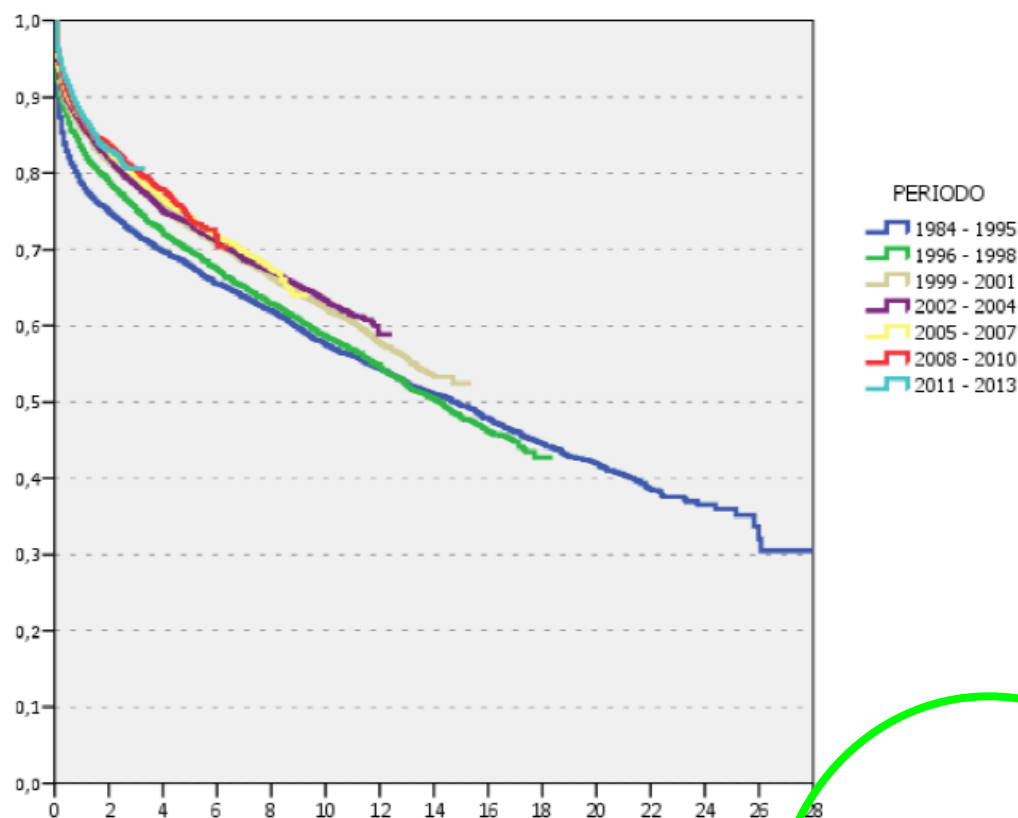
Málaga 2015

Sociedad Española
de Trasplante Hepático

GUÍA CLÍNICA DE SEGUIMIENTO INTEGRAL AL PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO EN CASTILLA Y LEÓN

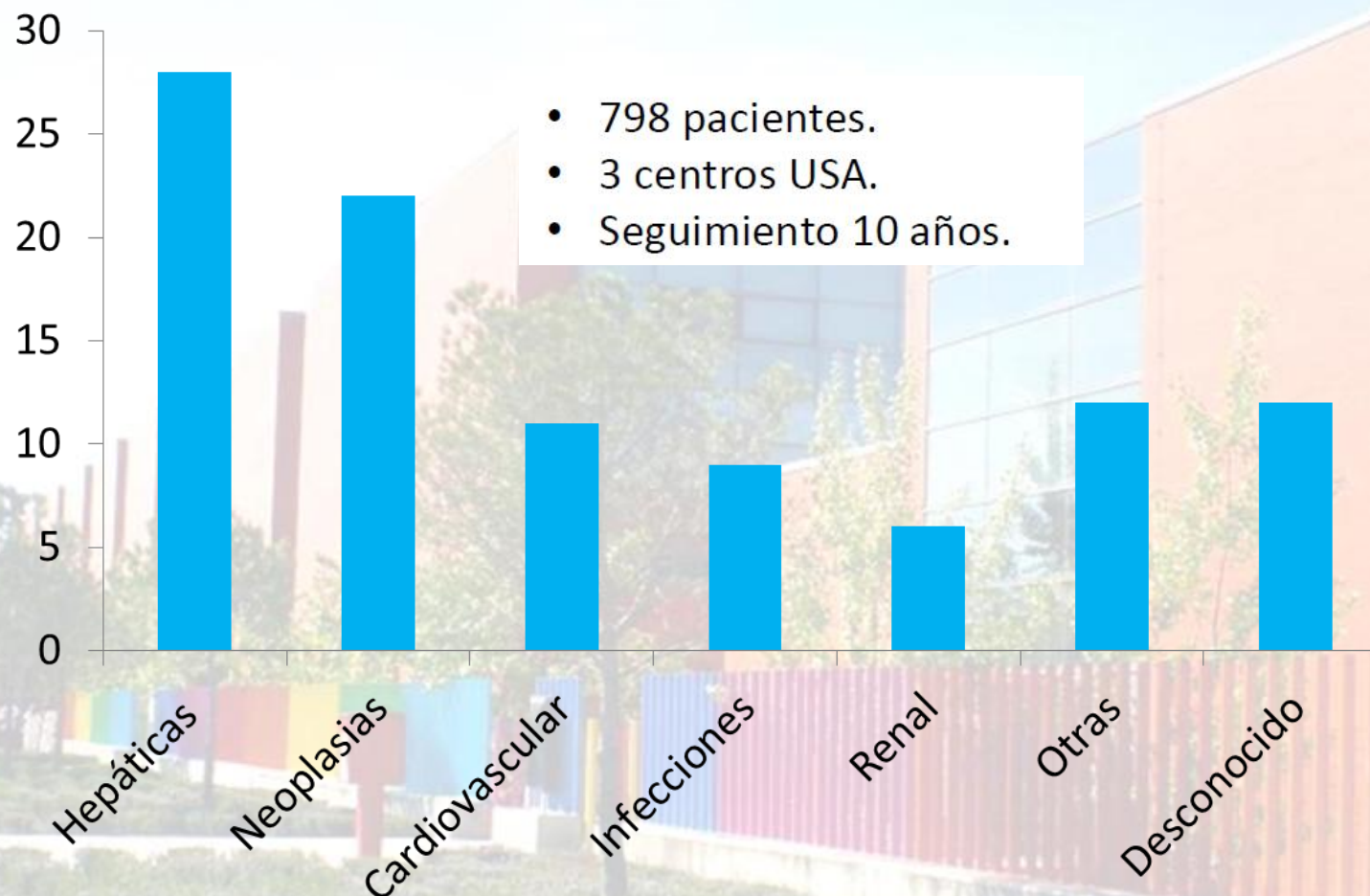


SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE SEGÚN PERIODO DE REALIZACIÓN DEL TRASPLANTE RETH 1984-2013



Supervivencia	1 mes	3 meses	1 año	3 años	5 años	10 años	15 años	20 años
Tx 1984-1995 (2977)	90.4%	85.4%	78.5%	72%	67.8%	57.4%	49.5%	41.8%
Tx 1996-1998 (2155)	92.3%	89.3%	83.1%	75.1%	69.7%	58.6%	47.8%	-
Tx 1999-2001 (2623)	94%	90.5%	85.7%	78.3%	72.8%	62.2%	52.5%	-
Tx 2002-2004 (2885)	94.9%	91.2%	86.3%	78.3%	73.4%	63.3%	-	-
Tx 2005-2007 (2968)	95.3%	92.2%	87.1%	79.5%	74.1%	-	-	-
Tx 2008-2010 (2912)	96.1%	92.9%	87.1%	80.3%	73.7%	-	-	-
Tx 2011-2013 (2956)	96.3%	93.7%	87.5%	80.6%	-	-	-	-

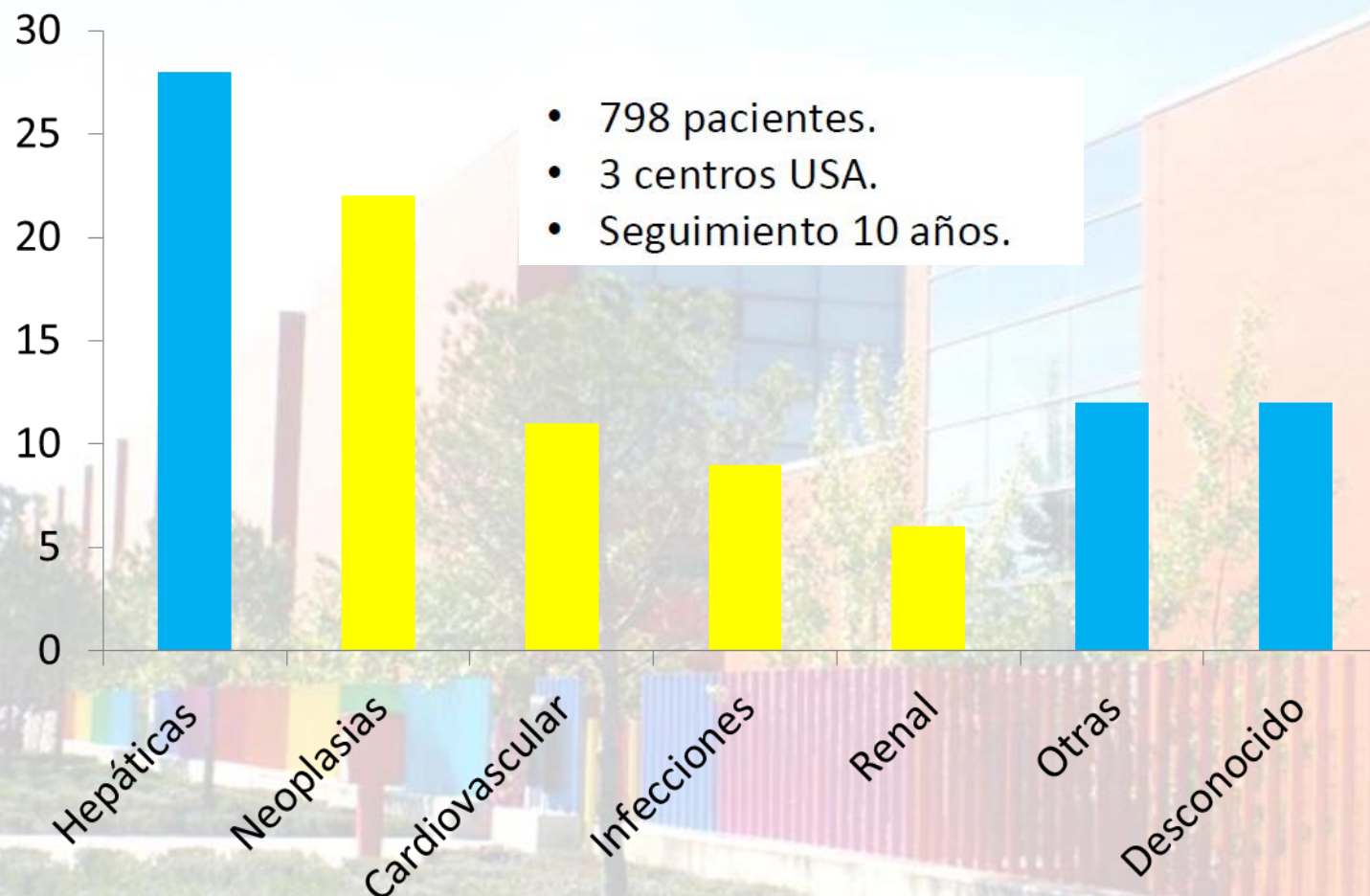
Mortalidad a los 10 años postrasplante (a partir del primer año)



**Evolution of Causes and Risk Factors for Mortality
Post-Liver Transplant: Results of the NIDDK Long-Term
Follow-Up Study**

Watt et al. *American Journal of Transplantation* 2010; 10: 1420–1427

Mortalidad a los 10 años postrasplante (a partir del primer año)



**Evolution of Causes and Risk Factors for Mortality
Post-Liver Transplant: Results of the NIDDK Long-Term
Follow-Up Study**

Watt et al. *American Journal of Transplantation* 2010; 10: 1420–1427

1984-2013



CAUSAS DE MUERTE	TRAS EL PRIMER TRASPLANTE	
	n	Porcentaje
Infección	1182	19.6
Recidiva enfermedad de base	1681	27.9
Complicación extrahepática	922	15.3
Tumor de novo	826	13.7
Complicación técnica	239	4
Muerte perioperatoria	148	2.5
Rechazo	231	3.8
Fallo función primaria	174	2.9
Fallo multiorgánico	29	0.5
Hepatitis de novo	68	1.1
Otras	521	8.6
TOTAL	6357 ¹	100

Special Feature

Long-term Management of the Liver Transplant Patient: Recommendations for the Primary Care Doctor

B. M. McGuire^{a,*}, P. Rosenthal^b, C. C. Brown^a,
A. M. H. Busch^c, S. M. Calcaterra^a, R. S. Claria^d,
N. K. Hunt^a, K. M. Korenblat^e, G. V. Mazariegos^f,
D. Moonka^g, S. L. Orloff^h, D. K. Perryⁱ,
C. B. Rosen^j, D. L. Scott^h and D. L. Sudan^k

^aUniversity of Alabama at Birmingham, Birmingham, AL

^bUniversity of California San Francisco, San Francisco, CA

^cPortland Veterans Administration Medical Center,
Portland, OR

^dUniversity of Nebraska, Omaha, NE

^eWashington University, St. Louis, MO

^fChildrens Hospital of Pittsburgh, Pittsburgh, PA

^gHenry Ford Hospital, Detroit, MI

^hOregon Health and Sciences University, Portland, OR

ⁱMayo Clinic, Rochester, MN

chronic
tomog
try; EB
grade
glomer
globul
carcin
sity lig
live at
lipopro
tion of
liver d
copher
giopar
ing; N
NTPR,
PBC

Michael R. Lucey,¹ Norah Terrault,² Lolu Ojo,³ J. Eileen Hay
Emily Blumberg,⁶ and Lewis W. Teperman⁷



Long-term Medical Management of the Liver Transplant Recipient: What the Primary Care Physician Needs to Know

Siddharth Singh, MD, and Kymberly D. Watt, MD

Abstract

Recognition, management, and prevention of medical complications and comorbidities after liver transplant is the key to improved long-term outcomes. Beyond allograft-related complications, metabolic syndrome, cardiovascular disease, renal dysfunction, and malignancies are leading causes of morbidity and mortality in this patient population. Primary care physicians have an important role in improving outcomes of liver transplant recipients and are increasingly relied on for managing these complex patients. This review serves to assist the primary care physician in the long-term management issues of liver transplant recipients.

© 2012 Mayo Foundation for Medical Education and Research ■ Mayo Clin Proc. 2012;87(8):779-790

REVIEW



EDUCATIONAL OBJECTIVE: Readers will assume a greater role in the care of liver transplant recipients after the first posttransplant year

DANNY H. ISSA, MD

Department of Internal Medicine,
Cleveland Clinic Fairview Hospital

NAIM ALKHOURI, MD

Department of Pediatric Gastroenterology
Cleveland Clinic

CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE VOLUME 82 • NUMBER 6 JUNE 2015

Long-term management of liver transplant recipients: A review for the internist

Management of the Liver Transplantation: Guideline by the American Society of Transplantation

ella M. Alonso,³ Saul J. Karpen,⁴ Upton Allen,⁵
emesh,⁸ and Ruth A. McDonald⁹



Potenciales perfiles de tratamiento de complicaciones tras el TH

Claramente NO en Atención Primaria:

- Recidiva de la enfermedad de base (VHC, VHB, CEP, CBP, HAI)
- Insuficiencia renal
- Complicaciones biliares
- Cambios en la inmunosupresión

Probablemente SÍ en Atención Primaria:

- HTA
- Dislipemia
- Osteoporosis
- Diabetes
- Obesidad
- Vigilancia de tumores
- Vacunaciones
- Infecciones “tardías”



EQUIPO DE TRABAJO

PRIMARIA/HOSPITAL
ENFERMERÍA

PRIMARIA
MÉDICOS/PEDIATRAS

M. PREVENTIVA

HEPATÓLOGOS

FARMACÉUTICOS

COORDINACIÓN
AUTONÓMICA
TRASPLANTES

SERVICIOS
CENTRALES



- [Ciudadano](#)
- [Profesional](#)
- [Institución](#)
- [Empresas](#)
- [Profesional](#)**

Público

Intranet

Recursos humanos
Portal de Formación
I+D+i en Biomedicina
Prevención de Riesgos Laborales
Programas y guías clínicas

» Programas de salud
» Guías de práctica clínica

Atención a crónicos
Ordenación farmacéutica
Vacunaciones
Información epidemiológica
Enfermedades cardiovasculares en Castilla y León



portal de 
SALUD
Castilla y León

Más cerca de la que queremos



INICIO > profesionales > Programas y guías clínicas

Guías de práctica clínica

❶ Procesos Clínicos Asistenciales 

❷ Guías clínicas

Publicada la guía clínica de seguimiento integral al paciente trasplantado hepático en Castilla y León

❸ Cartera de servicios de atención primaria

❹ Unidad de Pacientes Pluripatológicos: Estándares y recomendaciones 

Información de interés ▼

PORTAL DE
Formación
Biblioteca Sanitaria
online
de Castilla y León

Portal
del
Medicamento

Actualidad
informativa

Correo
Sacyl

Formación
ON LINE

Campus
virtual

Jornadas
y eventos

Registro de
instrucciones

ÍNDICE

Presentación	5
Introducción.....	6
1. Justificación de la guía.....	7
2. La Unidad de Trasplante del Hospital Universitario Río Hortega	8
3. Abordaje de los problemas de salud más importantes	10
4. Inmunosupresores.....	15
Clasificación, indicación y características generales	16
Efectos secundarios de los inmunosupresores	17
Monitorización y seguimiento.....	19
Interacciones de los inmunosupresores	19
5. Detección precoz de neoplasias	22
Recomendaciones en prevención primaria y secundaria en Castilla y León.....	24
Protocolo de despistaje de neoplasias en pacientes trasplantados hepáticos en Castilla y León.....	25
6. Pacientes pediátricos	26
7. Vacunaciones.....	28
Introducción.....	28
Indicaciones vacunales (tabla resumen).....	34
Conclusiones	35
8. Cuidados de enfermería al paciente postrasplante hepático	36
Consejos generales para el paciente trasplantado tras el alta hospitalaria	36
Valoración de enfermería en Atención Primaria.....	36
Plan de cuidados de enfermería en Atención Primaria.....	37
9. Cuándo contactar con el centro trasplantador.....	38
10. Anexos	
Anexo I: Consejos generales tras el alta hospitalaria.....	39
Anexo II: Valoración inicial de enfermería.....	45
Anexo III: Plan de cuidados de enfermería	49
Acrónimos.....	55
Bibliografía.....	56

1

JUSTIFICACIÓN

- El número y alta supervivencia de los trasplantes hepáticos realizados en España hacen que sea una “población frecuente” en cualquier consulta.
- El 75% de la mortalidad a largo plazo es debido a causas no hepáticas.

2

UNIDAD DE TRASPLANTE DEL HOSPITAL RÍO HORTEGA

REVISIONES POSTRASPLANTE EN LA UNIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO DEL HURH

1er mes: revisión semanal

Hasta 1º año: revisión mensual

2º-3º año: revisión trimestral/cuatrimstral

4º-5º año: 2-3 revisiones anuales

6º-9º: 1-2 revisiones anuales

A partir del 10º año: 1 revisión anual

UNIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO DEL HURH

- Hospitalización: Bloque 2-Nivel 2
- Consulta postrasplante: Nº: 375
- Teléfono: 983420400; ext.: 85701-85753-84375
- Correo postal: Hospital Universitario Río Hortega.
Calle Dulzaina, 2. 47012 Valladolid.
- Email: trasplantehepatico.hurh@saludcastillayleon.es



PROBLEMA DE SALUD	ABORDAJE TERAPÉUTICO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Seguir recomendaciones Guía Terapéutica de Medicina Familiar de Sacyl Tratamiento de elección: amlodipino Tratamiento alternativo: IECA o ARA II
DIABETES MELLITUS	Seguir recomendaciones de Guía Terapéutica de Medicina Familiar de Sacyl Tratamiento de elección: metformina, sulfonilureas o insulina Si mal control glucémico cambio de inmunosupresor (remitir al Centro Trasplantador).
HIPERCOLESTEROLEMIA	Seguir recomendaciones de Guía Terapéutica de Medicina Familiar de Sacyl Tratamiento de elección: pravastatina. Tratamiento alternativo: fluvastatina y atorvastatina. Vigilar hepatotoxicidad, miopatía y rabdomiolisis
HIPERTRIGLICERIDEMIA	Seguir recomendaciones de Guía Terapéutica de Medicina Familiar de Sacyl
OBESIDAD	IMC < 25 Hábitos de vida saludable Programas de educación sanitaria
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	Documento de consenso sobre la Enfermedad Renal Crónica, 2014 • Controlar factores de riesgo cardiovascular • Vigilar factores de progresión de la ERC: proteinuria, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, obesidad, etc. • Vigilar nefrotoxicidad. Evitar: - AINE - Fármacos nefrotóxicos: aminoglucósidos, aciclovir, tenofovir, anfotericina, etc. - Hiperpotasemia asociada al uso de fármacos - Estados de deshidratación - Contrastes yodados
INFECCIONES	En general evitar macrólidos. Si son necesarios usar azitromicina Evitar antifúngicos azoles. Si fuera imprescindible usar fluconazol y ajustar dosis de inmunosupresor (remitir al Centro Trasplantador)
HIPERURICEMIA	Seguir recomendaciones de Guía Terapéutica de Medicina Familiar de Sacyl Evitar alopurinol. Si fuera necesario su uso ajustar dosis de inmunosupresor (remitir al Centro Trasplantador)
OTROS PROBLEMAS	Seguir recomendaciones de Guía Terapéutica de Medicina Familiar de Sacyl . Vigilar Interacciones y evitar fármacos nefrotóxicos

4 INMUNOSUPRESORES

INMUNOSUPRESION

INTERACCIONES

TOXICIDAD

Es
importantísimo
recordar que un
paciente
trasplantado
NUNCA debe
suspender la
medicación
inmunosupresora,
en ninguna
circunstancia

5

DETECCIÓN PRECOZ DE NEOPLASIAS

RECOMENDACIONES DE DESPISTAJE DE NEOPLASIAS EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS EN CASTILLA Y LEÓN

Cáncer de piel	Examen dermatológico anual
SLPT	Alta sospecha en pacientes que presentan síntomas B, pérdida de peso o adenopatias, especialmente en pacientes con VEB seronegativos
Cáncer de colon	Colonoscopia cada 10 años Colonoscopia anual en pacientes TH por CEP y EII, con biopsias aleatorias
Cáncer de cérvix	PAP cada 3 años entre 25-39 años. PAP cada 5 años a partir de 40 años
Cáncer de pulmón	Radiografía de tórax anual en TH de alto riesgo (fumadores y trasplantados por hepatopatía alcohólica)
Cáncer ORL	Valoración ORL anual en TH de alto riesgo (fumadores y trasplantados por hepatopatía alcohólica)
Cáncer de mama	Mamografía anual a partir de los 40 años
Cáncer de próstata	PSA anual a partir de 50 años
Hepatocarcinoma	Según centro trasplantador

6

PACIENTES PEDIÁTRICOS

continuación.

VÓMITOS Y DIARREA

Los cuadros de vómitos y diarrea son más frecuentes que en el adulto y con mayor riesgo de deshidratación. Esto puede potenciar el efecto nefrotóxico del inmunosupresor. Por ello es importante la reposición hidroelectrolítica adecuada.

Los procesos diarreicos pueden aumentar de manera considerable los niveles de tacrolimus en los niños. Si la diarrea es importante se puede valorar bajar la dosis de tacrolimus a la mitad, de forma profiláctica, y si aún no se ha podido contactar con el médico responsable del tratamiento inmunosupresor.

Si el paciente presenta un vómito nada más tomar la dosis del inmunosupresor deberá repetirse la toma con la dosis completa. Si vomita antes de media hora, se deberá repetir la toma pero con la mitad de dosis. Si vomita después de media hora de administrarlo no hace falta repetirla.

ANTIBIÓTICOS

niños).

ANTITÉRMICOS

En cuadros febriles se prefiere el uso de metan antitérmico frente a paracetamol e ibuprofeno.

DESPISTAJE DE NEOPLASIAS

En la edad infantil hay que tener especial cuidado vigilancia del síndrome linfoproliferativo, ya que frecuencia son seronegativos en el momento de diagnóstico. En los niños los síntomas pueden ser los asociados a hipertrofia adenoidea (otitis repetidas) y amigdalitis, también adenopatías, diarrea, fiebre o febrícula, dolor abdominal.

ALERGIÁ ALIMENTARIA

Hasta el 20% de los niños trasplantados menores de 5 años desarrollan alergia alimentaria múltiple si no se hace habitualmente al tratamiento con tacrolimus. L

En los niños
son más
frecuentes los
cuadros de
vómitos y
diarreas,
produciendo
deshidratación en
más casos

7

VACUNACIONES

TIPO DE VACUNA	VACUNA	PAUTA PRE-TX	PAUTA POST-TX	VACUNACIÓN CONTACTOS	SEROLÓGIA VACUNAL	DOSIS REFUERZO
INACTIVADA	dTpa/dT	<6a: 0,1,2 y 12m >6a: 0,1 y 6m	Similar a Pre-Tx. Iniciar a los 6 meses del Tx	Como población general sana	Periódica (anual para difteria, cada 5 años para tétanos)	Completar hasta 5 dosis. Un único refuerzo en mayores de 65 años
	VHB	3 dosis. 0,1 y 6m Además existen pautas aceleradas	Similar a Pre-Tx. Iniciar a los 6 meses del Tx	Sí. También en personal sanitario	Prevacunal y 4 semanas después de completar la pauta vacunal (AgHBs y AntiHBs IgG). Si fallo vacunal, administrar pauta completa con doble de dosis. Posteriormente anual	Sí, cuando AntiHBs IgG < 10 UI/L
	VHA	2 dosis. (0 y 6 m)	Similar a Pre-Tx Iniciar a los 6 meses del Tx	Sí en grupos o zonas con alta prevalencia de HepA	Prevacunal y 4 semanas después de completar la pauta vacunal. Si fallo vacunal, administrar 3ª dosis	No
	VHA +VHB	Iguales recomendaciones que vacuna VHB	Similar a Pre-Tx Iniciar a los 6 meses del Tx	Iguales recomendaciones de vacuna VHA y VHB	Serología de VHA y VHB	Valorar vacunas monovalentes
	Neumococo (VNC13 y VNP-23)	Depende de edad y estado vacunal previo. Máx 4 dosis VNC13 y 2 dosis de VNP-23	Similar a Pre-Tx Iniciar a los 6 meses del Tx	Sí	No	1 dosis de VNC-23 a los 5 años de la previa
	Gripe	1-2 dosis <9 años: 2 dosis en primera campaña vacunal (0,1m), 1 dosis en las posteriores >9 años: 1 dosis	Similar a Pre-Tx Iniciar a los 6 meses del Tx	Sí. Anual	No	Anual
	Polió	4 dosis (0, 2, 4 y 12 meses)	Similar a Pre-Tx Iniciar a los 6 meses del Tx	Sí	No	No
	MenC conjugada	<1 año: 3 dosis (0,2 y 12-15m) >1 año: 1 dosis	Similar a Pre-Tx Iniciar a los 6 meses del Tx	Sí	No	No
	HIB	<6 meses: 4 dosis (0,2,4 y 15-18m) 6-12 meses: 3 dosis (0,1 y 12m) 1-5 años: 2 dosis (0,1-2m) >5 años y adultos: 2 dosis (0, 2 m)	Similar a Pre-Tx. Iniciar a los 6 meses del Tx.	Sí	Sí	Si niveles de anticuerpos no protectores
	Papiloma	A partir de los 12 años: 2 dosis (0 y 6 meses)	Similar a Pre-Tx. Iniciar a los 6 meses del Tx	Sí	No	No
ATENUADA	TV	2 dosis (0, 1m)	Contraindicada	Sí	Prevacunal y 4 semanas después de completar la pauta vacunal	Si niveles de anticuerpos no protectores. En adultos no revacunación
	Varicela	2 dosis (0, 1m)	Contraindicada	Sí	Prevacunal y 4 semanas después de completar la pauta vacunal	Si niveles de anticuerpos no protectores. En adultos no revacunación
	Rotavirus	<6 meses: 3 dosis (0,2,4m)	Contraindicada	Sólo si menores de 8 meses	No	No

8

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE POSTRASPLANTE



ANEXO 1 CONSEJOS PARA EL PACIENTE TRAS EL ALTA

ANEXO 2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

UNIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA
VALLADOLID

El personal de enfermería es el responsable de todo lo que se refiere a la monitorización y control de los factores de riesgo metabólicos, así como de la educación sanitaria



9

CUÁNDO CONSULTAR AL CENTRO TRASPLANTADOR

1. Dificultad para controlar las complicaciones metabólicas (diabetes, hipertensión, dislipemia, disfunción renal crónica), de modo que se planteen posibles cambios en la medicación inmunosupresora.
2. Fiebre que no se controla a pesar de haber localizado el foco y haber iniciado antibioterapia empírica en 48 horas.
3. Aparición de tumores malignos, incluyendo los cánceres de piel.
4. Introducción de nuevos medicamentos a largo plazo con posibilidades de interaccionar con los ICN.
5. Embarazo postrasplante (para vigilar de cerca los niveles de los inmunosupresores).
6. Disfunción del injerto: elevación de novo (o cambios con respecto a las pruebas basales previas) de las pruebas de

Es fundamental mantener una estrecha colaboración entre los médicos de atención primaria y el centro de trasplantes para el adecuado control del paciente

Todo muy bien, pero.....

APellido1_3352696 APellido2_3352696, LUXOE; 61 años - CIP: PLPL000003352696

Penicil G2

Consultas ☐ Mostrar Todo Fecha 23/09/2015

VISOR CLINICO

- Datos personales
- Consulta
- Antecedentes
- Alergias-Int
- Anamnesis
- Exploración
- Constantes
- Test
- Analítica
- Radiología
- P. diagnósticas
- Prescripciones
- Entrega de Material
- I.T.
- Vacunas
- Interconsultas
- Proc. terapeuticos
- Guías asistenciales
- Datos clínicos
- Informes
- Gestión de citas
- Sociosanit. GASS

Rec: CLOPIDOGREL 75 MG 28 COMPRIMIDOS ORAL (7)
Rec: CLOPIDOGREL 75 MG 28 COMPRIMIDOS ORAL (1)
03/08/2015 12:02 RAT MED
CUERPO EXTRAÑO OCULAR
DEPRESION CON ANSIEDAD
Rec: CLOPIDOGREL 75 MG 28 COMPRIMIDOS ORAL (7)
DEPRESION CON ANSIEDAD
Rec: CETRORELIX 0.25 MG/AMP 1 INYECTABLE SUBCUTANEA (1)
Rec: CETRORELIX 0.25 MG/AMP 1 INYECTABLE SUBCUTANEA (1)
12/08/2015 13:14 RAT MED
DEPRESION CON ANSIEDAD
Rec: CETRORELIX 0.25 MG/AMP 7 INYECTABLE SUBCUTANEA (1)
10/09/2015 11:29 MAJ MED
FIBRILACION AURICULAR CRONICA
Rec: SINTROM 4MG 20 COMPRIMIDOS (1)
ACTIVIDADES PREVENTIVAS
Rec: ALMAX FORTE 1,5G/SOB 30 SOBRES 5
Rec: SIMVASTATINA 20 MG 28 COMPRIMIDOS
DEPRESION CON ANSIEDAD
Rec: CLORAZEPATO DIPOTASICO 10 MG 30
MIGRAÑA CLASICA
Rec: ELETRIPTAN 40 MG 4 COMPRIMIDOS C

Catálogo PRO. CLINICOS ABIERTOS
Actuación: TODAS Período: TODOS

PROCESOS CLINICOS Cerrar procesos

- 27/12/1953 ACTIVIDADES PREVENTIVAS
- 11/09/2007 DEPRESION CON ANSIEDAD (MSG)
- 21/09/2007 DISLIPEMIA (MSG)
- 21/09/2007 INFECCION URINARIA (MSG)
- 07/11/2007 TRAUMATISMO (MSG)
- 07/11/2007 GONALGIA (MSG)
- 06/07/2011 OBESIDAD (AIF)

Guías asistenciales Integrada Especifica

Anamnesis
Exploraciones
Actuaciones
Plan Terapéutico

Anotaciones Clínicas -- Seleccione Proceso Clínico -- Nuevo proceso clínico

ANAMNESIS

Investigar Alergias	Si	No	23/09/2015	
ACTITUD NEGATIVA ANTE RECOMENDACIONES SANITARIAS			23/09/2015	
Nivel de comprensión			23/09/2015	
(B) CRITERIOS DE CRIBADO DE C. DE COLON			23/09/2015	
Disfagia			23/09/2015	
Deterioro cognitivo			23/09/2015	
Investigar Antecedentes			23/09/2015	
Torpeza			23/09/2015	
Alteraciones de la vista			23/09/2015	
Antecedente de polipo adenomatoso de colon			23/09/2015	
Antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal			23/09/2015	
Antecedente de poliposis colonica familiar			23/09/2015	
Rectorragia			23/09/2015	
Fumador			05/07/2015	
Años a paquete diario			23/09/2015	
Melena			23/09/2015	
Ingesta de alcohol			09/08/2015	
(A) Sospecha de malos tratos			23/09/2015	
Riesgo Psicosocial			23/09/2015	

EXPLORACIONES

Grado Recomendación: --Todos--

☒ Pendiente ☐ Realizada ☐ Todo

Próximo Fecha Pasada Realizado Próxima actuación: 05/07/2012 (inmediato)

Grabar Aceptar Cancelar

Conclusiones

- La mortalidad en el trasplante hepático se debe a causas no hepáticas en el 70% de los pacientes; sobre todo neoplasias, infecciones y complicaciones cardiovasculares.
- La coordinación entre niveles (primaria y especializada) es fundamental en el diagnóstico precoz y tratamiento de estas complicaciones.
- La elaboración de guías clínicas sencillas y prácticas facilita el manejo para todos (MAP y especialistas de las unidades de trasplante).
- Confiamos que este tipo de guías sean útil para todos y nos permitan aumentar aún más la supervivencia a largo plazo en los pacientes trasplantados hepáticos de España.