

Treinta años de trasplante cardiaco en España

Tratamiento de la insuficiencia cardiaca avanzada en el siglo XXI. El trasplante cardiaco en la encrucijada

Juan F. Delgado Jiménez*

Unidad de Insuficiencia Cardiaca y Trasplante, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Palabras clave:

Trasplante cardiaco
Distribución de órganos
Mortalidad
Utilidad y futilidad

RESUMEN

El trasplante cardiaco es actualmente un tratamiento aceptado y establecido para la insuficiencia cardiaca avanzada. Sin embargo, desde que se realizara el primer procedimiento en nuestro país en 1984, se han producido importantes cambios en el perfil del donante y el receptor, así como la situación en que los pacientes llegan al trasplante. Este cambio ha ido paralelo a una mejora en los aspectos médicos y quirúrgicos que rodean al trasplante, de forma que los resultados globales no han sufrido gran impacto. Sin embargo, estamos obligados a velar por mantener o aumentar la actividad preservando los buenos resultados obtenidos hasta el momento, manteniendo la mayor equidad posible en la distribución de órganos y reduciendo la mortalidad en lista de espera. El presente artículo analiza los diferentes cambios en el escenario y las propuestas de mejora.

Treatment of Advanced Heart Failure in the 21st Century. Heart Transplantation at the Crossroads

ABSTRACT

Today heart transplantation is an accepted and established treatment for advanced heart failure. However, since the first procedure in Spain was performed in 1984, there have been substantial, unfavorable changes in donor and recipient profiles, as well as in the circumstances under which patients present for transplantation. These changes have taken place in parallel with medical and surgical advances in heart transplantation, such that, overall, outcomes have not been greatly affected. Nevertheless, it is important that the number of transplantations is either maintained or increased, that the good results obtained so far are sustained, that organs continue to be allocated as fairly as possible and that mortality among patients on the waiting list is reduced. This article considers the changes that have occurred in the field and reviews proposals for future improvements.

Keywords:

Heart transplantation
Allocation of organs
Mortality
Medical utility
Medical futility

INTRODUCCIÓN

El trasplante cardiaco (TxC) es actualmente un tratamiento aceptado y establecido para la insuficiencia cardiaca (IC) avanzada. Aunque nunca se han realizado ensayos controlados, hay consenso en que el TxC, siempre que se aplique un criterio de selección adecuado, mejora significativamente la supervivencia, la capacidad de ejercicio, la calidad de vida y la reincorporación laboral en comparación con el tratamiento convencional¹.

Sin embargo, desde que se realizara el primer procedimiento en nuestro país en 1984, se ha producido una serie de hechos que han cambiado radicalmente el panorama del TxC. Estos cambios han afectado al perfil del donante y el receptor y la situación en que los pacientes llegan al trasplante.

TRASPLANTE CARDIACO

Perfil del donante para trasplante cardiaco

Durante las últimas tres décadas y para bien de la ciudadanía, la calidad de las carreteras y del parque automovilístico, así como las leyes de seguridad vial y de seguridad en el trabajo, ha reducido drásticamente las tasas de mortalidad relacionadas con accidentes de adultos jóvenes. Además, la población ha envejecido. En consecuencia, la media de edad de los donantes de órganos ha aumentado, así como la edad de donantes aceptados para TxC. La mediana de edad de un donante de corazón aumentó de 25,6 años en 1984-1988 a 41,3 en el periodo 2009-2013 (figura 1)^{2,3}. Paralelo a ello, también han aumentado las comorbilidades médicas en los donantes —como diabetes mellitus e hipertensión— y con ello la probabilidad de transmitir enfermedad coronaria aterosclerótica al receptor. Estos cambios demográficos podrían tener un impacto real en la supervivencia post-trasplante y sería esperable un aumento de un 20% del riesgo de muerte en España respecto a Estados Unidos, donde la media de edad del donante es significativamente menor⁴.

*Autor para correspondencia: Unidad de Insuficiencia Cardiaca y Trasplante, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Avda. Córdoba s/n, 28041 Madrid, España.

Correo electrónico: juan.delgado@salud.madrid.org (J.F. Delgado Jiménez).

Abreviaturas

DAV: dispositivo de asistencia ventricular
 ECMO: membrana de oxigenación extracorpórea
 IC: insuficiencia cardiaca
 pmp: por millón de población
 TxC: trasplante cardiaco

Perfil del receptor de trasplante cardiaco

Las características demográficas del receptor de TxC tal vez hayan cambiado aún más drásticamente. Mientras en el periodo 1984-1988 solo el 25% de los receptores tenían entre 50 y 60 años, en el último quinquenio analizado, el 32% de los pacientes eran mayores de 60 años y se ha incluido con más frecuencia a mayores de 70 años (figura 2)³. Según los datos del Registro Español de Trasplante Cardiaco², la media de edad del receptor de TxC se ha incrementado desde los 42 años en el quinquenio 1984-1988 hasta casi los 54 en el quinquenio 2009-2013. Paralelo a ello, también las comorbilidades de los receptores han aumentado de manera constante; en el momento del trasplante, el 17% de los receptores tienen diabetes mellitus; el 10%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica moderada-grave; el 29% ya ha sufrido una cirugía cardiaca, y el 21% llega con un grado de insuficiencia renal significativa, definida como creatinina sérica > 2 mg/dl².

Situación del paciente en el momento del trasplante cardiaco

Sin embargo, el cambio más llamativo es la situación del paciente en el momento del TxC. Si en el periodo 1984-1988 se trasplantó al 7,5% de los pacientes en código urgente, en 2009-2013 fueron un 37% (figura 3)³. Y si analizamos solo el último quinquenio, merece destacarse el significativo incremento en la indicación del trasplante urgente, que fue de un 35% en 2009 y un 47% en 2013 (p = 0,006).

En gran parte, este fenómeno se ha producido por un cambio cultural que se gestó hace ahora una década y que puso el acento en el

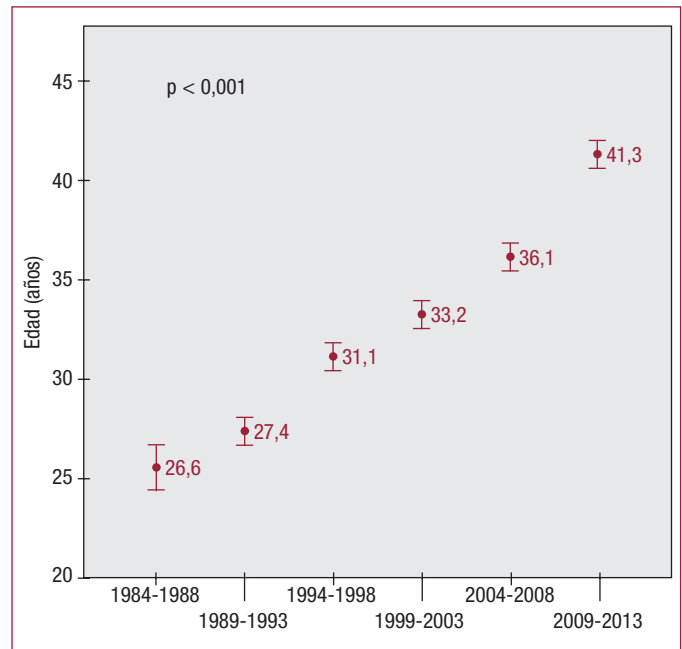


Figura 1. Edad de los donantes para trasplante cardiaco agrupados en periodos de 5 años, desde 1984 hasta 2013. Reproducido con permiso de González-Vílchez et al³.

concepto de utilidad, por el que se proponía priorizar el TxC al paciente que más beneficia, es decir, el paciente en situación de shock cardiogénico. Por el mismo motivo, se puso en cuestión la indicación de TxC en el paciente con IC avanzada que permanecía estable⁵.

Si se analiza el tipo de soporte mecánico con que se lleva al paciente a trasplante urgente, se ve que en los últimos 5 años se ha reducido discretamente la inclusión en urgencia con balón de contrapulsación intraaórtico y con asistencias de flujo pulsátil. Sin embargo, se ha duplicado el porcentaje de indicación de trasplante urgente de pacientes asistidos con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) (figura 4)³. Es esta una herramienta de asistencia circulatoria

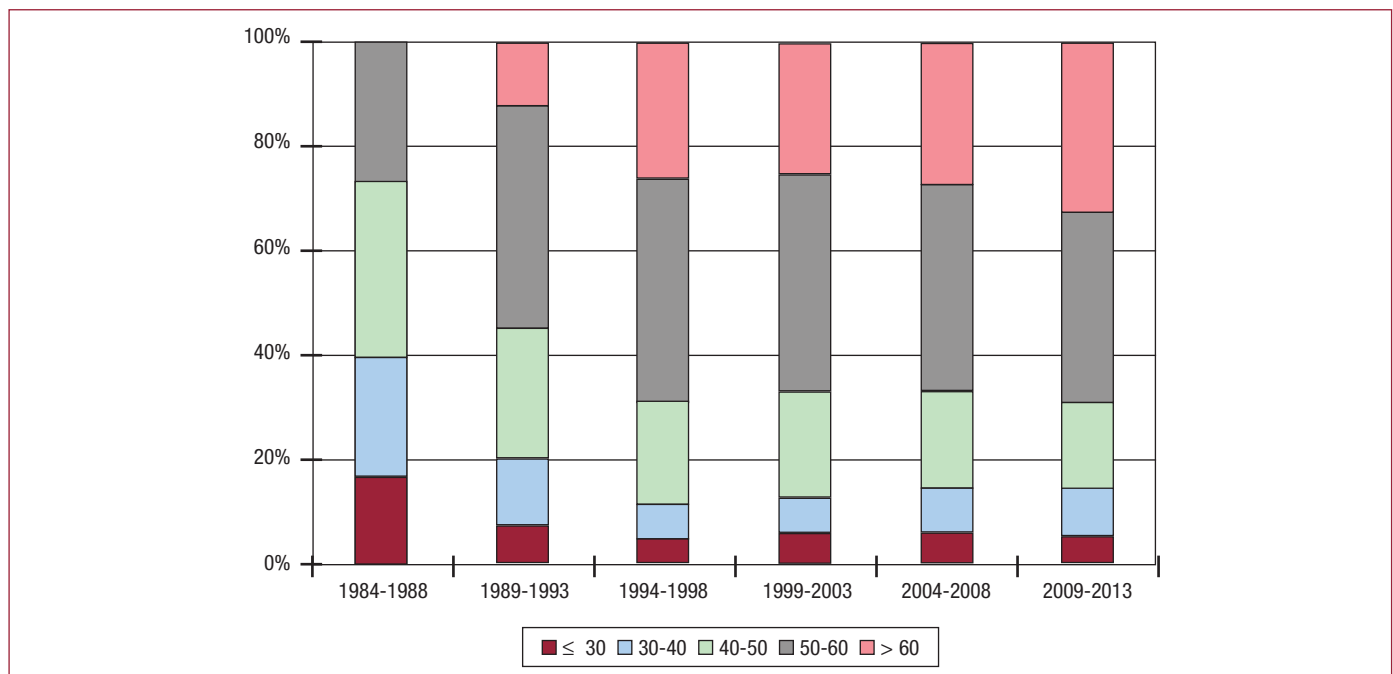


Figura 2. Edad de los receptores de trasplante cardiaco agrupados en periodos de 5 años, desde 1984 hasta 2013. Reproducido con permiso de González-Vílchez et al³.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3019405>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3019405>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)