ARTÍCULO ORIGINAL

Programa de trasplante hepático. Masa crítica poblacional y necesidad de la comunidad

Dres. Luis Ruso¹, Leonardo Risi², Oscar Balboa³**Resumen**

El trasplante hepático (TH), a pesar de su probada eficacia, constituye una terapéutica de alta complejidad y elevado costo.

En nuestro país, con bajo número de habitantes, se ha cuestionado la necesidad de realizar TH. El objetivo de esta comunicación es justificar la necesidad de un programa de TH, analizando la masa crítica poblacional, la demanda asistencial y los diversos factores que afectan al paciente y su entorno social en la fase pre y postrasplante. Se consideran los aportes de un programa de TH al mejoramiento global de la asistencia, especialmente las hepatopatías.

Se concluye que un centro de TH, en nuestro país, se justifica plenamente frente a la demanda actual y porque nuestra masa poblacional permite predecir un número mayor de 15 TH por millón de habitantes.

Palabras clave: Trasplante de hígado
Programas nacionales de salud

Summary

Despite its proved efficacy hepatic transplant (HT) involves a therapy of high complexity and raised cost.

In Uruguay, with its low number of inhabitants, the need for HT has been challenged.

The aim of this report is to justify the need of an HT program with an analysis of the population critical mass, medical care requirements and the

various factors affecting the patient and its social setting at pre and post transplant. Also dealt with are the contributions of an HT program to global improvement of care, particularly hepatopathies. It is concluded that an HT, in Uruguay, is fully justified in conjunction with current demand and with the fact that its population mass warrants prediction of a higher number of 15 HT's per million inhabitants.

Introducción

El trasplante hepático (TH) es una terapéutica indicada en pacientes portadores de insuficiencia hepatocítica terminal y errores congénitos del metabolismo hepático.

Su desarrollo paulatino desde 1963 y 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 inmunosupresor.

Los resultados actuales muestran una supervivencia global de 83% al año y cerca de 70% a tres años ⁽¹⁾; siendo para los niños de 75% a 3 años ^(2,3). Estos hechos obligan a considerar la necesidad de un programa de TH para llenar el vacío asistencial que sufre el grupo de pacientes afectados de hepatopatías en fase terminal, para las que no existen alternativas terapéuticas de curación.

El objetivo de esta comunicación es estimar la demanda anual de TH y la necesidad de consolidar esta terapéutica en Uruguay.

Material y método

Se analiza la experiencia internacional sobre el tema a partir de los registros en Estados Unidos (Pitts-UNOS) y Europa (ERLT) ⁽¹⁻⁴⁾.

En Estados Unidos, con una población aproxi-

1. Profesor Adj. Clínica Quirúrgica.

2. Residente de Cirugía

3. Profesor de Clínica Quirúrgica

Clínica quirúrgica «3» (Dir. Prof. Dr. O. Balboa)

Hospital Maciel. Facultad de Medicina - Montevideo

Presentado como Tema Libre en el 45º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo. 4 - 8 de diciembre de 1994.

Correspondencia: Dr. Luis Ruso. Rivera 6153 ap. 301
11500 Montevideo, Uruguay

mada de 242.651.000 habitantes, en dos estudios parcialmente superpuestos, se constatan importantes diferencias. En el período octubre de 1987 a diciembre de 1989⁽⁴⁾, 66 centros realizaron 416 TH en 3.585 pacientes, entre ellos 718 (20%) niños. Considerando el período octubre 1987 y diciembre 1991⁽¹⁾, se realizaron en 88 centros, 9.820 TH en 8.501 pacientes, 1.508 (17,7%) en niños.

En Europa⁽⁴⁾, con una población de 322.499.000 habitantes, en el período mayo 1968 y diciembre 1989 se realizaron 4.972 trasplantes en 4.436 pacientes en 67 centros, 705 (15,8%) en población pediátrica.

La demanda de TH en nuestro medio se estima mediante parámetros proporcionados por la División Estadística del MSP –mortalidad por cirrosis en niños y adultos– período 1990 y 1991 y el registro de pacientes incluidos en el convenio de TH del Fondo Nacional de Recursos a seis meses de su inicio (abril–octubre de 1994).

Análisis

En Estados Unidos se han trasplantado de hígado cerca de 10.000 pacientes en 88 centros, realizándose entre 1.644 y 2.040 TH por año.

El promedio de trasplantes por centro fue de 45. De 88 equipos, 64 (72,7%) hicieron menos de 100 trasplantes; doce centros (13,6%) realizaron más de 200 injertos y sólo cuatro trasplantaron más de 500 pacientes, en el período mencionado⁽¹⁾. Asimismo, se destacan 16 centros con menos de 30 TH en 3 años⁽⁴⁾.

En Europa, sólo 32% de los centros realizaron 50 o más trasplantes⁽⁴⁾. De acuerdo con la densidad de población, se realiza un promedio de 5 TH por millón de habitantes en Europa, mientras que en Estados Unidos las cifras varían según el período considerado entre 9 y 35 TH por millón de habitantes. Se destaca un marcado incremento del número de TH entre 1989 y 1991⁽¹⁻⁴⁾; lo cual coincide con el aumento del número de indicaciones y una mayor obtención de órganos.

En Uruguay, entre 1990 y 1991, se registraron 560 muertes por cirrosis y otras hepatopatías crónicas; 171 de ellos en pacientes de 15 a 55 años y 21 en menores de 14 años⁽⁵⁾.

Quince pacientes, todos niños, fueron incluidos en el convenio del Fondo Nacional de Recursos, cuatro de ellos ya trasplantados, cuatro en lista de espera en el exterior, dos postergados en función de su buena condición, cuatro en etapa de evaluación y uno en estudio por falta de diagnóstico etiológico⁽⁶⁾.

Comentario

Del análisis de la literatura se desprende que el número de TH por centro es muy variable de una región a otra, aun dentro de un mismo país.

Se estima que la capacidad operativa promedio de un equipo de TH incluido en la actividad quirúrgica normal de un servicio de cirugía, es de un TH por semana. La experiencia indica que la sobreactividad en materia de TH genera una marcada distorsión de funcionamiento en múltiples servicios (banco de sangre, CTI, cirugía, etcétera) y desviación de la atención de otros pacientes graves. La demanda asistencial normal que debe cubrir un hospital constituye de hecho una limitante al desarrollo de la actividad de TH, excepto que tenga recursos para un crecimiento paralelo a dichas demandas, hecho de por sí muy poco frecuente.

Debe considerarse que toda comunidad tiene un número determinado de pacientes con indicación de TH y que no es el bajo número de habitantes el principal factor limitante para realizar TH en una comunidad o país.

En nuestro medio se constata una elevada mortalidad anual por hepatopatías y un alto número de fallecidos dentro del rango etario pasible de TH.

Estas cifras permiten presumir que existe un grupo de enfermos que actualmente mueren, que podrían haber sido evaluados en la perspectiva del TH.

En la literatura⁽¹⁻⁴⁾ la demanda de TH es muy variable –entre 5 y 35 TH por millón de habitantes– y se ha visto sensiblemente incrementada en los últimos años.

Extrapolando estos datos y considerando las cifras de mortalidad de nuestro medio, debería estimarse entre 15 y 50 TH/millón de habitantes.

La demanda asistencial pediátrica oscila entre 17% y 20% del total de trasplantes⁽¹⁻⁴⁾. A seis meses de funcionamiento del convenio con centros del exterior para realizar TH, hay 15 niños en evaluación. Esta cifra no puede correlacionarse con la mortalidad de 21 niños menores de 14 años.

Con estos datos es difícil estimar la demanda pediátrica de TH.

El éxito de un programa de TH depende de la ecuación entre la capacidad de obtención de órganos y la posibilidad de trasplantar a los pacientes en el momento más oportuno. De hecho, la escasez de donantes constituye actualmente en el mundo la principal limitante de todos los programas de TH⁽¹⁾, y la mortalidad en lista de espera oscila entre 9% y 28% en los mejores casos⁽⁷⁾. Solo mediante la permanente sensibilización de

la sociedad respecto al trasplante es posible obtener un óptimo número de donantes.

El paciente en lista de espera debe desarrollar una vida lo más normal posible, en su entorno natural, social y familiar, evitando desplazamientos, ausentismo laboral o escolar, que distorsionan al enfermo y generan un impacto económico negativo sobre su familia y la sociedad.

La evaluación pretrasplante y los controles ulteriores exigen un contacto frecuente y personalizado entre el paciente y el equipo trasplantador, que debe constituirse en el pilar fundamental y permanente de todas las necesidades del enfermo y su familia.

Todo esto sólo puede ser logrado si existe un programa de TH en la comunidad donde habita el enfermo.

Un programa de TH no se agota en sí mismo. Por el contrario, es impulsor de mejoras globales en el sistema de salud. El hospital donde se realiza se constituye en un centro de referencia para el estudio de las hepatopatías, con el consecuente impacto asistencial, docente, de investigación y el desarrollo de un equipo entrenado en cirugía hepática de alta complejidad. Se generan fuentes de trabajo, mayor nivel en la calidad de la asistencia y mejor imagen social del equipo de salud.

Conclusiones

El número de TH que realiza un centro y el man-

tenimiento de un programa es muy variable y no dependen del número de habitantes del país o región.

Las limitaciones más importantes son el bajo número de donantes y la capacidad del hospital, tanto en el aspecto operativo como económico.

Un programa de TH en nuestro país se justifica plenamente. Puede predecirse una demanda mayor de 15 trasplantes por millón de habitantes que requieren evaluación, controles y seguimiento permanente. Asimismo, posibilita acceder a tecnología de alta complejidad para el tratamiento e investigación de las hepatopatías pediátricas y del adulto.

Bibliografía

1. Belle S, Detre K. Report from the Pitts-UNOS liver trasplant registry. *Trasplant Proc* 1993; 25: 1137-42.
2. European Liver Trasplant. Repport. June. 1990.
3. Dousset H, Houssein D. Greffes de foie chez l'enfant. *Rev Prat (Paris)* 1994; 44: 1500-07.
4. Gordon R, Bismuth H. Liver trasplant registry report. *Trasplant Proc*. 1991; 23: 58-60.
5. Ruso L, Zeballos E, Balboa O. Jornadas informativas del Fondo Nacional de Recursos. Comisión técnico-médica de trasplante hepático. Comunicación. Octubre, 1994.
6. Ministerio de Salud Pública (Uruguay). División Estadística. Defunciones según causas seleccionadas. 1990/91 Montevideo: MSP. 1991.
7. Bronsther O, Fung J, Tzakis A, Van Thiel D, Startz T. Priorization and organ distribution for liver trasplantation. *JAMA* 1994; 271: 140-3.