

Guía clínica de trasplante hepático de la Sociedad Chilena de Trasplante.

Capítulo 1: Introducción y objetivos de la guía clínica

Juan Hepp K.¹, Rosa María Pérez-Ayuso² y Mario Uribe M.³

Clinical Guidelines on Liver Transplantation of the Chilean Transplantation Society 2010. Chapter 1: Introduction and Objectives

Prólogo

Las presentes guías clínicas están conformadas por cuatro capítulos y son fruto del trabajo de la Sociedad Chilena de Trasplante, organismo que ha autorizado su difusión a través de nuestra revista. En este ejemplar de *Gastroenterología Latinoamericana* publicamos los dos primeros capítulos: *Introducción y objetivos e Indicaciones de trasplante hepático*.

[Las guías clínicas constituyen documentos oficiales y no han sufrido modificaciones en el marco del proceso editorial para publicación].

1. Introducción

Los primeros trasplantes hepáticos ortotópicos (THO) se realizaron en Estados Unidos de Norteamérica en 1963 por el equipo de Thomas Starzl¹. Los pobres resultados iniciales mejoraron progresivamente gracias al perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, mejores soluciones de preservación, adecuado manejo intensivo y avances en la inmunosupresión. En 1983, el NIH (National Institutes of Health, USA) declaró que el THO se consolidaba como una alternativa terapéutica eficaz en enfermedades hepáticas avanzadas². Desde entonces se han realizado THO en todos los continentes, con las limitantes y variaciones vinculadas a factores culturales y económicos de los diversos países, con especial desarrollo en los países con mayor ingreso per cápita. Actualmente se hacen más de 15.000 THO por año en el mundo, mayoritariamente en América del Norte y Europa. El objetivo del THO, tanto en enfermedades hepáticas crónicas como en falla hepática fulminante (FHF), busca prolongar la sobrevida del paciente con una buena calidad de vida³.

La sobrevida actuarial de los pacientes a 1 y 5 años post THO alcanza tasas de 90% y 80%, respectiva-

mente³. Los resultados dependen de múltiples factores como la evolución perioperatoria, causa del daño hepático y del estado clínico del paciente al momento de la operación. En nuestro medio, los resultados tanto en pacientes cirróticos como en FHF han sido semejantes a lo observado en otros países⁴⁻⁸. En los últimos años se han ampliado las indicaciones del THO, restringido sus contraindicaciones y se ha logrado aumentar la disponibilidad de órganos donantes, mediante el aprovechamiento de hígados divididos, hígados marginales y donantes vivos relacionados.

A. Epidemiología: Situación del trasplante hepático en Chile

Cada año fallecen en Chile alrededor de 4.000 personas por enfermedades hepáticas, representando 5% del total de muertes⁹. La cirrosis hepática es la tercera causa de muerte en el país, después de las enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares⁹. La mortalidad por cirrosis hepática ha sido una de las más altas de Latinoamérica alcanzando una tasa de 20,8 por 100.000 habitantes en 1994¹⁰ manteniéndose prácticamente igual hasta el año 2004.

El primer THO con sobrevida en Chile se realizó en 1985¹¹. En 1990 se creó la Corporación Chilena del Trasplante, dando un fuerte impulso a la organización del procuramiento de órganos. En 1996 se modificó la Ley de Trasplantes y FONASA comenzó a financiar cupos para pacientes provenientes del área pública¹². A marzo de 2009 se han realizado en Chile más de 700 THO.

En el país existen actualmente 7 centros de trasplante (3 clínicas privadas, 2 hospitales universitarios y 2 hospitales públicos). El año 2008 se realizaron 74 THO con donante cadáver, alcanzando una tasa aproximada de 4,7 THO/millón de habitantes¹³. Se ha utilizado principalmente el donante cadáver. La tasa de donantes efectivos para órganos sólidos fue en aumento de 7,7 por millón de habitantes en 1998

¹Departamento de Cirugía Digestiva y Programa de Trasplante Hepático, Clínica Alemana de Santiago.

²Departamento de Gastroenterología y Programa de Trasplante Hepático, Pontificia Universidad Católica de Chile.

³Departamento de Cirugía Digestiva y Programa de Trasplante Hepático, Hospital del Salvador, Hospital Luis Calvo Mackenna y Clínica Las Condes.

Guías Clínicas

a 10 por millón de habitantes en 2000, reduciéndose progresivamente para llegar a 7 por millón de habitantes el año 2008¹³. Esta tasa sigue siendo muy inferior a la de otros países más desarrollados, como España (tasa de 33 donantes/millón de habitantes), donde la legislación considera a todos los ciudadanos como potenciales donantes, se cuenta con una adecuada logística y organización para el procuramiento de órganos, además de mayor conciencia de donación de órganos.

Las principales causas de THO en el mundo son la cirrosis hepática, el hepatocarcinoma (HCC) y FHF. En nuestro medio, las causas más frecuentes en adultos son cirrosis por virus C, alcohólica y FHF. En niños, en cambio, la atresia biliar y FHF.

La lista de espera de THO en Chile ha crecido sostenidamente, estabilizándose en alrededor de 200 pacientes en los últimos años. La disparidad entre escasez de órganos disponibles (donantes efectivos) y una mayor demanda ha determinado un aumento de la mortalidad en lista de espera, que alcanza de 25%-29% para pacientes crónicos¹⁴. En el caso de la FHF, la realidad es aún más preocupante dado el escaso tiempo de que se dispone para trasplantar a un paciente gravemente enfermo, siendo la mortalidad pretrasplante de hasta 37%¹⁵, similar a países como Estados Unidos de Norteamérica¹⁶.

Los equipos trasplantadores han consensuado la necesidad de modificar los criterios de asignación de injerto para trasplante, desde el modelo de espera por antigüedad a uno por gravedad del receptor, basado en los criterios MELD/PELD, en uso cada día con mayor frecuencia en el mundo.

En Chile, se deberían realizar 300 a 400 THO al año para satisfacer las necesidades reales del país. Lamentablemente, muchos donantes potenciales no son utilizados por diversos motivos, incluyendo la negativa familiar. Es necesario mejorar la tasa efectiva de donación de órganos y optimizar su uso¹⁷. Es también necesario coordinar los requerimientos del país con las posibilidades reales de THO, teniendo en cuenta su elevado costo. Los costos de un trasplante hepático en Chile para un paciente adulto son considerablemente menores a los costos en Europa o Estados Unidos de Norteamérica, y se acercan a los 50.000 dólares (para pacientes cirróticos trasplantados) con estadías hospitalarias promedio entre 11 y 21 días.

B. Alcance de la guía

B.1. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

Esta guía está orientada a los pacientes portadores de un daño hepático crónico o agudo, o ser portadores

de neoplasias o malformaciones del hígado, con evolución que ponga en riesgo a su vida o cuya expectativa de vida sea inferior a un 80% a un año.

B.2. Usuarios a los que va dirigida la guía

La guía da recomendaciones a todos los profesionales sanitarios relacionados con la atención de pacientes con patología del hígado, tanto en adultos como en pediatría, e incluye las intervenciones garantizadas por Decreto GES, en la perspectiva de orientar las buenas prácticas, con un efectivo uso de los recursos.

C. Declaración de Intención

El objetivo de este documento es ofrecer una propuesta basada en la evidencia existente sobre el momento óptimo en que los pacientes deben ser remitidos a los centros de trasplante, la forma de efectuar la evaluación previa al trasplante, manejo de los pacientes en la lista de espera, priorización en la asignación de injerto, procuramiento de órganos, los requerimientos para el acto quirúrgico y manejo perioperatorio, inmunosupresión, manejo de las complicaciones postrasplante, seguimiento y control de los pacientes trasplantados.

Los conceptos aquí señalados van a variar en la medida que exista nueva información y no pueden limitar al tratante o equipo médico, dada la complejidad del tema, a usar su experiencia y juicio clínico sobre la forma más adecuada de resolver cada una de las etapas del proceso de un trasplante de hígado, en especial en aquellas en que no existe información suficiente para recomendaciones específicas.

2. Objetivos

- Definir las principales indicaciones y contraindicaciones del trasplante hepático en nuestro medio.
- Definir los criterios de incorporación en la lista de espera de trasplante hepático.
- Crear criterios uniformes en el manejo de los pacientes postrasplante hepático.
- Contribuir a mejorar la sobrevida y calidad de vida de los pacientes que son sometidos a trasplante hepático en Chile.
- Contribuir al uso racional de recursos y la coordinación de las redes de prestadores implicadas en el manejo de estos pacientes.

Referencias

- 1.- Starzl TE, Marchioro TL, VonKaulla KN, Hermann G, Brittain RS, Waddell WR. Homotransplantation of the liver in humans. *Surg Gynecol Obstet* 1963; 117: 659-76.
- 2.- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Liver transplantation, June 20-23, 1983. *Hepatology* 1984; 4: 107S-10S.
- 3.- Yu AS, Keefe EB. Liver transplantation. In: Zakim & Boyer, editors. *Hepatology: a textbook of liver disease*. 4th edition. Philadelphia: Saunders 2003; 1617-56.
- 4.- Innocenti F, Hepp J, Zapata R, Sanhueza E, Humeres R, Ríos H, et al. A decade of adult liver transplantation in a single center in Chile. *Transplant Proc* 2004; 36: 1673-4.
- 5.- Buckel E, Uribe M, Brahm J, Silva G, Ferrario M, Godoy J, et al. Outcomes of orthotopic liver transplantation in Chile. *Transplant Proc* 2003; 35: 2509-10.
- 6.- Uribe M, Buckel E, Ferrario M, Godoy J, Blanco A, Hunter B, et al. Epidemiology and results of liver transplantation for acute liver failure in Chile. *Transplant Proc* 2003; 35: 2511-2.
- 7.- Hepp J, Ríos H, Suárez L, Zaror M, Quiroga M, Rodríguez G, et al. Trasplante hepático en adultos: casuística de Clínica Alemana de Santiago. *Rev Med Chile* 2002; 130: 779-86.
- 8.- Hepp J, Sanhueza E, Zapata R. Trasplante de hígado. En: Hepp J, Aretxabala X, editores. *Cirugía del hígado, vía biliar y páncreas*. Primera Edición, 2005. Santiago: Sociedad de Cirujanos de Chile, pp. 374-400.
- 9.- Departamento de estadísticas e información de salud. Documento Ministerio de Salud. MINSAL. Defunciones por algunos grupos de causas específicas de muerte según sexo y por Servicio de Salud, 2003. Disponible en http://deis.minsal.cl/deis/ev/def2003/tl2JDEFUN_ESPECIFICA.htm [Consultado el 8 de julio de 2010].
- 10.- Organización Panamericana de la Salud. Documento de perfil de Salud de cada país, <http://www.paho.org/Project.asp?SEL=HD&LNG=SPA&CD=COUNT> [Consultado el 8 de julio de 2010].
- 11.- Hepp J, Zaror M, Ríos H, Suárez L, Figueroa P, Quiroga M, et al. Perspectivas del trasplante hepático en Chile. *Rev Med Chile* 1990; 118: 453-8.
- 12.- Hepp J. Organización y financiamiento del trasplante hepático en Chile: ¿Cómo debiera ser? *Gastr Latinoam* 2006; 17: 172-4.
- 13.- Corporación Chilena de Trasplante. Estadística trasplante hepático <http://www.trasplante.cl/estadisticas/2006/al2005/10.php> [Consultado el 8 de julio de 2010].
- 14.- Zapata R, Rius M, Sanhueza E, Humeres R, Ríos H, Quiroga M, et al. Liver transplant waiting mortality in Chile: Implications for liver allocation policy. *Liver Meeting, IASL (International Association for the Study of Liver Diseases)*, El Cairo, Egypt, September 2006. *Liver International* 2006; 26: 94 (abstract).
- 15.- Zapata R, Innocenti F, Sanhueza E, Humeres R, Ríos H, Suárez L, et al. Clinical characterization and survival of adult patients awaiting liver transplantation in Chile. *Transplant Proc* 2004; 36: 1669-70.
- 16.- Ostapowicz G, Fontana R, Schiodt F, Larson A, Davern T, Han S, et al. Results of a prospective study of acute liver failure at 17 tertiary care centers in the United States. *Ann Int Med* 2002; 137: 947-54.
- 17.- Zapata R, Innocenti F, Sanhueza E, Humeres R, Ríos H, Suárez L, et al. Predictive models in cirrhosis: correlation with the final results and costs of liver transplantation in Chile. *Transplant Proc* 2004; 36: 1671-2.