

Gestión de la lista de espera del trasplante hepático en Cataluña

Ramón Charco

Servicio de Cirugía Hepatobilíopancreática y Trasplantes, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

La diferencia entre el número de donantes y receptores se ha ido incrementando en los últimos años en nuestro país, de tal manera que cada año se acumula un número mayor de receptores sin trasplantar en la lista de espera.

Cataluña, dividida en 4 provincias (Barcelona, Tarragona, Lleida y Girona), con una superficie de 32.144 km² (6,3%) y una población de 7.210.000, tuvo una tasa de donación en el año 2007 del 33%, 1,3 puntos por debajo de la media nacional. Los 3 hospitales acreditados para trasplante hepático de adultos en la Comunidad Autónoma de Cataluña están en el área metropolitana de la ciudad de Barcelona. El Hospital de Bellvitge fue el primero en iniciar el trasplante en 1984. Desde entonces, los pacientes en dicho centro se han trasplantado por riguroso orden de fecha de inclusión. La mediana de pacientes en lista de espera en el período comprendido entre los años 2000 y 2007 fue de 26 pacientes. De la misma manera, el Hospital Clínic, que inició el trasplante hepático en el año 1985, ha trasplantado a los pacientes de la lista según el orden estricto de la fecha de inclusión. La mediana de pacientes en lista en el mismo período fue de 69 pacientes. El tercer hospital acreditado para trasplante hepático en Cataluña fue el Hospital Universitario Vall d'Hebron, en 1988. Desde su inicio, los pacientes se han trasplantado por un sistema mixto de fecha de inclusión en lista y gravedad. La mediana de pacientes en la lista de espera para el período 2000-2007 fue de 17 pacientes.

Distribución de donantes adultos en Cataluña

Hasta junio de 2007, los donantes generados por cada hospital con programa de trasplante hepático se quedaban en el propio hospital para trasplantar un paciente de la lista electiva. Por otra parte, los donantes generados por hospitales de Cataluña y Baleares sin programa de trasplante hepático se distribuían de forma rotatoria, exceptuando los donantes generados en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona y el Hospital General de Cataluña, que se asignaban al Hospital Clínic. El resto de donantes generados en el resto de España se asignaba a cada centro por un turno general en el ámbito de todo el estado. Los injertos hepáticos asignados a uno de los centros por receptores en "urgencia 0" debían devolverse por el turno general al hospital generador.

Con esta distribución de órganos, la mediana de trasplantes hepáticos realizada por los 3 hospitales fue diferente. En el período 2003-2007, la mediana de trasplantes en el Hospital Vall d'Hebron fue de 57, en el Hospital de Bellvitge de 61 y en el Hospital Clínic de 88. En

estos 88 pacientes del Hospital Clínic están incluidos los trasplantes hepáticos de donantes vivos, donantes a corazón parado y trasplantes dominó.

La mediana en la tasa de mortalidad de los diferentes hospitales de Cataluña está reflejada en la tabla 1.

Con esta distribución de órganos pueden suceder situaciones paradójicas. Que un injerto hepático generado en un hospital no transplantador de Cataluña se asigne por turno rotatorio a uno de los 3 hospitales con programa de trasplante hepático, y que este hospital trasplante al primero de la lista, y éste sea un paciente de 65 años con un hepatocarcinoma de 2,5 cm, Child-Pugh A. Por otra parte, en otro hospital de Cataluña, puede haber en la lista un paciente joven, con una cirrosis descompensada, síndrome hepatorrenal e hiponatremia que sabemos que si no se trasplanta en breve morirá esperando un hígado.

Con el objetivo de conseguir la máxima equidad en el acceso al trasplante hepático de la población de Cataluña, se han redistribuido los donantes hepáticos en nuestra comunidad autónoma. Para ello, se formó un grupo de trabajo para consensuar indicaciones y priorización de receptores de trasplante hepático. El trabajo finalizó con la elaboración de un documento de consenso en enero de 2007. En este documento se establecen los criterios de inclusión de pacientes en la lista de espera con referencia a las indicaciones, momento del trasplante, contraindicaciones y criterios de retrasplante. También establece los criterios de exclusión temporales y definitivos de los pacientes en lista de espera. El documento también contempla el consenso en referencia con los criterios de priorización para trasplantar a los que más lo necesitan (no se incluyen los pacientes con "urgencia 0"). Estos criterios de priorización se aplicarán tanto a las listas de espera de cada uno de los 3 centros como a los pacientes de la lista única. Los pacientes serán ordenados en las listas de cada uno de los hospitales según la priorización por el sistema MELD (*model for end-stage liver disease*). En caso de pacientes con la misma puntuación MELD, éstos se clasificarán según la fecha de inclusión en la lista. El documento contempla que los pacientes con una puntuación MELD ≥ 19 puntos se incluirán en una lista común. Es bien conocido que hay pacientes con patologías que escapan al sistema MELD, como el hepatocarcinoma, los trasplantes con problemas técnicos, el

Tabla 1
Mediana de la tasa de mortalidad en lista de espera en Cataluña, 2003-2007

Hospital de Bellvitge	Hospital Clínic	Hospital Vall d'Hebron
6,8%	6,5%	5,1%
10,4%*	10,9%*	8,6%*

*Mortalidad + retirada por empeoramiento.

síndrome hepatorenal, la polineuropatía amiloidótica familiar u otras patologías de estudio individualizado.

Con referencia al hepatocarcinoma, sólo se aceptan pacientes que cumplan criterios de Milán. Se acordó priorizar en la lista común a los pacientes con tumores únicos ≥ 3 cm o tumores multinodulares, pacientes con AFP > 200 ng/ml y/o pacientes con fracaso de tratamientos locoregionales en nódulos < 3 cm.

Hay una serie de patologías, como el síndrome hepatopulmonar, la hipertensión hepatopulmonar, los tumores hepáticos infrecuen-

tes, la fibrosis quística con afectación hepática, la poliquistosis hepática, las colangitis recurrentes, etc. que los representantes de los 3 hospitales decidirán para cada caso en particular si se incluyen en la lista común con 19 puntos de MELD.

Implementación del sistema MELD en Cataluña

Antes de implementar este sistema, se validó el MELD en los 3 hospitales. Para ello se analizaron 74 muestras sanguíneas en los 3 labora-

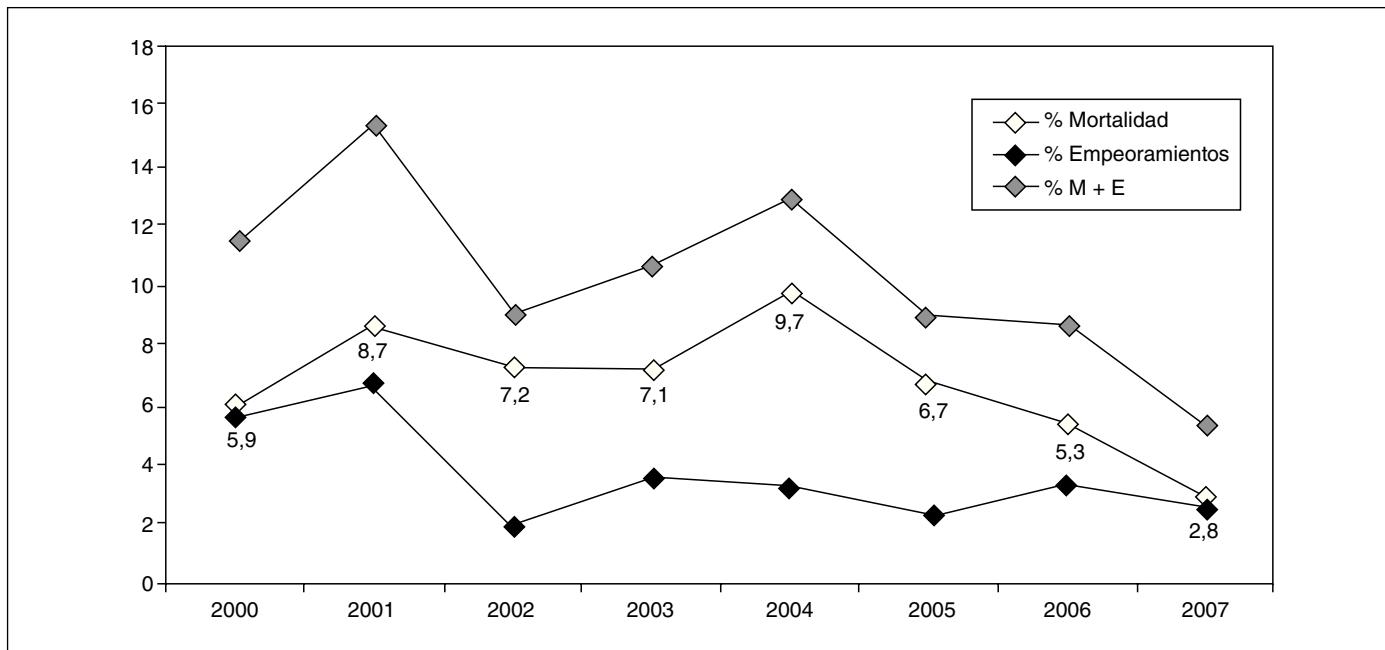


Figura 1. Evolución del porcentaje de mortalidad, de empeoramientos (exclusiones definitivas) y de muertos y empeoramientos en lista de espera para el trasplante hepático en Cataluña (2000-2007). M + E: mortalidad y empeoramiento.

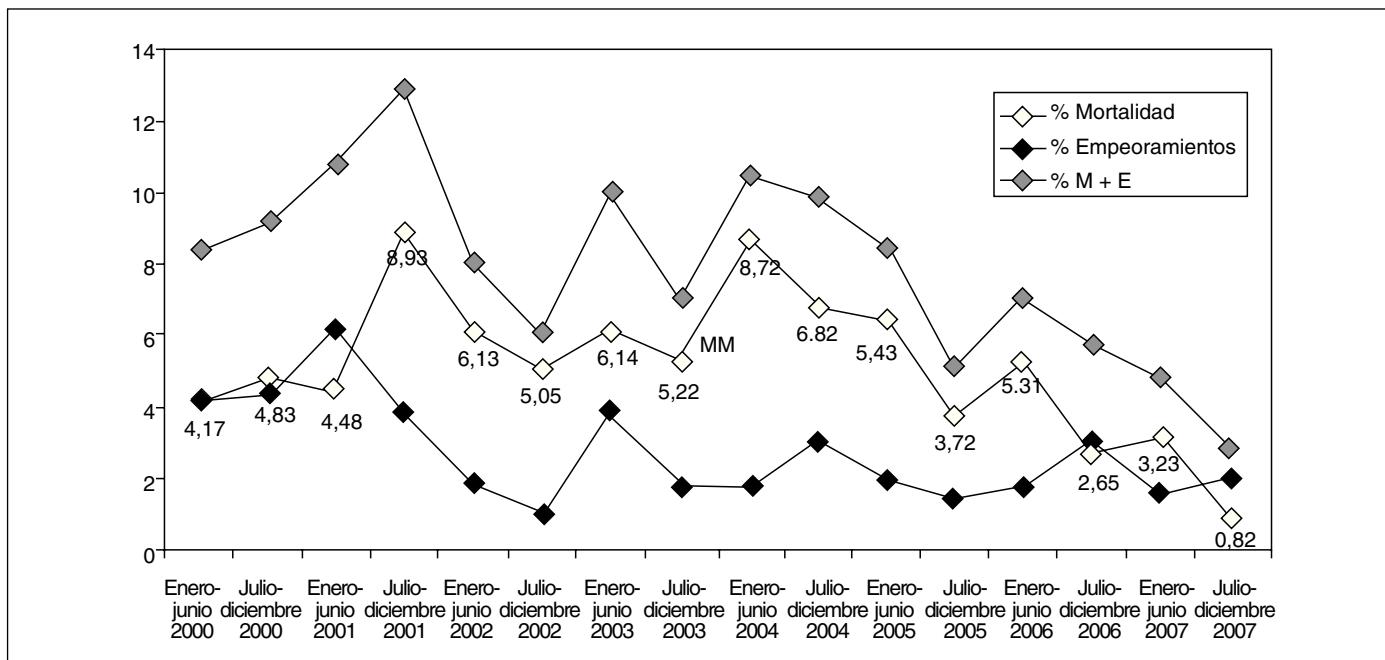


Figura 2. Evolución del porcentaje de mortalidad, de empeoramientos (exclusiones definitivas) y de muertos y empeoramientos en lista de espera para el trasplante hepático en Cataluña (semestres 2000-2007). M+E: mortalidad y empeoramiento.

torios de los 3 centros para ver la variabilidad de la puntuación MELD. Se midieron los valores de bilirrubina, creatinina sérica, INR, sodio y se calculó el MELD para cada muestra. Se detectó variabilidad en referencia con la creatinina e INR. Una vez solventadas estas diferencias y consensuado cómo se deben corregir, se elaboró el documento de consenso.

Puntos clave del documento de consenso

- La lista de espera en cada centro se ordenará por el sistema MELD con los criterios de inclusión y exclusión consensuados.
- Existencia de una lista única autonómica para pacientes priorizados con MELD > 19.

- Con el fin de mantener el incentivo de la donación, el injerto generado en un hospital trasplantador se quedará en el propio centro y se asignará al paciente de grupo compatible con el MELD más alto (primer, lista de pacientes priorizados; segundo, lista de pacientes no priorizados).
- Sólo se compartirán los órganos del “pool común”. Los injertos generados en los hospitales sin programa de trasplante irán dirigidos al paciente compatible con MELD más alto de la lista común de pacientes priorizados.
- La comisión de seguimiento debe tener capacidad de respuesta en horas en el supuesto de casos individualizados o en caso de cualquier consulta.

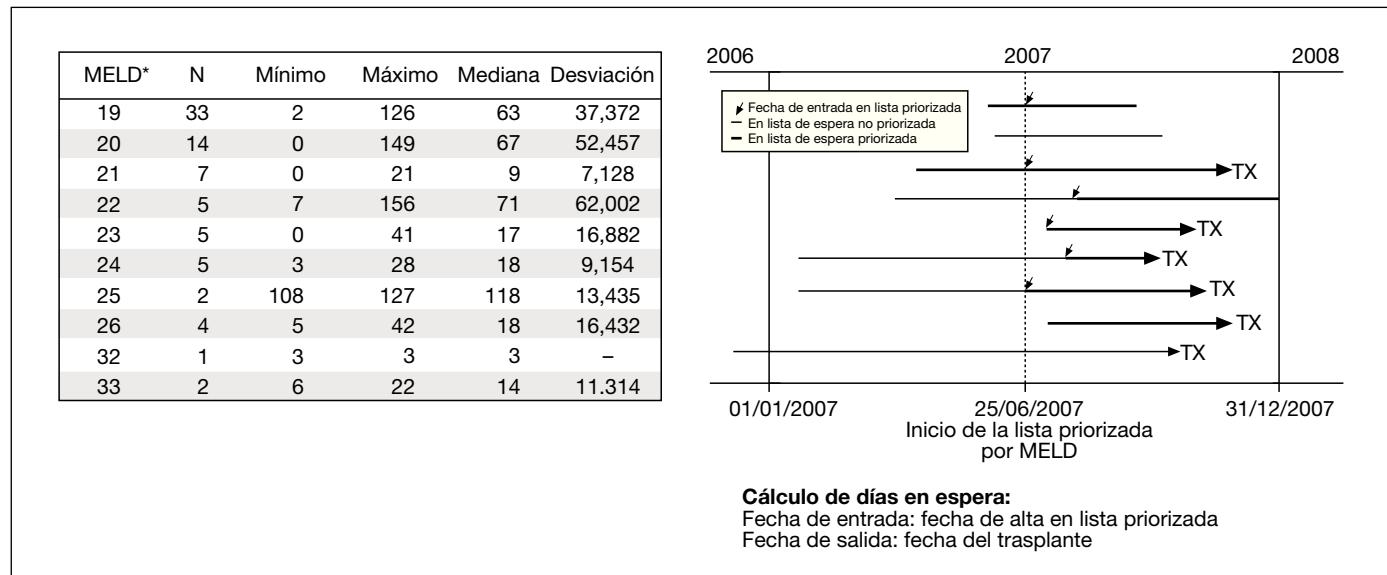


Figura 3. Tiempo de espera para el trasplante hepático (donante en ME) de los pacientes en lista priorizada según puntuación MELD en Cataluña, 2007. MELD de inclusión en lista de espera.

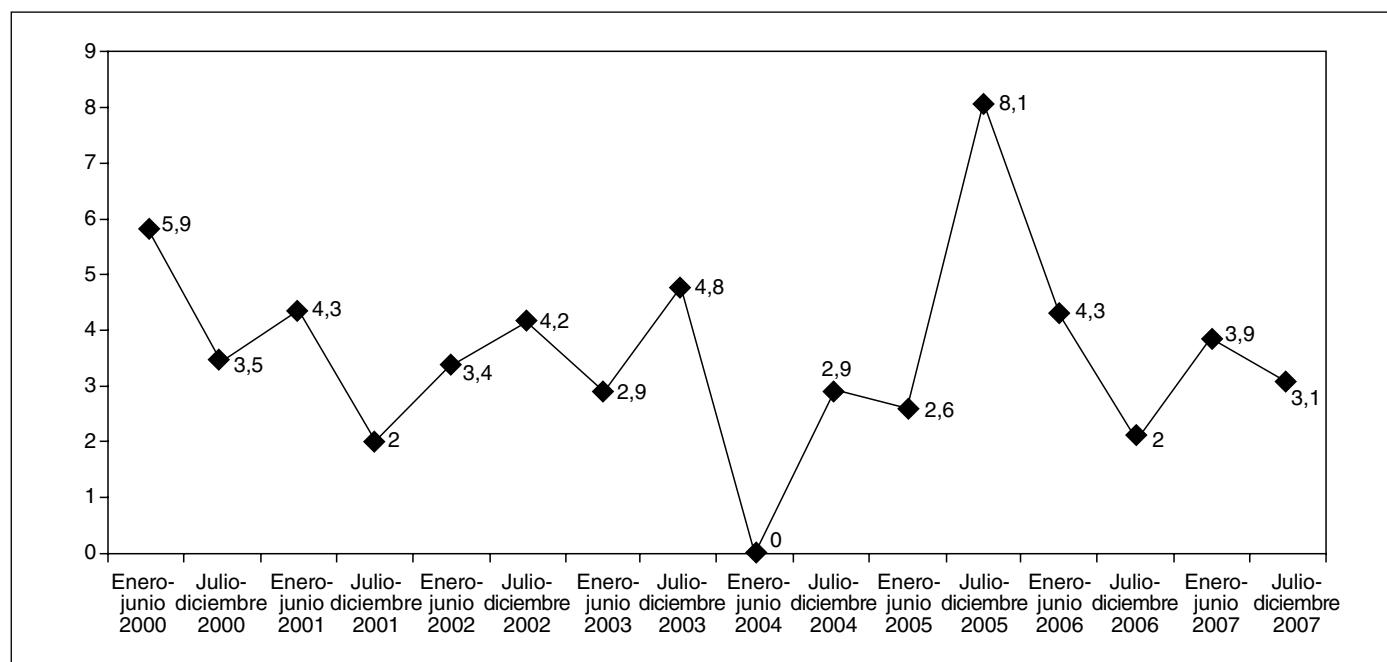


Figura 4. Evolución anual del porcentaje de pacientes fallecidos en los primeros 30 días posteriores al trasplante hepático. Pacientes transplantados en los 3 centros. Período 2000-2007. Registro de Trasplante Hepático de Cataluña.

6. Los órganos de la ONT seguirán el turno actual.
7. Este sistema de priorización se revisará a los 6 meses.

La OCATT envía de lunes a viernes a los 3 centros la actividad diaria de donación y trasplante, así como la lista de pacientes prioritizados en la lista común.

Actualización del MELD

A los pacientes ingresados se les actualizará el MELD semanalmente; en los pacientes con un MELD ≥ 17 la actualización será mensual y en los pacientes con un MELD < 17 la actualización será trimestral.

Resultados

Los resultados preliminares después de 6 meses de implantación en Cataluña están reflejados en las figuras 1-4.

Aunque aún es pronto para objetivar el beneficio de esta nueva gestión de la lista de espera y la redistribución de donantes en Cata-

luña, no hemos observado en los primeros 6 meses un aumento de la mortalidad postrasplante por haber trasplantado pacientes más graves.

Bibliografía recomendada

- Cholongitas E, Marelli L, Shusang V, Senzolo M, Rolles K, Patch D, et al. A systematic review of the performance of the Model for End-Stage Liver Disease (MELD) in the setting of liver transplantation. *Liver Transpl*. 2006;12:1049-61.
- Fernández Esparrach G, Sánchez Fueyo A, Ginés P, Úriz J, Quinto L, Ventura PJ, et al. A prognostic model for predicting survival in cirrhosis with ascites. *J Hepatol*. 2001;34:46-52.
- Heuman DM, Abou-Assi SG, Habib A, Williams LM, Stravitz RT, Sanyal AJ, et al. Persistent ascites and low serum sodium identify patients with cirrhosis and low MELD scores who are at high risk for early death. *Hepatology*. 2004;40:802-10.
- Neuberger J, Gimson, Davies M, Akyol M, O'Grady, Burroughs A, et al; for the Liver Advisory Group of UK Blood and Transplant. Selection of patients for liver transplantation and allocation of donated livers in UK. *Gut*. 2008;57:252-7.
- Xiol X, Ginès P, Castells L, Twose J, Ribalta A, Fuentes-Arderiu X, et al. Clinically relevant differences in the model for end-stage liver disease and model for end-stage liver disease-sodium scores determined at three university-based laboratories of the same area. *Liver Transpl*. 2009;15:300-5.