

¿Es, en la Argentina actual, el trasplante cardíaco el tratamiento de elección en la insuficiencia cardíaca terminal?

Agonista

NORBERTO VULCANO*#1

«... el mejor pastor es el que lleva a su rebaño al prado más verde ... así hablaba Zaratustra»

F. Nietzsche

El médico debe ofrecer a sus pacientes la mejor opción que su realidad le permite; esto es, elegir lo posible si no puede acceder a lo deseable. El trasplante cardíaco no siempre es posible, aun en los casos en que se considere deseable.

Con el uso de los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina o de antagonistas de los receptores de la angiotensina II, betabloqueantes y espironolactona, el pronóstico de la insuficiencia cardíaca mejoró significativamente, con una sobrevida anual comunicada del 89% y de casi el 80% a los 18 meses. (1-3)

La resincronización ventricular y los cardiodesfibriladores implantables asociados con el tratamiento farmacológico aportan un beneficio adicional. (4)

Sin embargo, subyace un grupo de pacientes no respondedores, dependientes de drogas inotrópicas o en shock cardiogénico, que no están incluidos en los ensayos clínicos referidos y que constituyen los candidatos más firmes para la indicación del trasplante cardíaco.

La indicación de trasplante fue y sigue siendo muy clara. Se debe proponer después de haber agotado todas las alternativas médicas, instrumentales o quirúrgicas del tratamiento de la insuficiencia cardíaca, y el paciente continúa con pobre expectativa de vida.

Las exclusiones son igualmente claras. No deben incluirse en lista de espera pacientes con infecciones activas no controladas, hipertensión pulmonar severa u otras patologías de mala evolución.

La duda que podría surgir es qué se entiende por «pobre expectativa de vida», ya que éste es un concepto cualitativo poco definido, pero podría definirse como «sobrevida menor a la que ofrece el trasplante cardíaco».

Debido a la escasez de órganos, se tiende a trasplantar a los enfermos más graves y, por ende, los de mayor riesgo postoperatorio. En algunas series, el 26% de los casos llegan al trasplante con equipos de asistencia mecánica ventricular. (5) A pesar de estas cir-

cunstancias adversas, la Sociedad Internacional de Trasplante Cardíaco y Cardiopulmonar (ISHLT) reporta, sobre casi 63.000 casos, una sobrevida que mejora progresivamente desde la era preciclosporina.

Es esperable que el 82% y el 75% de los trasplantados estén vivos al año y a los 5 años, respectivamente. (6) La calidad de vida, medida con métodos objetivos, indica que el estado psicológico y la percepción de salud después del trasplante no se diferencian significativamente de la población general. (7)

Ahora bien, ¿es este método accesible en nuestro medio? La Argentina es un país geográfica, demográfica y socialmente asimétrico, con poca cultura de donación y desigual acceso a la salud; sin embargo, la Seguridad Social reconoce esta práctica que además tiene respaldo legal. (8) Por otra parte, los costos del procedimiento no son mayores que los que genera el tratamiento de la insuficiencia cardíaca en estadios avanzados y todas las implicaciones de la enfermedad, como internaciones frecuentes, ausentismo laboral, invalidez, traslados, etc.

El gran obstáculo que enfrenta el paciente con indicación de trasplante es el déficit crónico de órganos, fenómeno que con algunas variantes se observa en todo el mundo.

La Sociedad Internacional de Trasplante Cardíaco y Cardiopulmonar comunica una disminución o estancamiento de las donaciones desde 1994. En la Argentina se observa la misma tendencia; igual que en el resto del mundo, sólo son efectivos 40 de cada 100 operativos denunciados. En nuestro país, las procuraciones de corazón permitieron realizar, desde 1995 hasta enero de 2004, un promedio anual de 70 trasplantes. Esto representa una tasa anual aproximada de 1,33 por millón de habitantes y es muy inferior a la deseada. La lista de espera tiene 150 pacientes inscriptos en forma casi constante y el tiempo de espera es de 29,68 meses. (9) Dicho de otro modo, un

* Miembro Titular SAC

FACC

¹ Médico cardiólogo, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de Buenos Aires

paciente aguardando un trasplante cardíaco tiene una probabilidad del 46,6% de trasplantarse si sobrevive a los casi 2 años y medio de espera promedio.

Los pacientes que viven lejos de los centros de trasplante tienen el inconveniente adicional de sumar a su enfermedad el peso del desarraigo.

Esta realidad prácticamente universal y estable en el tiempo facilita la aparición de cierto desánimo para indicar un trasplante cardíaco, pero favoreció la aparición de otras alternativas para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca avanzada.

Sólo por citar algunas, se mencionan la ventriculectomía parcial, (10) la valvuloplastia mitral, (11) la remodelación endoventricular, (12) la revascularización miocárdica, (13) etc., y se están evaluando, entre otras, la miogénesis y la angiogénesis.

Cada una de estas técnicas muestra resultados alentadores, su indicación es precisa y están dirigidas a pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. La sobrevida reportada con estos métodos no es, por ahora, mejor que la que ofrece el trasplante cardíaco a pesar de que la gravedad de la insuficiencia cardíaca de los pacientes en quienes se utilizaron fue menor que la serie que publica la Sociedad Internacional de Trasplante en el mismo período. A los pacientes de este último grupo sería más apropiado calificarlos como portadores de insuficiencia cardíaca terminal que de insuficiencia cardíaca avanzada.

A la larga experiencia que el trasplante cardíaco aquilató desde 1966 hasta la actualidad se suma el hecho de que una vez superado el primer semestre de vida la mortalidad de los trasplantados disminuye en forma lineal para llegar aproximadamente al 2% anual y se acerca a la de la población general. (6)

Si nos atenemos a la universalmente aceptada indicación de trasplante cardíaco como un procedimiento para ser implementado «cuando se hayan agotado todas las alternativas, médicas, instrumentales o quirúrgicas», las técnicas mencionadas no son otra cosa más que lo que su nombre indica: «alternativas» al trasplante cardíaco.

La ya mencionada escasez de órganos con su consecuencia nefasta –lista de espera prolongada y muerte en lista de espera– genera, en ciertos casos, la necesidad de apelar a algún recurso para favorecer a nuestros pacientes. Utilizamos la «alternativa» ante la dificultad o imposibilidad de acceder a una solución mejor. Estas «alternativas», reconozcamos, no descartan que el paciente acceda en el futuro al trasplante.

Concluyendo, frente a la pregunta si «¿Es, en la Argentina actual, el trasplante cardíaco el tratamiento de elección en la insuficiencia cardíaca terminal?», una respuesta lógica sería que el tratamiento de elección siempre debe ser el mejor de los posibles si no se tiene acceso al deseable. Se debería intentar trasplantar a todo paciente con insuficiencia cardíaca avanzada y/o terminal en el que no se encuentren contraindicaciones, porque es el método que muestra la mejor sobrevida.

Ante una realidad que no ofrece tantos órganos como los que son necesarios, es válido, en pacientes seleccionados, brindarles alguna «alternativa» terapéutica. Es igualmente válido seguir probando estos métodos conocidos y ensayando otros nuevos. Es obligatorio buscar con el mayor empeño el aumento de las donaciones de órganos porque, mientras no se alcance el éxito demostrado con el trasplante cardíaco, éste parece ser el mejor tratamiento de la insuficiencia cardíaca avanzada/terminal

En la Argentina actual, como en cualquier otro lugar, como fue siempre en la medicina y es deseable que siga siéndolo, el médico debe ofrecer a sus pacientes la mejor opción que su realidad le permite.

Valga como analogía lo que decía Zaratustra: «El mejor pastor es el que lleva su rebaño al prado más verde».

BIBLIOGRAFÍA

1. Pfeffer MA, Swedberg K, Granger CB, Held P, McMurray JJ, Michelson EL, et al; CHARM Investigators and Committees. Effects of candesartan on mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: the CHARM-Overall programme. *Lancet* 2003;362:759-66.
2. Packer M, Coats AJ, Fowler MB, Katus HA, Krum H, Mohacsi P, et al; Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival Study Group. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001;344:1651-8.
3. Pitt B, Zannad F, Remme WJ, Cody R, Castaigne A, Pérez A, et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med* 1999;341:709-17.
4. Bristow MR, Saxon LA, Bohemer J, Krueger S, Mc Grew F, Botteron G, et al. Comparison of medical therapy, resynchronization, and defibrillation therapies in heart failure trial (COMPANION). Presented at late-breaking clinical trials, ACC 2003. Presented at the European Society of Cardiology, Vienna, Austria, september 2003.
5. Almenar Bonet L. Spanish registry on heart transplantation. 14th official report of the working group on heart failure, heart transplantation and other therapeutic alternative of the spanish society of cardiology (1984-2002). *Rev Esp Cardiol* 2003;56:1210-7.
6. Karam VH, Gasquet I, Delvart V, Hiesse C, Dorent R, Danet C, et al. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Twentieth Official Adult Heart Transplant Report-2003.
7. Karam VH, Gasquet I, Delvart V, Hiesse C, Dorent R, Danet C, et al. Quality of life in adult survivors beyond 10 years after liver, kidney, and heart transplantation. *Transplantation* 2003;76:1699-704.
8. Ley de Trasplante de Órganos y Material Anatómico Humano número 24.193.
9. INCUCAI Informe Anual de Procuración 2003. Datos consolidados al 05/01/2004
10. Batista RJ, Santos JL, Takeshita N, Bocchino L, Lima PN, Cunha MA. Partial left ventriculectomy to improve left ventricular function in end-stage heart disease. *J Card Surg* 1996;11:96-7.
11. Bolling SF, Deeb GM, Brunsting LA, Bach DS. Early outcome of mitral valve reconstruction in patients with end-stage cardiomyopathy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995;109:676-82.
12. Dor V. The endoventricular circular patch plasty («Dor procedure») in ischemic akinetic dilated ventricles. *Heart Fail Rev* 2001;6:187-93.
13. Di Carli MF, Maddahij, Rokhsar S, Shelbert HR, Bianco Batles D, Brunken RC, et al. Long-term survival of patients with coronary artery disease and left ventricular dysfunction: implications for the role of myocardial viability assessment in management decisions. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1998;16: 997-1004.