

¿Existen realmente novedades en el trasplante pulmonar del paciente ventilado mecánicamente?

ROSER ANGLÈS

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

El trasplante pulmonar es la última opción terapéutica para algunos casos de insuficiencia respiratoria en fase terminal. Esta técnica se inició en España en el año 1990 y actualmente más de 200 pacientes han recibido este tratamiento en nuestro hospital y son muchos los grupos que se han sumado al programa de trasplantes con muy buenos resultados (Córdoba, La Coruña, dos grupos en Madrid, Santander y Valencia), sumando aproximadamente 870 trasplantes pulmonares en todo el país¹.

El dilema fundamental que se plantea en el trasplante pulmonar es la gran escasez de órganos, por lo que la elección del receptor debe ser especialmente cuidadosa. Sólo entre un 5 y un 10% de los donantes multiorgánicos son aptos como donantes pulmonares. En el año 2000 únicamente se generaron 155 pulmones frente a 2.550 riñones¹. Esta situación se hace aún más compleja cuando compiten por los escasos órganos pacientes con posibilidades funcionales y de supervivencia muy diferentes.

La ventilación mecánica previa es una contraindicación relativa para el trasplante pulmonar². Los pacientes que reciben ventilación mecánica en el momento del trasplante presentan en el primer año una mortalidad significativamente mayor; de forma aproximada, se incrementa dicho riesgo un 350%³. Los motivos argumentados para justificar estos malos resultados han sido, por un lado, la colonización bacteriana de la vía aérea y, por otro, la debilidad muscular asociada a ventilación mecánica, a la pos-

tración en cama y a la sedación. La debilidad muscular es un factor determinante y, mientras que la ventilación mecánica es una contraindicación relativa para el trasplante, la incapacidad para la deambulación es una contraindicación absoluta².

A pesar de su elevado riesgo, la mayoría de los grupos ha realizado algunos casos^{4,5}. Generalmente, han sido pacientes en los que el estudio previo del trasplante ya se había realizado y en los que, estando en lista de espera activa, su insuficiencia respiratoria había progresado, llegando a requerir ventilación mecánica, siempre que se considerara que estos pacientes eran capaces de soportar una intervención como el trasplante pulmonar. Nuestro grupo también ha realizado este tipo de trasplantes con resultados superponibles a los del registro internacional, concretamente de los 6 trasplantes realizados en pacientes ventilados, sólo sobrevivían al año 2 pacientes, aunque ambos con muy buenos resultados funcionales.

A pesar de estos antecedentes, recientemente se ha publicado un artículo que parece ofrecer nuevas perspectivas a estos enfermos⁶. Se trata de un estudio en el que se incluyó a los pacientes con insuficiencia respiratoria que requerían ventilación mecánica previamente al trasplante. Se recogieron 9 pacientes en dos centros (Duke University Medical Center y University of Florida) en el plazo de cinco años (1992-1997). Se incluyó únicamente a aquellos pacientes que, a pesar de su insuficiencia respiratoria, eran capaces de deambular y en los que se comprobó la ausencia de gérmenes multirresistentes en la vía aérea.

Los resultados de estos pacientes fueron comparados con el grupo control formado por todos los pacientes trasplantados en los mismos centros durante 1997, pero que no habían requerido ventilación me-

Correspondencia: Dra. R. Anglès.
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Vall d'Hebron.
Avda. Vall d'Hebron, s/n. 08035 Barcelona.
Correo electrónico: rangles@hg.vhebron.es

Manuscrito aceptado el 13-II-2002.

cánica (65 casos). Los pacientes del grupo estudio presentaron una tasa de supervivencia al año similar a la del grupo control (78% frente a 83%), aunque el período de ventilación postoperatorio fue significativamente más prolongado (41 días frente a 9 días). Teniendo en cuenta que con la selección de pacientes se eliminan los factores a los que se atribuye el fracaso del trasplante del paciente ventilado, los resultados no suponen una sorpresa.

Del análisis de datos se excluyó a 7 pacientes trasplantados mientras recibían ventilación mecánica, porque no eran capaces de deambular o bien presentaban bacterias multirresistentes en la vía aérea en el momento del trasplante pulmonar. No se comenta en el artículo lo sucedido con este grupo de pacientes trasplantados, en los que, con gran probabilidad, los resultados no son tan excelentes.

Este estudio únicamente analiza los resultados de pacientes, poco frecuentes, en los que en teoría se han eliminado los factores de riesgo asociado a la ventilación mecánica obteniéndose mejores resultados que en los que no presentan dichos factores. Sin embargo, el problema ético actual sigue siendo la dificultad real de conseguir un pulmón útil para el trasplante, el porcentaje de pacientes que fallecen en

lista de espera y los distintos resultados obtenidos, funcionales y de supervivencia, según la enfermedad de base y las condiciones previas al trasplante. No obstante, este estudio permite delimitar mejor un subgrupo de pacientes ventilados con menor riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONT. Memoria anual de donación y trasplante. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
2. Arcasoy SM, Kotloff RM. Lung transplantation. *N Engl J Med* 1999;340:1081-91.
3. Hosenpud JD, Bennett LE, Keck BM, Boucek MM, Novick RJ. The registry of international Society for Heart and Lung Transplantation: eighteenth official report-2001. *J Heart Lung Transpl* 2001;20:805-15.
4. Low DE, Trulock EP, Kaise LR, Pasque MK, Ettinger NA, Dresler C, et al. Lung transplantation of ventilator-dependent patients. The Washington University Lung Transplantation Group. *Chest* 1992;101:8-11.
5. Flume PA, Egan TM, Westerman JH, Paradowski LJ, Yaankaskas JR, Detterbeck FC, et al. Lung transplantation for mechanically ventilated patients. *J Heart Lung Transpl* 1994;13:15-21.
6. Baz MA, Palmer SM, Staples ED, Greer DG, Tapson VF, Davis D. Lung transplantation after long-term mechanical ventilation: results and 1-year follow-up. *Chest* 2001;119:224-7.