

Veinte años del primer trasplante hepático en la Clínica

El centro médico obtiene un 90% de supervivencia a un año de la cirugía, tasa superior a la que ofrecen los registros nacionales e internacionales

CUN ■ La Clínica obtiene un 90% de supervivencia en pacientes trasplantados de hígado un año después de la intervención quirúrgica. Se trata de una de las mejores tasas si se compara con las medias de supervivencia en trasplantes hepáticos presentadas por los registros español, europeo y estadounidense. Así, a un año de la cirugía, la tasa de supervivencia es del 84% en el registro español, del 82% en el europeo y del 87% en el americano. La superioridad se mantiene asimismo en la supervivencia a cinco y a diez años (como puede observarse en la gráfica).

“Una alta calidad quirúrgica y médica y un seguimiento posterior de los pacientes muy estrecho para conseguir un diagnóstico precoz de posibles compli-



Equipo de Trasplante Hepático: En la fila de arriba, los doctores Bruno Sangro, Ignacio Herrero, Fernando Rotellar, Jorge Quiroga y Félix Alegre; en la fila de abajo, la enfermera Montse Lorente, la doctora Delia D'Avola, los doctores Fernando Pardo y Mercedes Iñarrairaegui, la enfermera María Molina y el doctor Pablo Martí.

caciones son las claves de los elevados índices de supervivencia que presenta la Clínica en los trasplantados hepáticos”, describe el doctor Jorge Quiroga, director del Departamento de Medicina Interna y especialista en Hepatología de la Clínica. Con tan buenas cifras, el centro hospitalario celebra este año el 20 aniversario de su primer trasplante hepático, el primero en Navarra. En estas dos décadas, la Clínica

ha realizado un total de 382 trasplantes hepáticos en 367 pacientes (15 fueron re-trasplantados con posterioridad). “Hace 20 años, la puesta en marcha del programa de trasplantes hepáticos –destaca el doctor Quiroga– fue una labor de toda la Clínica en la que colaboraron nu-

PASA A LA PÁG. 6 >>

El doctor Pardo
y su equipo durante
un trasplante.



<<VIENE DE LA PÁG.4

merosos departamentos, entre los que figuran de modo destacado Cirugía, Hepatología, Anestesia, Farmacología, Hematología, Radiología, Anatomía Patológica, Bioquímica y el personal de Enfermería. Fue un éxito de un trabajo en equipo”.

Cabe destacar que los trasplantes practicados en la Clínica constituyen el Programa de Trasplante Hepático de Navarra, desarrollado de forma conjunta con los hospitales públicos de la Comunidad foral. La extracción de órganos es realizada habitualmente por el equipo de cirujanos del Hospital de Navarra y el trasplante al paciente receptor, por los especialistas de la Clínica. El actual equipo médico responsable de los trasplantes hepáticos está constituido por los cirujanos Fernando Pardo, Fernando Rotellar y Pablo Martí y por los hepatólogos Ignacio Herrero, Jorge Quiroga, Bruno Sangro, Mercedes Iñarrairaegui, Félix Alegre y Delia D’Avola, todos especialistas de la Clínica. En el Hospital de Navarra, el equipo encargado de las extracciones está liderado por los cirujanos Miguel Lera, Javier Herrera y Cruz Zazpe.

En el último año, el equipo de cirujanos de la Clínica ha realizado un total de 26 trasplantes hepáticos. De esta cifra, 6 fueron de donante vivo, una actividad iniciada hace siete años. La Clínica es uno de los tres hospitales españoles que actualmente realiza cirugía de trasplante de hígado de donante vivo en adulto, junto al Clínic de Barcelona y al 12 de Octubre de Madrid. En total se efectuaron nueve trasplantes de esta naturaleza el año pasado en España.

EL PRIMERO, EN 1990

En 1988 se inició en la Clínica la preparación del Programa de Trasplante Hepático auspiciado por el doctor Jesús Prieto, director del Departamento de Medicina Interna y de la Unidad de Hepatología. La llegada de los doctores Álvarez-Cienfuegos y Pardo con experiencia previa en trasplante hepático supuso el impulso definitivo al proyecto.

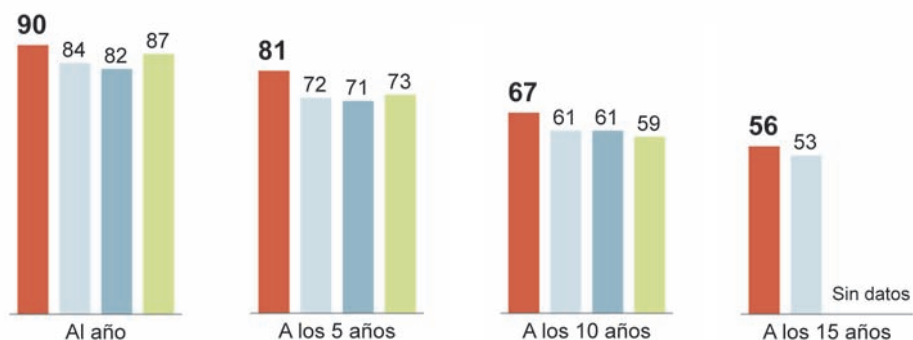
El primer trasplante de hígado efectuado en el centro hospitalario pamplonés se realizó el 26 de abril de 1990. Fue una operación de 9 horas de duración en la

PASA A LA PÁG. 8 >>

TRASPLANTES HEPÁTICOS

■ Clínica Universidad de Navarra (1990-2010) ■ Registro europeo (1988-2008)
■ Registro español (1984-2008) ■ Registro de Estados Unidos (1996-2006)

► % de supervivencia de los pacientes trasplantados



JORGE QUIROGA DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

“La base del éxito inicial fue la dedicación y la colaboración de los diferentes departamentos”

El doctor Jorge Quiroga vivió en primera persona la puesta en marcha del programa de trasplante hepático, así como su posterior evolución.

Finales de los años 80 en la Clínica, ¿cuál fue el detonante que llevó a implantar un programa de trasplante hepático?

La razón principal fue que se morían pacientes con enfermedades hepáticas terminales y que el trasplante de hígado ya había demostrado ser una técnica no experimental, sino útil. En aquella época la supervivencia, al año del trasplante, era del 70%.

¿Qué factores posibilitaban hace veinte años esas elevadas tasas de supervivencia?

Los principales fueron la introducción de nuevos inmunosupresores, en concreto de la ciclosporina, que consiguió cambiar el panorama del trasplante en aquellos primeros años (se pasó del 30 al 70% de supervivencia al año). Además, para la puesta en marcha del programa de trasplante hepático, en la Clí-



“Desde el principio superamos la media de supervivencia al año del trasplante, situada en el 70%”

nica se decidió contratar a dos cirujanos con una experiencia previa importante, los doctores Javier Álvarez-Cienfuegos y Fernando Pardo, que ya contaban con medio centenar de trasplantes de hígado en su haber.

Para poner en marcha el programa de trasplante, el equipo de profesionales de la Clínica tuvo que hacer un esfuerzo importante de especialización.

En concreto, como hepatólogo, acudí al Presbyterian University Hospital de Pittsburgh a adquirir mayor formación en el trasplante de hígado porque era el centro que en aquel entonces reunía mayor experiencia. Los anestesiólogos y las enfermeras especializadas también pasaron un tiempo de formación en la ciudad americana.

Con todo este conjunto de factores reunido, el 26 de abril de 1990 acometieron el primer trasplante hepático de la Clínica y de Navarra.

Contábamos ya con profesionales con experiencia y con entre-



1 El inicio del trasplante hepático en la Clínica contó con los doctores Álvarez-Cienfuegos y Pardo.

2 En los primeros años era frecuente que los cirujanos tuvieran que acudir a extraer el órgano y trasladarlo para su implante.

3 El entrenamiento y experiencia previa de todos los profesionales implicados consiguió el éxito del programa.



namiento específico. Con esa intensa preparación previa conseguimos que en nuestros primeros resultados no repercutiera la habitual curva de aprendizaje, normal en los inicios de todos los procedimientos. La media de supervivencia al año del trasplante hepático se situaba en el 70% y nosotros conseguimos superar notablemente ese índice desde el principio.

De este modo se consolidó el trasplante hepático en la Clínica.

Me gustaría destacar que la puesta en marcha de este programa fue una labor de todo el centro médico, en la que colaboraron muchos departamentos, como principales integrantes de un gran equipo multidisciplinar. Desde el principio se

consideró una labor colectiva.

En su opinión ¿dónde residen las principales diferencias entre los inicios y la actualidad del trasplante de hígado?

Principalmente, en algunos cambios en la técnica quirúrgica y en un mejor ajuste de la inmunosupresión. Ha sido también importantísimo contar con fármacos útiles para tratar el virus B de la hepatitis y el citomegalovirus. De forma global, los postoperatorios eran entonces más complejos. Además, manteníamos una o dos sesiones decisorias todos los días en las que participaban todos los especialistas involucrados. No se tomaban decisiones individualmente. Esto minimizó los errores y consolidó el equipo. Esta

forma de trabajo se simplificó cuando ya se adquirió una rutina en el funcionamiento de la atención médica de los transplantados, derivada de la experiencia. La base del éxito fue la dedicación y la colaboración de los diferentes departamentos.

Resulta llamativo que actualmente el rechazo del órgano implantado ya no constituya la principal preocupación.

Es que el cambio conceptual más importante ha sido conseguir evitar ese miedo obsesivo por el rechazo que vivimos en los inicios de los trasplantes. Actualmente es un problema menos importante porque contamos con fármacos que lo evitan desde el principio. Otro aspecto diferencial respecto al co-

mienzo del trasplante es que, debido a los inmunosupresores administrados para evitar el rechazo, a menudo ocurrían complicaciones por infecciones debidas a algunos virus, como el citomegalovirus, cuya virulencia se estimula con la inmunosupresión. Al principio no contábamos con ningún fármaco efectivo con el que combatirlo, medicamento que hoy sí tenemos. Antes, una infección por citomegalovirus era una cuestión muy grave que nos obligaba a suspender la inmunosupresión, con lo que nos arriesgábamos al rechazo del injerto. Actualmente, existe un antiviral que lo elimina, de forma que ya no se arriesga el órgano transplantado.

<<VIENE DE LA PÁG.6

que se necesitaron trasfundir hasta once litros de sangre. Además, la actividad del equipo quirúrgico comenzó muchas horas antes del trasplante en sí, ya que en aquellos primeros años era bastante habitual que los cirujanos tuvieran que desplazarse hasta el hospital donde se encontraba el donante, cualquiera que fuera el punto geográfico, y proceder también a la extracción de los órganos y a su posterior traslado hasta la Clínica, recuerda el doctor Fernando Pardo, especialista en Cirugía General de la Clínica y director del Área de Cirugía Hepatobiliopancreática.

“Cuando empezamos a hacer trasplantes, no se hacían ni en el País Vasco, ni en Cantabria, ni en Asturias, ni en Galicia. Así que nos correspondía atender toda la zona norte”, apunta el doctor Pardo.

De forma paulatina, la práctica de los trasplantes se fue extendiendo por los hospitales de las demás comunidades

norteñas, de forma que los cirujanos de la Clínica se limitaron en mayor medida a la cirugía de implante del injerto. “Actualmente seguimos integrados en la zona norte pero prácticamente todos nuestros injertos provienen de los donantes de Navarra”, indica el cirujano.

En estas dos décadas, los principales avances en trasplante hepático se han centrado en la técnica quirúrgica, en la experiencia de los equipos quirúrgicos y de hepatólogos, en el manejo de los tratamientos farmacológicos y en el seguimiento de los pacientes trasplantados.

AVANCES QUIRÚRGICOS

En este sentido, el doctor Pardo apunta que, en los inicios, la cirugía de trasplante era la más larga y compleja de todas, con una media de 8 a 10 horas de duración y con un elevado compromiso de la vida del paciente, ya que, entre otras cuestiones, durante la intervención se

producían importantes hemorragias. “Poco a poco se fueron introduciendo mejoras técnicas que han conseguido que la cirugía sea más rápida y segura para el paciente”, afirma el especialista. Actualmente, una cirugía de trasplante se sitúa en unas 4 ó 5 horas de quirófano, por debajo de muchas operaciones dirigidas al tratamiento de diferentes tipos de cáncer.

A juicio del especialista, entre las principales mejoras de la técnica quirúrgica figura la preservación de la vena cava, que antes era necesario seccionar. “Esta cuestión ha contribuido de modo fundamental a la estabilidad hemodinámica del paciente lo que repercute en un mejor control por parte de los anestesiólogos”. La preservación de la cava evita los graves episodios de sangrado habituales en los inicios de esta cirugía. “Pero sobre todo, lo que ha incidido en una mejora más importante de estas intervenciones —subraya— es la mayor



UN HITO

El trasplante de donante vivo

En los últimos años, el aumento de las listas de espera para trasplante hepático, debido principalmente a la disminución de fallecidos en accidentes de tráfico, planteó en occidente la necesidad de los trasplantes de hígado de donante vivo. Sin embargo, según el doctor Pardo, los programas de trasplantes hepáticos entre vivos avanzan muy lentamente. Las razones de este estancamiento y de que en adultos sólo los practiquen tres hospitales españoles (en pacientes pediátricos se efectúa en más centros) residen “en que se trata de un trasplante muy exigente que requiere una dedicación importante del equipo sanitario que lo acomete, ya que la duración de las dos cirugías es muy prolongada. Además, supone una mayor responsabilidad, especialmente para el equipo de cirujanos, al tener que intervenir al donante, que es una

persona sana”. Sin embargo, el riesgo de mortalidad para el donante vivo se sitúa en el 0,3%, índice similar al de intervenciones por patologías banales.

A pesar del escaso número de trasplantes hepáticos de donante vivo, este especialista sostiene que existen indicios para esperar un aumento futuro, debido a la previsible ampliación de los pacientes para los que estará indicado el trasplante de hígado.

Según el doctor Herrero, para un trasplante hepático entre vivos debe existir la compatibilidad de los grupos sanguíneos, un buen estado de salud del donante, corroborado mediante exhaustivos exámenes médicos, además de algunos requisitos anatómicos. “En definitiva, para este tipo de trasplante, se busca un órgano en el que el riesgo para el donante sea lo más próximo a cero”, puntualiza.



experiencia de todo el equipo, cirujanos, anestesiólogos y enfermería”.

Los progresos médicos han repercutido también en un postoperatorio más leve. “Al principio, lo habitual después de una operación de trasplante hepático es que el paciente permaneciera, al menos, 3 ó 4 días en la UCI”, advierte. Ahora, lo normal es que permanezca entre 24 y 48 horas. En similar proporción se ha reducido el ingreso total, pasando de un mes de permanencia hospitalaria a los 8 ó 10 días de media actuales.

NUEVOS FÁRMACOS Y DOSIS

Para el doctor Quiroga, las principales diferencias entre los inicios y la actualidad del trasplante hepático radican también en los cambios en la inmunosupresión. “Actualmente apenas se utiliza la ciclosporina, fundamental hace 20 años”, recuerda. Como consecuencia de las mejoras quirúrgicas y de los avances en la in-

Una alta calidad asistencial y un estrecho seguimiento del paciente trasplantado, claves fundamentales de los elevados índices de supervivencia

La Clínica es uno de los tres hospitales españoles que realizan trasplantes hepáticos de donante vivo en adultos

El seguimiento individualizado contribuye a una mejor calidad de vida, ya que posibilita una dosificación mejor las medicaciones

munosupresión “los postoperatorios actuales son globalmente menos complejos”, añade.

Además, entre los progresos que contribuyen a una mejor calidad de vida del paciente trasplantado figuran los ya mencionados nuevos fármacos, pero también los cambios en la dosificación, destaca el doctor Herrero. “En este campo ha habido una evolución, no sólo tenemos mejores fármacos, sino que sabemos utilizarlos mejor”, explica. El manejo de estos pacientes ha progresado en estas dos décadas en conseguir evitar de forma eficaz el rechazo con dosis menores de inmunosupresores, administradas individualizadamente y controladas mediante revisiones periódicas. Al mismo tiempo, el seguimiento individualizado de cada paciente también contribuye a una mejor calidad de vida, ya que posibilita una dosificación más favorable de las medicaciones y un control más estrecho de posibles nuevas enfermedades.



El trasplante hepático de donante vivo se realiza utilizando dos quirófanos de forma simultánea.

“No te llegas a creer cómo en tan poco tiempo puedes hacer una vida normal”

A **Conchi Soto**, actual presidenta de la Asociación Navarra de Trasplantados y Enfermos Hepáticos, hace nueve años que un nuevo hígado le salvó la vida

CUN ■ Permaneció diez largos meses en lista de espera. Después de dos intentonas previas, a la tercera llamada fue la vencida. Los dos hígados anteriores no cumplían las condiciones necesarias. Pero, por fin, el 3 de diciembre de 2000 llegó el órgano adecuado. Conchi Soto Eguíluz, actual presidenta de la Asociación de Trasplantados y Enfermos Hepáticos de Navarra (Atehna) puede considerar que volvió a nacer hace 9 años, tras la operación en la que le implantaron un nuevo hígado.

Su historia comenzó a los 25 años, cuando enfermó de hepatitis B, infección de la que consiguió reponerse. Trece años más tarde, Conchi Soto recuerda que un día se levantó con el vientre muy hinchado, síntoma que se intensificó en el curso de una semana. El médico de cabecera le diagnosticó entonces la enfermedad hepática. Tras la hepatitis B, el virus causante se quedó de forma crónica y latente en su organismo, de forma que, “con los años, la enfermedad evolucionó en una cirrosis vírica, algo que puede o no ocurrir, pero que a mí me pasó”, recuerda. Los síntomas de la enfermedad se agudizaron. Ingresó en la UCI y, finalmente, fue derivada por el Servicio Navarro de Salud, a la Clínica. Le incluyeron entonces en lista de espera para trasplante hepático.



Conchi Soto preside Atehna, asociación creada hace 2 años para apoyar a trasplantados y enfermos hepáticos, que cuenta con 52 socios.

¿Cómo afrontó los diez meses en lista de espera?

Fue lo peor de todo el proceso. Fueron meses de verdadera angustia. Pasa el tiempo y empiezas a obsesionarte. Además, yo ya no podía llevar una vida normal. Me encontraba muy cansada. Mi vida transcurría de la cama al sofá y del sofá a la cama e ingresé unas veinte veces.

Hasta que recibió la llamada comunicándole que había llegado un hígado para usted ¿Cómo vivió ese momento?

Ya me habían llamado en dos ocasiones anteriores, pero en ninguna de ellas pudo ser porque el hígado no cumplía las condiciones. Así que la tercera vez me lo tomé con bastante escepticismo. Pensé que tam-

“Y todo, gracias a que alguien ha donado sus órganos. Esto es algo muy grande”

poco me iba a valer ese órgano. Me lo tomé con calma. Recogí la cocina, la ropa que tenía tendida y fui a la Clínica y quedé ingresada a la espera de comprobar si el hígado valía. El doctor Pardo había acudido a extraerlo fuera de Navarra. **¿Y cuando le dijeron que de verdad había un hígado sano para usted?**

Para entonces ya me habían preparado para la posible operación. Entró una doctora y me dijo que el órgano era válido para mí. Fue entonces cuando empecé a vivir un montón de sensaciones: mucha alegría, a la vez que miedo. Fue un momento muy especial.

Superada la operación ¿cómo fue la recuperación posterior? La recuperación es lenta. Estuve 20 días ingresada, aunque actualmente lo normal es permanecer cerca de una semana. A mí se me complicó un poco por un ligero recha-

zo inicial, por eso estuve más tiempo.

Y después, la incorporación paulatina a la vida normal.

Al principio debía llevar a rajatabla las recomendaciones médicas como evitar los sitios cerrados, beber agua mineral, nada de marisco crudo y pocas precauciones más. Parece imposible, no te llegas a creer cómo en tan poco tiempo, puedes estar haciendo una vida normal. Y todo, gracias a que alguien ha donado sus órganos. Esto es algo muy grande.

¿Qué recomendaría a las personas recién intervenidas?

-Que hagan una vida normal, que hay trasplantados que llegan a dedicarse incluso al deporte de competición. Es necesario mantenerse activo.



Atehna
atehna2010@gmail.com
móvil: 679705301



Los principales avances en trasplante hepático residen en la experiencia de los equipos sanitarios, en el manejo de los medicamentos y en los nuevos fármacos.

Instrumentistas y enfermeras especializadas: Amaia Redín, Beatriz Casas, Miriam Fernández y Blanca Larrea.

Retos de futuro

EXTENDER EL TRASPLANTE DE DONANTE VIVO

El doctor Herrero subraya la importancia de consolidar el trasplante de hígado entre vivos. “Hasta la fecha, en la Clínica hemos efectuado 16 y es necesario que aumente su número, aunque depende de que las personas lo consideren una opción eficaz y de que le pierdan el miedo”, insiste. El doctor Quiroga coincide en esta línea al advertir que la progresión del trasplante hepático está relacionada con el aumento del trasplante entre vivos. “El reto conceptual —señala— sería disponer de órganos para trasplantar a todos aquellos pacientes que lo necesiten. Mientras no se desarrollen técnicas que permitan rescatar órganos que actualmente no son utilizables, necesitamos expandir el trasplante de vivo”.

AJUSTAR LAS INDICACIONES DE TRASPLANTE

Desde el punto de vista de las indicaciones del paciente que cumple criterios para ser trasplantado, el doctor Quiroga subraya que el objetivo reside en “ajustar al máximo las indicaciones para, de este modo, obtener el mayor rendimiento de los órganos que se trasplantan”. Se trata de una cuestión que está en estudio, aunque, si bien es cierto, “cada vez queremos ampliar más estas indicaciones”, afirma el internista.

IDENTIFICAR LA TOLERANCIA

A más largo plazo, el doctor Herrero plantea “conseguir identificar si existe tolerancia del organismo de los pacientes trasplantados al nuevo órgano”, de forma que a los que la presenten se les podrá ir suspendiendo la medicación inmunosupresora sin riesgo de rechazo. “Hoy, sabemos que hay pacientes a los que se les puede suprimir esta medicación. Ya existen avances en este sentido. Calculamos que a uno de cada cuatro pacientes con bajo riesgo de rechazo conseguimos retirarle la inmunosupresión”, indica. Para reducir las dosis, es necesario hacerles frecuentes revisiones. Además, existen grupos de investigadores que trabajan en la identificación de esos indicadores de tolerancia, aunque de momento se desconocen.

ELIMINAR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

Según el doctor Herrero, es otra de las metas prioritarias en Hepatología. Hoy, la tasa de respuesta eficaz en la curación de la hepatitis por virus C se sitúa en torno al 30%, gracias a la actual medicación antiviral. De ahí que otro objetivo importante resida en conseguir mejores fármacos contra el virus C. Una cuestión que mantiene actualmente abiertas varias líneas de investigación, que dejan entrever un futuro prometedor.