



Trasplantes de

La Clínica ha vivido un 2015 especialmente fértil en materia de trasplantes: 25 años de su primer hepático; ha alcanzado casi el listón de los mil trasplantes renales; y en cardiaco continúa pionera en trasplante a pacientes con dispositivo de asistencia mecánica.

CUN ■ 2015 ha sido quizás uno de los más fructíferos en lo que a trasplantes se refiere para la Clínica: hace 25 años un equipo de especialistas de la Clínica Universidad de Navarra realizó su primer trasplante hepático. Era el 26 de abril de 1990. Desde entonces se han intervenido 484 trasplantes de hígado, 25 de donante vivo, con unos índices de supervivencia similares a los de los mejores hospitales europeos. En trasplante renal, los equipos de la Clínica rozan el millar de trasplantes, 990 pacientes que han podido abandonar la depen-

dencia de una máquina de diálisis, para volver a desarrollar una vida totalmente normal. Y en corazón, los especialistas de la Clínica compilan una experiencia pionera en el uso de dispositivos de asistencia mecánica como puente o paso intermedio al trasplante de corazón.

Todo ello en un mismo centro, con la cooperación de varios cientos de profesionales de todas las especialidades médicas de los que en estas páginas se dejarán testimonios ejemplares. Porque un trasplante supone, seguramente, uno de los procedi-

mientos clínicos que mayor implicación y organización multidisciplinar precisa.

Para muestra un botón. El centenar de especialistas de diferentes disciplinas médicas con un único proceder que el pasado mayo desembocó en una jornada extraordinaria, la del record de intervención con 6 trasplantes en 24 horas.

RÉCORD: 6 INTERVENCIONES EN 24 HORAS.

La Clínica batió a mediados del pasado marzo un record de trasplantes. Desde la madrugada del martes 17 hasta la del miércoles 18, se realizaron un total de media docena de cirugías para implantar seis órganos a otros tantos pacientes, todos ellos vecinos de Navarra. Durante todo el proceso llegaron a coincidir, de forma simultánea, las cirugías de cuatro de los trasplantes. El director general de la Clínica, José Andrés Gómez Cantero, destacó la profesionalidad y el enorme esfuerzo de todas las personas implicadas en estas



récord

Una representación nutrida de los profesionales de prácticamente todas las áreas de la Clínica que intervienen en un trasplante.

intervenciones en cadena. “Hechos como este ponen en valor la fortaleza del Programa de Trasplantes de Navarra que integra la Clínica y el Servicio Navarro de Salud en beneficio de la salud de todos los navarros”, indicó.

En concreto, entre las 2:30 horas de la madrugada del día 17 y las 3 horas del 18, en apenas 24 horas, medio centenar de profesionales quirúrgicos (Cirugía General, Urología, Cirugía Cardíaca, Anestesia y Enfermeras y Auxiliares del Área Quirúrgica), además de los de Cuidados Intensivos, de plantas quirúrgicas, Nefrología, Hemodiálisis, Hepatología, Cardiología, Anatomía Patológica, Inmunología, Radiología, Urgencias, Banco de Sangre, Laboratorio de Bioquímica y Sanitarios de la Clínica vivieron una carrera contrarreloj. La preparación, desarrollo y post-operatorio de las seis intervenciones requirió la coordinación y organización



inmediata de más de un centenar de profesionales de la Clínica.



COOPERACIÓN CON EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD. El mismo lunes 16, la coordinadora de trasplantes de la Clínica, Montserrat Lorente, comenzó a recibir información sobre posibles donantes de diferentes órganos. Finalmente, se realizaron tres trasplantes de riñón, dos de hígado y uno de corazón. En el operativo también



participaron profesionales del Complejo Hospitalario de Navarra, de cuyo centro procedían algunos de los órganos; el resto llegó de otras comunidades españolas. Se dio la coincidencia de que todos eran apropiados para pacientes de la Comunidad foral en lista de espera.

Las dos primeras intervenciones fueron dos trasplantes renales, el primero de los cuales dio comienzo el martes a las 2:30 horas de la madrugada. Cinco horas más

tarde se inició el segundo trasplante de riñón. El tercer trasplante de riñón comenzó a las 22 horas del martes con un órgano procedente de un donante en asistolia.

A las 20:00 h del martes, comenzó el trasplante de corazón a un paciente de Pamplona. Se trataba de una persona intervenida en 2013 en la Clínica para la implantación de un ventrículo artificial Heart Ware como dispositivo puente al trasplante. El órgano cardíaco llegó también la tarde del mismo martes 17.

Además se realizó un trasplante hepático dominó. El martes 17 llegó a la Clínica un hígado de donante cadáver. El trasplante al primer paciente comenzó a las 17:30 horas y finalizó a las 23 horas. Entre tanto, el hígado de ese primer paciente, con una enfermedad debida a la falta de una proteína, se trasplantó a un segundo paciente.

Esta segunda intervención se realizó entre las 20 horas del martes y las 3 horas del miércoles. Todo un récord.

“Nunca se dice no a un trasplante por cuestiones organizativas”

Las supervisoras de enfermería de Quirófano, Elena Olazábal y Teresa Secyugu, y la gestora del Área de Quirófano, Micaela Sancho, coinciden en destacar la disponibilidad de toda la Clínica para aceptar un trasplante

■ El aviso de un posible trasplante se recibe en el Área de Quirófano horas antes de la extracción del órgano en el centro de procedencia del donante. “Nos informa la coordinadora de la Clínica”, explica Elena Olazábal. Los datos que precisan conocer en quirófano son: el lugar de extracción del órgano, órganos ofertados y hora de la extracción, “que es el dato que nos condicionará el tiempo que tenemos para avisar a la enfermería, y para planificar las cirugías”. A falta de confirmar la validez del receptor, “avisamos a la enfermería de guardia”. Ante una alerta de trasplante, siempre hay disponible un equipo completo: dos enfermeras de quirófano y dos de anestesia “de guardia localizada, a quienes trasladamos toda la información”. Cuando se confirma la adecuación del órgano y se acepta la oferta de la ONT, “planificamos la atención de estos pacientes”. Las enfermeras de Anestesia preparan el material quirúrgico y “se dispone todo para la cirugía de banco, en el caso del riñón y en el de hígado”. Al mismo tiempo se duerme al receptor, llega el equipo completo y se termina de preparar el quirófano: aparataje, protecciones para el paciente, instrumental, las medicaciones... El Banco de Sangre, los laboratorios de Bioquímica y de Inmuno-

logía están también preparados. Cuando hay más de una alerta de trasplante a la vez, existe otro equipo de guardia general. “Estamos capacitados para mantener dos cirugías simultáneas de trasplante”, asegura. En caso de un tercer trasplante, “tendríamos que solicitar por favor la disponibilidad de personal cuya asistencia no estuviese programada”. Elena Olazábal asegura: “Lo que no vamos a decir nunca es que no a un trasplante. Lo llevamos incorporado en nuestro ADN. Un receptor siempre es un sí. Es una actitud altruista muy de agradecer a todos los profesionales de la Clínica. Todo el mundo responde”. Coincide en esta afirmación Micaela Sancho, quien subraya que “éticamente, no podemos negar la posibilidad de trasplante a un receptor. La organización posterior ya la conseguiremos y siempre mantendremos la calidad”. Micaela recibe también la alerta de posible trasplante. En su caso, la implicación también se debe a una cuestión organizativa, pues según el personal que intervenga, “al día siguiente siempre vamos a necesitar enfermería y anestesiista para las operaciones programadas. Tengo que intentar anticiparme a los problemas que puedan surgir para que afecte lo mínimo o nada a la programación posterior”.



La cuenta atrás de un trasplante

Las horas previas a un trasplante son siempre de máxima alerta. Para que todo el proceso llegue a buen puerto y un paciente pueda beneficiarse de un nuevo órgano es necesaria una intensa labor de coordinación. En el caso de la Clínica, esta importante tarea recae en la coordinadora de trasplantes del centro, la enfermera Montserrat Lorente en colaboración con la también enfermera Ana Gracia.

■ **Primera llamada.** La maquinaria de un trasplante comienza siempre con una llamada telefónica de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Se activa entonces la alerta en el posible centro receptor.

Desde la Clínica, la coordinadora recoge los datos de la oferta con las características del donante y llama al respon-

sable de guardia del equipo de trasplante específico de ese órgano. Este especialista valorará la idoneidad del donante y seleccionará al receptor o receptores más adecuados de la lista de espera de la Clínica. La coordinadora informa de la posibilidad de trasplante, tanto al equipo quirúrgico como al clínico (cirugía general-hepatología, nefrología-urología y/o cirugía cardiaca-cardiología).

■ **Localizar receptor.** Comienza la localización del receptor o receptores seleccionados. Entre tanto, la coordinadora informa a otros equipos de la Clínica de la posibilidad de un trasplante: avisa al colaborador de guardia de Anestesia, quien comprueba la disponibilidad del equipo médico y de enfermería de la UCI. Se lo

Desde el comienzo de los programas de trasplantes de Navarra, en la Clínica se han realizado 292 trasplantes cardiacos, 484 de hígado y 990 renales.



comunica también al Banco de Sangre de la Clínica para comprobar la disponibilidad de hemoderivados. Desde el Banco de Sangre contactan con el Banco de Sangre y de Tejidos de Navarra para asegurar el suministro necesario de productos hemoderivados. También con el Laboratorio de Inmunología.

■ Organización de los equipos.

Asimismo, la coordinadora informa al Área Quirúrgica de la Clínica para su organización: hay un equipo de enfermeras instrumentistas de guardia de trasplante, perfusionistas y de Anestesia.

Obtenido el visto bueno de todos los equipos de la Clínica mencionados, Montse Lorente comunica a la ONT la aceptación del órgano en un tiempo máximo de respuesta.

La ONT establece entonces la hora de extracción con el centro donante y la comunica al centro receptor para su organización. Dependiendo del órgano, el equipo quirúrgico

de la Clínica se traslada al centro donante para la extracción del órgano (como es el caso de Cirugía Cardíaca que siempre realiza la extracción y de Cirugía General en algunos casos).

Una vez conocida la hora de inicio de la extracción y confirmada la validez del órgano desde el centro donante, se calcula la hora prevista de llegada del órgano y la de comienzo del trasplante.

■ Preparación del receptor.

Mientras tanto, en la Clínica se organiza el ingreso del posible o posibles receptores y su preparación prequirúrgica: radiografías, analíticas, etc... Para ello se cuenta con los servicios de Urgencias, Admisión y Hospitalización.

■ **Llega el órgano.** El órgano lo entregan en la puerta de Urgencias de la Clínica desde donde lo llevan a quirófano. Allí el equipo quirúrgico ya ha preparado al receptor. Comienza entonces el trasplante del órgano como tal.

Anestesia y UCI: atención integral

La atención anestésica y los cuidados en la UCI de un trasplantado se caracterizan por su complejidad

■ **Trasplante hepático.** En la intervención para trasplante hepático, el doctor Francisco Hidalgo, especialista en Anestesia de la Clínica destaca que, además del hígado afectado, “existe una afectación sistémica a muchos niveles. Puede existir afectación renal, en ocasiones pulmonar, cardíaca y siempre del sistema hemostático y alteración del sistema de coagulación”. La coagulación es especialmente importante en estas intervenciones, porque son pacientes que requerirán un elevado aporte de hemoderivados. En todos los casos se recomienda una monitorización invasiva del paciente. El doctor Hidalgo señala la importancia de la monitorización cardíaca para evaluar el corazón, el sistema cerebrovascular y el estado de volemia (volumen total de sangre circulante).

■ **Trasplante cardíaco.** Se interviene a un paciente con un estado de salud muy precario. El deterioro puede afectar a otros órganos, especialmente pulmón, riñón e hígado, constata la doctora M^a Josefa Iribarren, anestésista experta en estas intervenciones. A la salida de bomba de la circulación extracorpórea, los dos principales problemas son “el fallo del ventrículo derecho por posible hipertensión pulmonar, y trastornos de coagulación que haya que corregir con productos sanguíneos”. Para ello “contamos con la colaboración indispensable de

Hematología”. En cuanto a las medicaciones cardiovasculares es necesario administrar diferentes inotrópicos y vasodilatadores. “Es importante valorar la función renal, pues si la diuresis no es adecuada será necesario poner filtro en la circulación extracorpórea para retirar el exceso de volemia del paciente”, indica.

■ **Trasplante renal.** El aspecto más importante: atender el grado de afectación sistémica secundario al propio fallo renal y a la patología fundamental que lo ha condicionado. Esa primera causa de insuficiencia renal terminal puede ser una hipertensión crónica o una diabetes, lo que condicionará una afectación sistémica diferente. En casi todos los casos existe una patología vascular muy importante, cardíaca o vascular periférica.

EN LA UCI. Un equipo médico y de enfermería amplio y especializado se hace cargo. Es común la necesidad de inmunosupresión del paciente que, según casos, puede haberse iniciado durante el quirófano. En la mayoría de casos se desconecta al paciente de la respiración mecánica invasiva. En las primeras horas de UCI hay que realizar un periodo de transición, en el que se retirarán los fármacos anestésicos de forma progresiva”. El equipo médico evaluará el funcionamiento correcto del órgano trasplantado. Los cuidados y vigilancia en el postoperatorio inmediato tienen que ver en los tres tipos de trasplante con la hemostasia, el nivel cardiovascular, el nivel respiratorio y el renal.

Hígado. Desde el inicio de la inmunosupresión a la curación de la hepatitis C

El Programa de Trasplante Hepático de la Clínica **cumple 25 años** con un total de 483 procedimientos realizados y amplia experiencia en trasplante de donante vivo

CUN ■ 26 de abril de 1990. Aler-ta de un órgano hepático com-patible con un paciente que esperaba a ser trasplantado en Navarra. Comienza la cuenta atrás. Los propios cirujanos de la Clínica se trasladan a recoger el órgano. Ya de vuelta, al equipo quirúrgico le esperan 9 horas ininterrumpidas de quirófano en una complicada intervención que precisó la transfusión al paciente de más de 11 litros de sangre.

Desde entonces han transcurrido 25 años y 483 trasplantes efectuados. Los avances en el procedimiento quirúrgico, en el tratamiento inmunosupresor, la ampliación de las indicaciones para trasplante hepático y los nuevos antivirales para tratar la hepatitis C son los aspectos que más han contribuido a la evolución del trasplante de hígado en los últimos 25 años de historia. Un cuarto de siglo que constituye la historia del trasplante hepático en la Clínica y en Navarra.

Así lo revela el doctor Ignacio Herrero, hepatólogo de este centro hospitalario, para quien la mejora de los tratamientos inmunosupresores supuso “el impulso de los programas de trasplantes en el mundo, ya que los avances en los fármacos inmunosupresores mejoraron los resultados de los trasplantes por el mejor control del rechazo del órgano implantado”.

El éxito en inmunosupresión llegó con la ciclosporina, de la que se obtuvieron generaciones más avanzadas además de otros inmunosupresores posteriores como el tacrólimus. “Todos estos avances han permitido que el rechazo del injerto no suponga hoy un problema importante”, asegura.

NUEVAS INDICACIONES. Las indicaciones para trasplante hepático asumieron un cambio importante al incorporar a pacientes con cáncer de hígado. “Es una de las indicaciones que requiere mejor selección de los casos ya que en hepatocarcinoma puede haberse producido una diseminación microscópica del tumor que ocasione una recidiva o metástasis que afecte a cualquier órgano”.

Los nuevos tratamientos desarrollados recientemente para combatir la hepatitis C constituyen otro de los avances fundamentales. “Se trata de una enfermedad que tras el trasplante permanece en el receptor. Esto implica que pueda producirse un grave daño en el injerto trasplantado que pueda llevar a su pérdida en el plazo de unos meses o años”. La evolución en su tratamiento ha pasado desde el interferón –con su eficacia pero también con sus efectos adversos– a los nuevos antivirales de acción directa, “muy eficaces y sin efectos secunda-

rios importantes”. Aparecen además nuevas indicaciones para el trasplante “como es la cirrosis debida a hígado graso de origen metabólico que puede darse en personas obesas”, apunta el doctor Herrero.



El programa de la Clínica ha atendido un total de 23 trasplantes hepáticos en adultos de donante vivo.

REDUCIR INMUNOSUPRESIÓN. Según describe los problemas fundamentales en la mortalidad a largo plazo de los pacientes trasplantados de hígado son aquellos derivados de la inmunosupresión. Los fármacos eficaces en evitar el rechazo reducen los niveles de eficacia del sistema inmune favoreciendo el desarrollo de tumores, aumentando el riesgo cardiovascular y, en muchos casos, provocando insuficiencia renal pues muchos de dichos tratamientos resultan tóxicos para el riñón.

Además de enfermedades graves como la hepatitis C, a largo plazo las enfermedades por las que fallecen las personas trasplantadas de hígado son aquellas relacionadas con

tumores y patología cardiovascular o cerebrovascular.

“Nosotros hemos hecho estudios sobre la posibilidad de retirada de los inmunosupresores en pacientes trasplantados y hemos obtenido éxito en el 60% de los pacientes previamente seleccionados”. El especialista indica en este sentido que se trata de uno de los campos en el que es necesario invertir más esfuerzos.

El equipo de Hepatología de la Clínica ha intensificado su trabajo en prevención y diagnóstico precoz de los tumores más prevalentes. En concreto, su investigación en detección temprana se ha dirigido al cáncer de colon, al de pulmón, a los tumores más frecuentes de cabeza y cuello y al cáncer de piel, principalmente, trabajando con los equipos de Otorrinolaringología, Endoscopias, Neumología y Dermatología de la Clínica.

OBTENCIÓN DE ÓRGANOS. El presente en el ámbito de los trasplantes pasa por la necesidad de encontrar nuevas fuentes de obtención de órganos. Hasta hace pocos años, la mayoría de los órganos para donación procedían de donantes fallecidos en accidentes de tráfico, siniestros que gracias a las eficaces campañas de seguridad vial han visto reducida su incidencia.



Los doctores Fernando Pardo, Fernando Rotellar y Pablo Martí intervienen en un trasplante hepático.

Con tal motivo, la procedencia actual mayoritaria es de pacientes que fallecen en las UCIs. “De ahí que surja imparable la donación en asistolia”, indica el director del Área de Tumores de Hígado y Páncreas de la Clínica, el cirujano Fernando Pardo. Esta donación se realiza cuando los órganos para trasplante proceden de una persona a la que se le diagnostica la muerte tras confirmar el cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias.

Los cirujanos de la Clínica valoran las necesidades que este tipo de donación pone sobre la mesa: “Es necesaria la mejora de los métodos de preservación de los órganos”, advierten los doctores Pardo y Fernando Rotellar, ambos cirujanos de la Clínica, expertos en trasplante hepático. “Con donantes muy mayores se desechan hasta un 30% de órganos en toda España y sospechamos que con máquinas que perfundan el órgano y lo mantengan en observación

24 horas, podríamos conocer realmente cuántos de ese 30% de órganos pueden ser válidos y obtener un mejor aprovechamiento”, opinan.

DE DONANTE VIVO. Los primeros trasplantes hepáticos de donante vivo datan de 2001. Desde entonces el programa de la Clínica ha atendido 23 trasplantes hepáticos en adultos de donante vivo. Por el momento, en España sólo hay dos equipos que acometan este tipo de trasplante. “Un trasplante de hígado de donante vivo supone una doble oportunidad: la que se le ofrece al familiar receptor, y la que se le brinda al siguiente paciente en la lista de espera”, subraya el doctor Herrero.

Pero la complejidad de la cirugía y la inexistencia de riesgo cero para el donante hacen que dichos programas se ralenticen. Estamos en un punto en el que la falta de órganos de donante cadáver hace necesaria la búsqueda de nuevas soluciones.

LOS RETOS

Órganos artificiales, el futuro

Un futuro más lejano, advierte el doctor Rotellar, “nos deja vislumbrar la posibilidad de conseguir órganos artificiales. Son líneas de investigación en las que se están invirtiendo importantes esfuerzos”. A grandes rasgos, la producción de un órgano artificial consistiría en obtener la matriz (estructura base) de ese órgano, en este caso de un hígado, mediante determinados métodos químicos. “Después se introducirá en un medio de cultivo de células madre adultas pluripotenciales del receptor. De manera que cuando el hígado se regenere no causará

rechazo en el paciente” describe el cirujano. De momento, se trata de un futurible que forma parte de la denominada Medicina Regenerativa y que ya ha conseguido éxitos. La regeneración de órganos “constituye una línea importante de investigación”. Además, el especialista añade la existencia de estudios para la bioimpresión en 3D, “líneas en las que trabajan diversos centros para desarrollar tejidos imprimibles, de utilidad para ensayar fármacos, regenerar áreas dañadas, y, en el futuro, contribuir de igual modo al trasplante de órganos”.

Rosa María Las Heras

FECHAS CLAVE

■ **2007.** A principios de año a Rosa M^a Las Heras le diagnostican cáncer de hígado.

■ **16 de marzo de 2007,** martes. Trasplante hepático a Rosa M^a Las Heras de un segmento del hígado de su hija.

■ **20 de marzo de 2007,** sábado. Le dan el alta a su hija María.

■ **23 de marzo de 2007,** lunes. Rosa M^a recibe el alta hospitalaria una semana después del trasplante.

“A una persona que pase por algo similar le aconsejaría que confíe en los médicos y que si tiene la posibilidad de que un familiar le done una parte de su hígado, que lo haga porque después se recuperarán los dos de maravilla”.

La paciente Rosa M^a Las Heras anima a la donación entre vivos.

«Yo quería más vida para vivirla con mi familia»

Vecina de Arguedas de 64 años recibió hace 8 una porción de hígado de su hija María para tratar el cáncer hepático que se le extendía

■ Hace 8 años la vida de Rosa M^a Las Heras era completamente normal. A sus 56 años esta arguedana rebosaba salud y no entraba en sus planes morirse. Trabajaba fuera de casa, al tiempo que se ocupaba de atender su hogar y a su familia. Rosa M^a reconoce que hasta aquel momento no había sufrido ningún síntoma que le hiciese sospechar lo que se le venía encima. “Ahora mis dos hijos ya están casados, pero en aquel entonces todavía vivían en casa, les atendía, trabajaba fuera, andaba en bicicleta. No tenía ninguna señal de enfermedad”.



Tan sólo una pequeña pista de que algo podía no estar funcionando del todo bien: Desde hace años, las analíticas de Rosa M^a presentaban algunos valores alterados, aspecto al que, hasta entonces, no se le había dado mayor importancia.

“Hasta que llegó al pueblo una médico joven y me dijo que había que averiguar la causa de esas alteraciones”. Para ello, mandó a la paciente a que le hicieran una ecografía de hígado. La prueba de imagen ofreció negras sospechas de la existencia de posibles tumores. Una biopsia fue determinante: Rosa M^a tenía cáncer en el hígado. Tras ese primer diagnóstico, desde el Sistema Navarro de Salud se decidió su derivación a la Clínica Universidad de Navarra.

“Me hicieron numerosas pruebas y me dijeron que me iban a operar para quitarme la parte de hígado afectada. Y así lo hicieron. De aquella intervención me recuperé muy bien y continué con las revisiones. Pero al cabo de un tiempo, los especialistas de la Clínica me informaron de que se me había reproducido el cáncer”.

Tuvo que suponerle un jarro de agua fría.

El doctor Fernando Pardo me habló de la posibilidad del trasplante. Entonces sí que se me vino el mundo encima. Había oído hablar de trasplantes, pero es algo que nunca piensas que te vaya a ocurrir a ti.

¿Le metieron entonces en lista de espera?

Para entonces mis hijos conocían ya la posibilidad del trasplante de hígado de donante vivo y hablaron entre ellos. Mi hija decidió que sería ella la donante porque su hermano ya era padre de una niña de tres años.

¿Y cómo se tomó usted la decisión de su hija?

Me apuré porque no quería ponerle en riesgo. Pero corría prisa y por mi diagnóstico parecía que no iba a poder llegar a la lista de espera, a pesar de que yo seguía haciendo vida normal y de que me encontraba perfectamente. Mi hija me animaba y

me decía que todo iba a salir bien. Y claro, yo no me quería morir. Me parecía pronto. Tenía entonces 56 años.

¿Conocían la idoneidad de su hija como donante?

Nos hicieron las pruebas. Como yo las iba superando bien, entonces comenzaron a hacérselas a mi hija. Pero entre la primera operación y la del trasplante me dieron dos infartos. Tuvieron que colocarme tres stents. De estar perfectamente bien a, de repente, venirme todos los males del mundo.

Superados los infartos, procedieron a preparar el trasplante.

Yo ingresé un domingo y al día siguiente ingresó mi hija. Nos pusieron en la misma habitación. El día del trasplante fue el 16 de marzo, martes.

Una fecha grabada a fuego en su memoria.

Salió todo muy bien. A mi hija le dieron el alta el sábado de esa misma semana y a mí el lunes siguiente. Sólo tuve las típicas molestias de una operación, pero nada como para pensar que me habían quitado el hígado y me habían puesto otro.

Tenía mucha confianza en los especialistas que le atendieron.

Estuve muy bien atendida. El doctor Pardo, que fue el cirujano que me operó siempre me animó mucho. Después del trasplante pasó a atenderme el doctor Herrero, de Hepatología, en quien he tenido también mucha confianza. Siempre digo que en ellos es en quien más confío.

¿La recuperación posterior?

Todo había ido de maravilla hasta que, al cabo de 6 meses, fui a que me quitaran los drenajes que había llevado hasta entonces. En ese momento, en cuestión de segundos, se me extendió por todo el cuerpo una infección fortísima que me mantuvo en coma todo un mes. Fue mucho peor que el trasplante. Ya me dijeron que era muy raro que ocurriese. Pero poco a poco cogí fuerzas, me recuperé y salí adelante.

¿Cómo es ahora su vida?

Ahora llevo una vida totalmente normal. A menos ritmo que la que llevaba entonces,

porque ya no trabajo, pero sigo atendiendo mi casa y a mi marido. Mis hijos ya están casados y tienen hijos pero cuando vienen a casa a comer, me ocupo de todo. Y siempre digo que soy feliz porque puedo seguir haciéndoles a mis chiquillos las croquetas que tanto les gustan.

Además, su hija le ha dado un nieto.

Tuvo el niño dos años después del trasplante. Al principio, cuando me dijo que estaba embarazada, me asusté. Le dije que se lo tenía que comentar al doctor Herrero.

Y ella me dijo que ya sabía lo que me iba a decir: Te va a dar la enhorabuena por ser abuela.



“Había oído hablar de trasplantes, pero es algo que nunca piensas que te vaya a ocurrir a ti”.

“Soy feliz, entre otras cosas, porque puedo seguir haciéndoles a mis chiquillos las croquetas que tanto les gustan”.

Su hija María, toda ánimo.

Ella es así, alegre y animada. A mí, particularmente me ha animado muchísimo y en este proceso nunca la he visto triste. Si en algún momento lo ha pasado mal, nunca me lo ha dicho. Y aunque afectivamente ha sido un trago muy duro, yo diría que ahora nos une un lazo todavía más fuerte.

Su testimonio es muy importante para personas que estén pasando por una situación como la suya.

Lo primero que les diría es que confíen en los médicos y que si tienen la posibilidad de que un familiar les done una parte de su hígado, que lo haga porque se recuperarán los dos de maravilla. La confianza en los médicos hace mucho.

La decisión de permitir que su hija le cediera parte de su hígado tuvo que ser difícil.

Sí lo fue, pero si yo no la hubiese visto tan convencida o la hubiese visto decaída, no la hubiera dejado. Y yo quería vivir más con ellos, con mis hijos, con mi familia. Quería más vida para poder estar con ellos.

También tuvo que ser un trance muy duro para su marido.

En este caso, el papel de mi marido siempre he dicho que ha sido el del gran sufridor, porque yo era su mujer y a la que intervenían para darme parte de su hígado era su hija. Y tuvo que ser muy doloroso para él. Pero siempre ha estado a mi lado, no me ha dejado ni un minuto. Siempre me he sentido muy apoyada por él.

Cronología de trasplante hepático

1990

Primer trasplante hepático en la Clínica Universidad de Navarra.

2003

Primer trasplante de donante vivo en la Clínica.

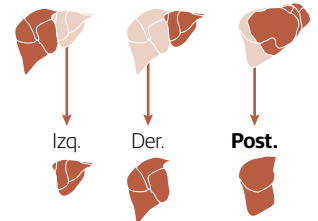
2008

Primer trasplante hepático en dominó: el primer receptor dona a su vez su hígado a un segundo receptor.



2011

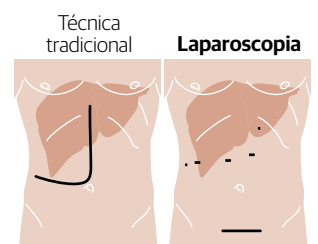
Primer trasplante hepático de donante vivo de segmentos posteriores.



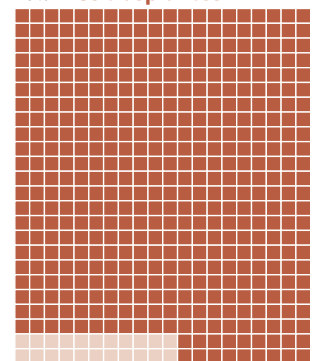
2013

Primer trasplante hepático con extracción del donante vivo mediante laparoscopia.

Incisiones en el donante:



Total: **483 trasplantes**



25 de donante vivo
(4 laparoscópicos)

Riñón. Nuevos avances en fármacos, donación de vivo y regeneración de órganos

Los equipos de especialistas en trasplante renal de la Clínica cumplen 40 años de experiencia con un millar de trasplantes realizados, 34 de donante vivo

CUN ■ Cuarenta años de experiencia en trasplante renal de los equipos de la Clínica y una casuística muy próxima a los mil trasplantes (más de 990) se traduce en unos datos óptimos en la supervivencia de los transplantados, cifrada en el 98% a los tres años del trasplante y en el 96% a los cinco.

Pero a pesar de los avances, cuatro mil personas viven dependientes cada año en España de una máquina de diálisis. La insuficiencia renal crónica grave es por tanto una dolencia que exige a gritos soluciones prontas. El trasplante renal es el tratamiento de elección más efectivo, pero el desequilibrio numérico entre órganos dispuestos para trasplante y los receptores necesitados es todavía muy importante. Por eso, tal y como subraya el director del Departamento de Nefrología de la Clínica Universidad de Navarra, el doctor Pedro Errasti, la actualidad del trasplante renal pasa por estimular la donación de donante vivo, tanto entre personas genéticamente relacionadas como entre aquellas que no lo están.

Se hace necesaria también la sensibilización de la población para la donación en parada cardíaca y para la donación altruista, entre personas que ni siquiera se conocen, más frecuente en países como Estados

Unidos. El órgano procedente de donante vivo aporta la ventaja de que acorta el tiempo de espera del receptor que precisa el trasplante, contribuyendo a un menor deterioro general de su salud. Además, se trata de órganos en muy buenas condiciones porque proceden de una persona sana.

En los últimos años se ha producido un cambio en el perfil del donante pasando a ser personas de mayor edad que han fallecido a consecuencia de un accidente cerebrovascular, por lo que la calidad de los órganos para trasplante también ha cambiado. Por ello existe una necesidad importante de encontrar nuevas formas de optimizar los órganos donados.

TRASPLANTE ABO INCOMPATIBLE. La necesidad ha hecho que en los últimos años surja otra posibilidad: hasta hace pocos años la incompatibilidad de grupo sanguíneo suponía una contraindicación absoluta para el trasplante renal debido al alto riesgo de desarrollar un rechazo hipergagudo. Hoy en día, las alternativas para los pacientes que cuentan con un donante con el que tienen incompatibilidad de grupo sanguíneo son dos: el denominado trasplante ABO incompatible o ser incluidos en el Programa Nacional de Donación Renal Cruzada para



“El avance fundamental en inmunosupresión es la aparición de nuevos fármacos eficaces con menos efectos adversos y menor toxicidad que, según los factores de riesgo del paciente, permitirán adaptarle el tratamiento más adecuado”.

Doctor Pedro Errasti

encontrar otra pareja donante-receptor de similares características, con la que no haya problema de compatibilidad de grupo sanguíneo ni de otro tipo de anticuerpos, explica la especialista en Nefrología de la Clínica Universidad de Navarra, la doctora Paloma Martín. Se trata de aplicar un tratamiento desensibilizador a pacientes que sólo cuentan con un donante vivo y con el que se da la circunstancia de que tienen grupo sanguíneo incompatible. Actualmente, este tipo de trasplantes se realiza en España en pocos centros hospitalarios.

AVANCES IMPORTANTES EN INMUNOSUPRESIÓN. Uno de los aspectos que ha experimentado mayores avances y sigue en desarrollo en el campo de los trasplantes es el de la inmunosupresión: tratamiento por el que se consigue que el receptor adquiera la tolerancia inmunológica frente al órgano o injerto transplantado. Se obtiene fundamentalmente mediante agentes biológicos y proteínas de fusión, detalla el doctor Errasti.

El avance fundamental conseguido en inmunosupresión es la aparición de nuevos fármacos eficaces con menos efectos adversos y menor toxicidad que, según los factores de riesgo del paciente, permitirán adaptarle el tratamiento inmunosupresor más adecuado.

El especialista señala como retos de futuro en este campo el desarrollo de nuevos fármacos que eviten o ralenticen el proceso de fibrosis del riñón transplantado, manteniendo un buen control de los factores de riesgo cardiovascular, así como la mejora de los tratamientos antibacterianos, antivíricos y antifúngicos para conseguir que provoquen menor toxicidad.

GENERAR NUEVOS ÓRGANOS, EL FUTURO. Entre los principales retos en trasplante renal,



El doctor David Rosell junto al doctor Imanol Merino participan en una intervención quirúrgica de trasplante renal.

el doctor Errasti señala en el horizonte la posibilidad todavía remota de generar nuevos órganos basados en la regeneración de una matriz renal de donante, mediante el cultivo y crecimiento en ella de células madre adultas del propio receptor. Se trata del uso de la bioingeniería en medicina regenerativa aplicada al trasplante de órganos, una línea de investigación que está en marcha y cuenta con grupos sólidos de investigadores.

Las mejoras en la preservación del injerto, mediante el uso de dispositivos de perfusión pulsátil y/o el uso de diversas moléculas en el líquido de preservación es otra de las avances importantes en trasplante renal, según señala el director del Departamento de Urología de la Clínica, el doctor Ignacio Pascual, responsable de la cirugía de los trasplantes de riñón.

LOS RETOS

Hacia técnicas con mínima invasión

Los principales objetivos quirúrgicos en trasplante renal van a estar relacionados con el aumento de la donación de vivo y el uso de técnicas mínimamente invasivas, tanto para la extracción renal como para el implante, apunta el doctor Pascual. Los últimos años asistimos a un incremento en la donación de vivo, debido fundamentalmente a la disminución de órganos de cadáver para trasplante. España en 2012 tenía un 14,2% de donación de vivo, que representa un incremento significativo con respecto a

épocas anteriores, indica el doctor Pascual. En donante vivo, la extracción laparoscópica del órgano para implantar muestra en todas las series publicadas una mejora significativa de la estancia hospitalaria, menor herida quirúrgica y consiguientemente menor uso de opiáceos, así como un alta laboral más temprana. Actualmente existen diversos procedimientos integrados en la llamada cirugía mínimamente invasiva para la nefrectomía de donante vivo de riñón, algunos consolidados y otros toda-

vía en fase de investigación. En definitiva, desde el punto de vista quirúrgico, el doctor Pascual resume los avances en un aumento significativo del trasplante de donante vivo en nuestro entorno. Apunta además que las técnicas mínimamente invasivas están mostrando su beneficio en la cirugía extractiva y comienza a vislumbrarse su papel en el trasplante renal. Y considera, por último que, a medio plazo, el urólogo deberá ser capaz de utilizar dichas técnicas en la cirugía de trasplante renal.

Manuel Arellano

FECHAS CLAVE

- **1991.** Con 17 años, A Manuel Arellano le diagnostican la enfermedad renal.
- **1993.** Primer trasplante. Manuel tenía 19 años.
- **1998.** Diagnostican fallos en el riñón y posibilidad de perder el órgano.
- **2009.** El paciente vuelve a diálisis.
- **22 de diciembre de 2014.** Segundo trasplante renal.

“Desde muy pequeño me ha tocado vivir situaciones complicadas de salud. Estas experiencias te enseñan el verdadero valor de las cosas. Lo que vale de verdad la pena.”



Hazte donante: Visita la página <http://www.alcernavarra.org/page/contacto-formulario-2.html>



“Pienso que el 70% de la curación tiene que ver con el optimismo”

Pamplonés, actual presidente de ALCER, dos veces trasplantado de riñón lucha porque en la enfermedad renal crónica el paciente sea el centro.

Actual presidente de ALCER Navarra, de COCEMFE Navarra (Federación de entidades de personas con discapacidad física y orgánica), vicepresidente de CERMI Navarra (Comité de representantes de personas con discapacidad de Navarra), miembro y cantante de cinco grupos de música, Manuel Arellano, pamplonés de 41 años, pretende actualmente encontrar un hueco en su vida para el deporte.

Su mujer y su madre, los dos pilares más importantes de su vida, también tienen un espacio de honor. Y aunque parezca imposible, Manuel conseguirá tiempo para todo lo que pretenda. Su carácter luchador, forjado en una constante de enfermedad

desde la adolescencia, no ha cedido ni un ápice de su optimismo vital.

Su actual objetivo es presentarse a las próximas olimpiadas para trasplantados "Málaga 2017". La disciplina que pretende: triatlón. Y eso siete meses después de haber sido trasplantado por segunda vez de riñón, tras cinco años y medio en diálisis sin dejar de trabajar para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad renal.

Tenía 17 años. Acababa de volver de un campamento en Monte Perdido con sus amigos y pasa una semana sin poderse mover. Le diagnostican la enfermedad renal.

A mis padres se les vino el mundo encima. Les dijeron que tenía muy mala solución. Pero después hablaron con un médico que le dio la vuelta.

Les dijo que tenía una solución muy buena: empezaba con diálisis y terminaba con un trasplante de riñón. Lo vieron de otra manera.

¿Cómo fue su vida a raíz de este diagnóstico y de la diálisis?

Compatibilicé la diálisis con primer curso de Derecho. Así durante poco más de un año. Hasta que llegó el trasplante.

Y la alegría a su familia.

Para mis padres fue la salvación. A mis 19 años, yo no sé si supe darle la importancia que tenía.

¿Sus flashes del postoperatorio?

Estando en planta me encontraba tan bien que hice una carrera desde el fondo del pasillo y la terminé saltando por encima de un sillón de la zona de espera. Todavía tenía las grapas de la operación. Hasta ese punto llegaba mi vitalidad y lo rápido que me había recuperado.

¿Otros recuerdos?

Uno muy grato es el trato que me daban las enfermeras. Me cuidaban como si fueran mis madres.



Y volvió a la rutina.

Después del trasplante y de aumentar mi peso en 15 kilos volví a mi ser, a hacer ejercicio, a estudiar la carrera y a una vida completamente normal. Pero a los cinco años del trasplante detectaron que el riñón no iba todo lo bien que debía y que lo iba a perder.

¿Conoce la causa?

No, pero podría haberse debido a la adherencia a alguna medicación, entre que yo no desayunaba casi nunca y entonces no tomaba la cortisona como debía... Podría ser por esto o podría no. Pero la adherencia a la medicación es muy importante: puedes perder un órgano por no cuidarte.

De nuevo un gran disgusto familiar.

Yo no me lo llevé porque vivo el día a día. Tengo muchas ilusiones y sé que las voy a conseguir cumplir. Siempre he sido muy optimista y creyente. Además he tenido un ejemplo de superación muy cercano, el de mi padre. Y a mí desde muy pequeño me ha tocado vivir situaciones complicadas de salud. Estas experiencias te enseñan el verdadero valor de las cosas.

¿Entró de nuevo en diálisis?

Todavía no, porque el riñón siguió funcionando desde 1998 hasta el 2009, 12 años más. Se fue deteriorando poco a poco. Y es que, sinceramente, pienso que el 70% de la curación tiene que ver con el optimismo, con la actitud.

A pesar de que 2008 fue su annus horribilis.

Todo se complicó. Llevaba casado desde 2002. Mi mujer, una granadina con unos valores increíbles. Desde entonces no habíamos conseguido ser padres, así que fuimos a hacernos unas pruebas. Vieron que una cirugía banal que me habían hecho de pequeño había incidido en que no pudiésemos tener hijos. Pero además me detectaron dos tumores testiculares, uno en cada testículo.

Cuando ya me había recuperado, tuve varias parálisis faciales. Al terminar el tratamiento noté una inflamación en un ganglio del cuello. Tras una ecografía me diagnosticaron un linfoma no Hodgkins de células

SER DONANTE SALVA VIDAS

8.000

Más de 8.000 enfermos recuperan la salud cada año en España gracias a tratamientos con trasplantes. Sin embargo, las listas de espera para recibir órganos y tejidos seguirán creciendo si no se logra aumentar el número de donaciones. La solución: ser donante de órganos y animar a otros a que también lo sean.

Fuente: ALCER Navarra.

Ya sabía lo que era.

Ingresó en la Clínica y le trasplantaron.

Estuve dos días en la UCI y otros cuatro en planta. Me encontraba de maravilla y desde el primer día estuve trabajando. Quizás demasiado. Lo cierto es que no he parado.

A pesar de los años de diálisis e intervenciones, no ha reducido su actividad.

Siempre me ha gustado ayudar a la gente. Mi padre era abogado y siempre le vi ayudando a muchas personas. Es cierto que a veces lo he hecho a pesar de mi propia situación personal.

¿Cuáles son sus retos actuales?

Quiero que las personas con discapacidad o enfermedad crónica como la renal tengan la mejor calidad de vida posible. Que los enfermos renales puedan acceder al trasplante y que los que están en diálisis sepan que pueden llevarlo bien y que gracias a la diálisis están vivos. También quiero transmitir la importancia del apoyo familiar, la atención psicológica y de la nutricional, fundamentales en la enfermedad renal. Para mí esto es un reto profesional y personal prioritario. Además de participar en las próximas olimpiadas para trasplantados.

Sin límites en la vida.

Pero para eso tengo que agradecer a mi familia y a mis amigos porque son quienes me dan las pilas. Mis hermanos, mi mujer y mi madre que merecen un capítulo aparte y, por supuesto, a mi padre que me enseñó con su ejemplo de vida a convivir con la enfermedad en positivo.

grandes. Ese año murieron mi abuela y mi padre.

El linfoma en medio de esta trágica situación familiar.

Una de las cosas buenas que tiene la Clínica es que te diagnostican y al día siguiente ya estás en quirófano. La atención, la inmediatez y el trato.

Tras el tratamiento oncológico, el 21 de diciembre de 2014 recibe una llamada.

Fue una gran alegría. Era la jefa de hemodiálisis de la Clínica, la doctora García: Manuel, tengo una noticia urgente para ti. Llámame.

Cronología de trasplante renal

1969

Primer trasplante renal en la Clínica Universidad de Navarra.

1977

Un paciente recibe un riñón en la Clínica de donante vivo. 38 años después, el órgano sigue funcionando. Es el paciente que más años lleva con un injerto funcional.

2012

Primeros trasplantes renales ABO incompatible.

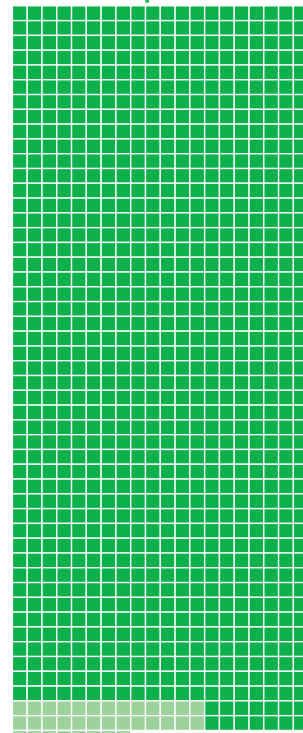
		Receptor			
		A	B	AB	O
Donante	A	✓	✗	✓	✗
	B	✗	✓	✓	✗
	AB	✗	✗	✓	✗
	O	✓	✓	✓	✓

✓ Compatible

✗ Incompatible

La técnica permite trasplantes renales de donante vivo de grupo sanguíneo incompatible.

Total: 988 trasplantes



34 de donante vivo

Corazón. Pioneros en asistencia ventricular mecánica como puente al trasplante

El cambio en el perfil del donante genera nuevas necesidades que pasan por el impulso de los dispositivos de asistencia y por la optimización de órganos

CUN ■ Durante los últimos años los avances en la asistencia perioperatoria y en el propio procedimiento quirúrgico han sido evidentes en todos los trasplantes. Las eficaces leyes de seguridad vial han cumplido su importante objetivo: reducir las muertes por accidentes de tráfico. Un hecho por el que debemos todos felicitarlos. De forma tangencial, este fenómeno ha generado un cambio en el perfil del donante, provocando la necesidad de que cirujanos y clínicos se adapten a la nueva realidad: órganos de personas de más edad fallecidas en mayor proporción por causas cerebrovasculares.

El director de Cirugía Cardíaca de la Clínica Universidad de Navarra, el doctor Gregorio Rabago, conviene en que “este hecho ha producido una acomodación a la nueva situación y a la necesidad de optimizar los recursos con los que contamos”.

En el cardíaco se han dado pasos importantes gracias a la irrupción en el escenario de los dispositivos de asistencia ventricular como puente o paso previo al trasplante. Estos dispositivos se utilizaban con frecuencia en Europa debido a la escasez de donantes. Pero no era habitual en España donde gracias a la superioridad de donaciones se podría hacer

frente a la demanda existente. “En la actualidad, debido a esa oferta de órganos más ajustada, la utilización de dispositivos mecánicos de asistencia ventricular es cada vez más frecuente”, alega el cirujano.

La asistencia ventricular tiene así una doble finalidad, advierte. Por un lado, permite optimizar a los pacientes que permanecen en lista de espera para trasplante. “De este modo, permiten que mejoremos a los pacientes y que no se deterioren, al tiempo que les posibilitan permanecer largos plazos de tiempo el lista de espera hasta que aparece el órgano más adecuados a sus características”, describe el especialista.

Al conseguir la estabilización del paciente, “permitimos que no tengan que permanecer hospitalizados, reduciendo sus ingresos hospitalarios y posibilitando que permanezcan en sus casas y en sus entornos familiares y, sobre todo –subraya– impedimos que se produzca un deterioro progresivo del resto de sus órganos, hígado y riñones, debido a la insuficiencia cardíaca grave”.

De esta manera, los pacientes llegan al trasplante en una situación mucho más óptima, a la vez que pueden esperar más tiempo hasta encontrar el órgano más adecuado para ese paciente.



El equipo médico de la Clínica fue el segundo que hizo un trasplante cardíaco con éxito en España el 6 de julio 1984.

Es el grupo con más experiencia en implantación de dispositivos de asistencia ventricular de corta, media y larga duración.

DISPOSITIVOS PUENTE. El equipo de trasplante cardíaco de la Clínica se incorporó a esta tecnología hace unos años. Desde entonces han realizado ya numerosos de estos implantes y han trasplantado con éxito a dos pacientes con dispositivo de asistencia ventricular previo. “Aunque son procedimientos bastante más complejos, los pacientes llegan en mucha mejor situación y mucho más estables de manera que afrontan el trasplante y su posterior evolución de una situación mucho más óptima”, señala el doctor Rábago.

Dichos dispositivos han permitido ampliar las indicaciones del trasplante cardíaco a

pacientes que por su inestabilidad y precaria situación de salud no se aceptaban por no presentar las condiciones adecuadas para hacer frente a la intervención. Actualmente, muchos de estos pacientes son candidatos al trasplante cardíaco gracias a los también denominados ventrículos artificiales.

CONSEGUIR LA TOLERANCIA. Asumido el trasplante en las mejores condiciones posibles, el siguiente reto se centra en conseguir la tolerancia de los órganos por parte del receptor. “Es decir –describe– se trata de poder disminuir el tratamiento inmunosupresor de manera que el receptor llegue a aceptar el órgano trasplantado como algo propio”. Desde hace unos años se buscan formulas que favorezcan esa tolerancia del injerto, de modo que sea posible la retirada de los fármacos inmunosupresores en el receptor y se eviten así los efectos secundarios de estas medicaciones.

Pero de momento, este proyecto se encuentra en la fase de identificación de los receptores que pueden ser tolerantes por sí mismos, de una manera natural. “Se trata de un aspecto en fase muy incipiente”.

Entre tanto, los tratamientos inmunosupresores están ca-



El doctor Gregorio Rábago, que dirige el equipo de trasplante cardíaco de la Clínica, participa en una intervención junto con los doctores Laura Calsina, Ignacio Bibiloni y Cristian Delgado.

da vez más optimizados hasta conseguir en la actualidad “tasas de rechazo muy bajas. Lo que hacemos es adaptar la inmunosupresión al perfil del receptor y de sus factores de riesgo cardiovascular”. De este modo, corrobora el especialista, “estamos adaptando el tratamiento inmunosupresor según el caso del que se trate, de los riesgos del paciente. Lo que nos permite manejar varias combinaciones y minimizar los efectos adversos de estos fármacos. En definitiva, nos permite personalizar la inmunosupresión”.

En cualquier caso, concluye el doctor Rábago, tras superar el trasplante, “el mayor problema al que nos enfrentamos es el de una patología asociada a la edad, ya que la mejora de las técnicas quirúrgicas y clínicas favorece cada vez más la supervivencia de los receptores a edades elevadas”.

LOS RETOS

La optimización de órganos

El futuro más próximo del trasplante cardíaco pasa de manera relevante por la optimización de órganos que se reciben para trasplante. El perfil actual de los donantes de mayor edad lo hace especialmente necesario. Para cumplir este objetivo “ya existe una tecnología adecuada. Son las denominadas máquinas de preservación, una técnica que consiste en, una vez extraído el corazón del donante, introducirlo en dichas máquinas en las que se mejoran sus condiciones y optimizan

hasta hacerlos adecuados para trasplante”. Se denominan máquinas de preservación a corazón latiendo. “Permiten mayor tiempo de isquemia, que es el tiempo que pasa desde que se para el corazón del donante hasta el momento en el que se implanta en el receptor y vuelve a latir. Actualmente, ese tiempo de isquemia está en un máximo de 4 a 5 horas”, indica el facultativo.

El doctor Rabago dibuja un futuro muy halagüeño en el momento en que se extienda la

utilización de esas máquinas de preservación: “Nos permitirán romper esta barrera de 4 horas de modo que la intervención ya no deberemos hacerla contrarreloj, sino que podrá realizarse de una manera más programada y organizada, especialmente en cuanto a procurar un mejor ajuste del receptor y del donante”. Se trata de una técnica que ya se realiza en algunos países, aunque todavía se encuentra en desarrollo.

Francisco Velázquez García

FECHAS CLAVE

■ **19 de diciembre 2014.** Francisco Velázquez es trasladado a la Clínica Universidad de Navarra procedente del Complejo Hospitalario de Navarra para colocarle asistencia ventricular mecánica o artificial debido a infarto agudo de miocardio.

■ **22 de enero 2015.** El trasplante. Tras un mes de asistencia mecánica ventricular y una vez estabilizado, el paciente entra en lista de espera para trasplante cardiaco y es trasplantado en esta fecha.

■ **27 de febrero 2015.** Francisco Velázquez García es dado de alta hospitalaria.

“A la población general le diría que adelante con las donaciones. En mi caso particular, estoy eternamente agradecido a la persona que me ha donado el corazón, a mi familia y al personal que me ha atendido”.

Francisco Velázquez se recupera con éxito del trasplante cardiaco que le realizaron en enero.

“Ahora me toca vivir esta segunda vida”

Un trasplante cardiaco salvó la vida de este vecino de Pamplona, víctima de un infarto de miocardio

■ En su caso llegó sin previo aviso. Francisco Velázquez se encontraba el pasado 6 de diciembre rodeado de amigos cuando comenzó a sentir lo que parecían simples molestias digestivas. Él no lo sabía pero estaba sufriendo un infarto agudo de miocardio. No tuvo más síntomas. La reacción de quienes le acompañaban fue rápida y le llevaron al centro de salud. Tras un elec-

trocardiograma, corroboraron el infarto y le enviaron en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra. A partir de ese momento a Francisco se le borran los recuerdos.

“Todo lo que sé es lo que me han ido contando mis hermanos. Algunos ratos me despertaba y les oía animarme y decirme que yo sí podía. Pero yo no entendía por qué me decían aquello. Después se fueron y tampoco entendía por qué me dejaban allí”, explica este paciente, vecino de Pamplona prejubilado de banca.

Además de no sentir los típicos síntomas anticipadores del desastre cardiaco, a sus 62 años Francisco advierte que desconoce las causas que desencadenaron el infarto que le puso al borde de la muerte. “Solo sé que perdí la consciencia y que la recuperaba a ratos, pero no llegaba a saber qué me pasaba. En uno de esos momentos, vi pasar a un médico, le llamé y le pregunté qué me había ocurrido. Él fue quien me dijo que había sufrido un infarto y que estaba en el hospital intubado. Que estuviese tranquilo”, recuerda.

La siguiente ocasión en la que despertó, observó que se encontraba en una habitación distinta. Al preguntar le informaron de que le habían trasladado a la UCI de la Clínica Universidad de Navarra.

Debido a la estrecha colaboración de años de seguimiento entre el Servicio de Cirugía Cardiaca de la Clínica y el del Complejo Hospitalario de Navarra, y tras dilucidar el caso de Francisco de forma conjunta, se decide su traslado a la Clínica. El estado irrecuperable de su corazón y la condición de la Clínica como centro de referencia para trasplantes en Navarra hacen recomendable el traslado del paciente. El mismo día de su ingreso en la Clínica, se le coloca un dispositivo de asistencia ventricular mecánica con el objetivo de estabilizar al paciente como puente al trasplante cardiaco.

Debía de estar enganchado a una variedad de máquinas.

Las tenía por detrás, por eso no las veía.



Me desperté y al cabo de un rato apareció el doctor Gregorio Rábago. Después de preguntarme si sabía lo que me había ocurrido y contarle que había tenido un infarto y que estaba en la Clínica, él me dijo que no había muchas alternativas. Tras el infarto sufrido, la opción que tenía era el trasplante.

¿Era consciente de que su estado era tan crítico?

Yo sabía que me había dado un infarto pero pensaba que me operarían, que me pondrían algún stent y ya está. Cuando me dijo que la solución era el trasplante me quedé helado. Pero me explicó el proceso. Qué había que esperar que hubiese un corazón compatible, que el corazón fuese válido... Lo asumí y pensé: A esperar.

¿Cómo se le hizo la espera?

No fueron muchos días. Recuerdo que vino un lunes y me dijo que ya está pedido el trasplante y que estaban a la espera de donante. Y a los pocos días me dijo que iban a empezar la preparación porque ya teníamos el donante y sólo teníamos que esperar que llegase el corazón. Realmente fueron muy pocos días. Cuando se oye que hay personas en lista de espera que han tenido que esperar tanto meses...

Tuvo mucha suerte.

Lo cierto es que me pasaron una serie de cosas, dentro de lo que cabe, buenas. Empezando porque si me da el infarto estando sólo y no con los amigos que me acompañaron al ambulatorio, me hubiese quedado allí. Y después trajeron el corazón en un avión. Me dijeron que era de una persona joven y que era compatible. Tuve mucha suerte.

Y llegó el corazón.

Firmé todo lo que tenía que firmar y al rato me dijeron que ya había llegado y me llevaron al quirófano. Y de lo único que me acuerdo es de llegar allí con todo lleno de luces, las enfermeras, mucha gente... Empecé a ponerme un poco nervioso. Me pusieron la mascarilla y me desperté en la habitación de la UCI.

Tras dos meses de hospitalización, ¿qué recomendaciones le hizo su cirujano cardiaco?

Comer bien, dormir bien, no caerme e insistió mucho en que anduviese, al menos, dos horas diarias. Me han hecho revisiones cada 15 días. Me hacían muchas pruebas, ecografías... Luego me dieron para mes y medio. Por mi parte, ando todo lo que puedo. Al principio iba con silla de ruedas y hacía lo que podía. Ahora la silla de ruedas la tengo en un rincón. Antes no podía ni levantarme de la silla y ahora me levanto hasta del sofá que es más difícil. Sobre todo estoy recuperando musculatura en las piernas, que es lo que sujeta todo el cuerpo. Pero entre la rehabilitación y lo que camino voy recuperando la fuerza.



“Me dijeron que el corazón que me trasplantaban era de una persona joven, compatible conmigo. Tuve mucha suerte”.

“De momento, tengo que avanzar en autonomía. En rehabilitación me están trabajando mucho, además de la fuerza, el equilibrio. Y mejoro día a día”.

¿Cómo se plantea su vida diaria?

De momento, tengo que avanzar en autonomía. En rehabilitación me están trabajando mucho, además de la fuerza, el equilibrio. Así que es lo que estoy trabajando y mejoro día a día. Pero en cuanto a grandes metas... Antes del infarto estaba estudiando alemán, me faltaba un curso para terminar la titulación en la Escuela de Idiomas. Y ahora qué retomo. Todavía no lo sé. Quería tocar la guitarra, el piano, avanzar con el ordenador... Pero ya lo iré cogiendo poco a poco.

¿Un mensaje de su experiencia?

Si alguien se encuentra en situación de trasplante, que sepa que se sale adelante y que más allá de un infarto hay vida. Que se puede superar. Estoy muy agradecido al apoyo recibido de mi familia y al de todo el personal sanitario que me ha atendido. A la población en general le diría que adelante con las donaciones. En mi caso particular, estoy eternamente agradecido a la persona que me ha donado el corazón.

¿Y ahora?

Ahora me toca vivir esta segunda vida. Tengo dos cumpleaños. Y es que cuando me contaba mi hermana Conchi cómo comentaban entre los hermanos que yo estaba muy mal... Sólo sé que he vuelto a nacer.

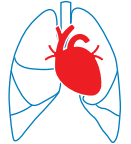
Cronología de trasplante cardiaco

1984

Primer trasplante cardiaco en la Clínica Universidad de Navarra. 2º centro español en realizar uno.

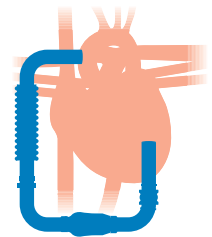
1985

Primer centro en España en realizar un trasplante corazón-pulmón.



2011

La Clínica implanta el 2º dispositivo de asistencia ventricular permanente (*Heart Mate II*) de España.



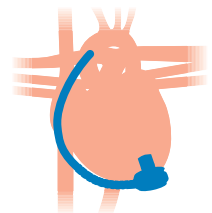
2012

Tercer trasplante de corazón en el mismo paciente. Primera vez en España.



2013

Colocación por primera vez en España del *Heartware*, el ventrículo artificial más pequeño a día de hoy.



Total: **292 trasplantes**

