

PROGRAMAS

Aspectos conceptuales sobre un programa de trasplante hepático en Uruguay

Dres. Luis Ruso¹, Oscar Balboa²

Resumen

El trasplante hepático es una terapéutica compleja, de indicación creciente y resultados alentadores.

La imposibilidad actual en nuestro país, de ofrecer esta opción terapéutica a pacientes portadores de una hepatopatía terminal, constituye una situación de vacío asistencial que debe ser revertida en breve plazo.

El objetivo de este trabajo es analizar aspectos conceptuales sobre los recursos materiales, jurídicos y económicos, que constituyen la base de discusión de un proyecto para el desarrollo de un programa de TH en el Uruguay.

Se considera imprescindible contar con un centro hospitalario de alta complejidad, un equipo multidisciplinario con capacitación técnica adecuada y un eficaz programa de procuración de órganos. Asimismo, las características y amplitud del programa requieren un exhaustivo análisis económico. Se propone impulsar la constitución de un equipo multidisciplinario para analizar la viabilidad de realizar TH en nuestro medio.

Palabras clave: Trasplante hepático

Summary

Hepatic transplantation is a complex therapy of increasing indication and encouraging results. The present impossibility of offering this therapeutical option to carriers of terminal hepatopathy is a serious gap in health care which should be briefly

modified. The aim of this paper is to analyse conceptual aspects as regards material, legal and economical resources which are a basis for discussion of a project for the development of a hepatic transplantation program in Uruguay. The authors consider it absolutely necessary to count on a highly complex facilities hospital, a multiapproach team with adequate technical capacity and an efficient program of organ obtention. Besides, the features and dimension of the programa require a thorough economical analysis. The creation of a multiapproach team so as to analyse the feasibility of carrying out hepatic transplantation in our country is proposed.

Introducción

El trasplante hepático (TH) es una terapéutica que debe ser considerada en pacientes portadores de errores congénitos del metabolismo e insuficiencia hepatocítica terminal de etiología variada, o que presentan complicaciones —en general vinculadas a la progresión de la hipertensión portal— que comprometen la vida del enfermo a corto plazo.

Es un procedimiento de alta complejidad, que constituye una racionalización óptima de los recursos destinados al tratamiento de las hepatopatías, en la medida que ofrece una solución definitiva al problema.

El primer TH con sobrevida prolongada fue realizado por Startz en 1963⁽¹⁾, su desarrollo paulatino a lo largo de 20 años, se vio incrementado en forma explosiva luego de la segunda mitad de la década del '80, impulsado por la utilización de la ciclosporina como agente inmunosupresor.

La tabla 1 muestra las indicaciones actuales de TH. La cirrosis constituye la principal indicación, pudiendo discriminarse según la etiología⁽²⁾ subyacente en: poshepatitis (52%), alcohólica

1 Prof. Adj. Clínica Quirúrgica.

2 Prof. Agdo. Clínica Quirúrgica.

Trabajo de las Clínicas Quirúrgicas "3" y "1"

Hospitales Maciel y Pasteur

Montevideo – Uruguay

Tema libre presentado en: 43º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, Diciembre 1992.

Correspondencia: Dr. L. Ruso. Rivera 6153/301. CP 11500. Montevideo, Uruguay.

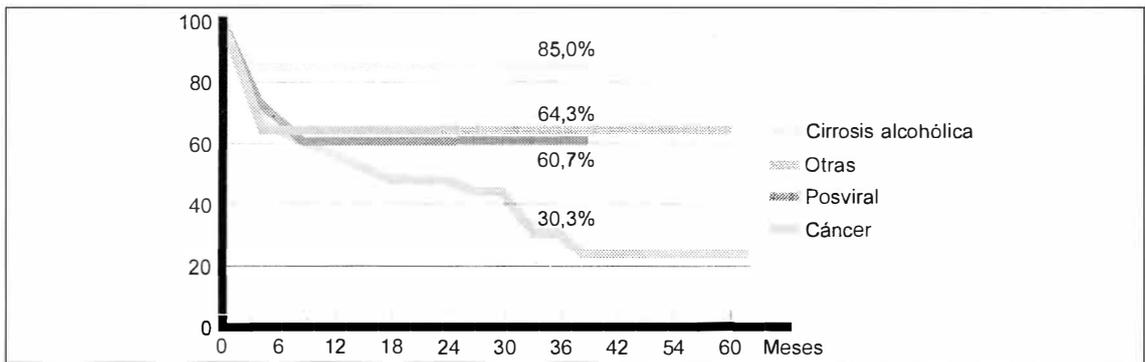


Figura 1. Supervivencia actuarial según la etiología del transplante hepático. Tomado de Launois ⁽⁴⁾

Tabla 1. Transplante hepático. Indicaciones

	Europa (%)	U.S.A. (%)
Cirrosis	1401 (29,6)	1617 (41,9)
Col. esclerosante.	170 (3,6)	330 (8,5)
Cirr. bil. prim.	637 (13,5)	399 (10,3)
Cáncer	858 (18,1)	175 (4,5)
Atresia V.B.	387 (8,2)	431 (11,2)
Hep. fulminante	460 (9,7)	267 (6,9)
Errores cong. met.	218 (4,6)	210 (5,4)
Sind. Budd Chiari	82 (1,7)	43 (1,1)
Otros	523 (11,0)	391 (10,1)

Tomado de Gordon R. ⁽¹⁾

(26%), criptogenética (21,8%), autoinmune (7,4%), otras (6,2%).

La supervivencia es alta en todas las series. Para la población pediátrica la supervivencia actuarial se sitúa en 67% a un año y 60% a cinco años ⁽³⁾. En adultos la supervivencia actuarial global es de 74% a un año y 64% a cinco años ⁽³⁾. La figura 1 muestra la supervivencia actuarial discriminada de acuerdo con la patología determinante del TH ⁽⁴⁾.

La reinserción social postransplante también es elevada. 80% de los pacientes transplantados se reintegran al trabajo ⁽⁵⁾.

Comentarios

Es necesario un hospital completamente equipado y funcionando a pleno, para soportar un programa de TH. La atención de estos pacientes, lo constituye en centro de referencia para el estudio y tratamiento de toda la patología del sector he-

pato-biliar y potencia su capacidad operativa en todas las áreas.

En un hospital general, el TH se debe integrar a la actividad normal del hospital, aunque priorizando la coordinación y comunicaciones entre los Servicios implicados en las diferentes etapas del transplante.

La disponibilidad permanente de los recursos necesarios —desde camas en CTI, cirugía o gastroenterología, hasta sangre y plasma— es indispensable para el funcionamiento del programa.

El personal de todas las áreas debe conocer la jerarquía y responsabilidad institucional y personal que implica el programa TH y sentirse partícipe del mismo, porque a través de esto, se obtiene un marcado efecto multiplicador de esfuerzos, que dinamiza toda la actividad del Hospital. En un programa de TH intervienen —en sus diferentes etapas— hasta 36 personas, entre personal médico, técnico, de servicio y administración, cada uno de ellos con un rol previamente definido y protocolizado.

Por tanto, es necesario, un equipo multidisciplinario consolidado sobre bases sólidas de equilibrio emocional, capacidad de diálogo, alto nivel de conocimientos y entrenamiento sobre el tema, sentido de responsabilidad compartida y sin afanes de protagonismo. Esto requiere por parte de las autoridades una correcta selección de personal y considerar una remuneración salarial acorde con la dedicación y responsabilidad que el cargo demanda.

El éxito de un programa de trasplantes, depende de múltiples variables, pero siempre es el resultado de aspectos técnicos, entre los que se destacan la correcta selección de pacientes, de acuerdo al grado de disfunción hepatocítica, su etiología, evolutividad de la enfermedad, condición biológica general y soporte socio familiar para que asegure la inmunosupresión y el seguimiento a largo plazo. Los principios que rigen la

oportunidad quirúrgica fueron bien resumidos por Calne en su frase "no muy precoz, no demasiado tarde", esto apunta a que no deben ser trasplantados pacientes que podrían mantenerse con tratamiento médico u otras alternativas terapéuticas ni tampoco enfermos que por su gravedad ya no están en condiciones de soportar un TH.

El desarrollo de un programa de TH se vincula estrictamente con su capacidad de obtención de órganos. Un marco jurídico adecuado, que facilite el proceso de selección de donantes, la celeridad con que se procesen los candidatos y las buenas condiciones hemodinámicas y metabólicas en que se encuentren al momento de la ablación, son factores que inciden directamente en la calidad del órgano y que condicionan una baja mortalidad en lista de espera y la posibilidad de retrasplante. El desarrollo de una política educativa, de permanente información y sensibilización de la comunidad y sobre todo del personal de salud, es imprescindible para lograr un alto número de donantes.

El TH es una terapéutica compleja y por consecuencia de alto costo económico. Es necesario un exhaustivo análisis costo-beneficio, considerando que el TH constituye una racionalización óptima de los recursos destinados al tratamiento de las hepatopatías terminales, cuyas complicaciones requieren un desembolso económico que no evita la muerte ni ofrece buena calidad de sobrevivencia al paciente.

Conclusiones

El presente análisis permite concluir:

- La actual situación de inasistencia de los pacientes con indicación de TH en nuestro país, debe ser revertida en el plazo más breve posible.
- Un programa de TH, debe instrumentarse en un Centro Hospitalario de alta complejidad, en base a una adecuada selección de los pacientes, a cargo de un equipo multidisciplinario con alto nivel de entrenamiento y un eficaz programa de procuración de órganos.

Esto debe enmarcarse en cálculo costo-beneficio real y adecuado a nuestro medio; por lo cual se propone la formación de un equipo multidisciplinario, integrado por el Ministerio de Salud Pública, Facultad de Medicina, Banco de Organos y Fondo Nacional de Recursos, para estudiar integralmente la viabilidad del programa.

Bibliografía

1. **Starzl T, Marchioro L, Von Kaula K, Hermann G, Brittain R, Waddell W.** Homotransplantation of the liver in human. *Surg Gynecol Obstet* 1963; 177: 659-76
2. **Gordon R, Bismuth H.** Liver transplant registry report. *Transpl Proc* 1991; 23: 58-60.
3. **Iwatsuki S, Starzl T, Todo R, Gordon D, Esquivel A, Tzakis A et al.** Experience in 1000 liver transplants under cyclosporine-steroid therapy: a survival report. *Transpl Proc* 1988; 20: 498-504.
4. **Launois B.** 120 Greffes hepatiques. Journées de Chirurgie 14°. Transplantation d'organes. Rennes. France 1992.
5. **Cosimi A.** Update on liver transplantation. *Transpl Proc* 1991; 23: 2083-90.