

Nuevas tendencias en donantes y tecnología dan esperanza al paciente cardíaco que espera trasplante

Incorporar como donantes a pacientes que sufrieron hepatitis C o COVID-19 amplía las opciones a favor del paciente cardíaco que espera un órgano. De igual modo, el uso de dispositivos que permiten mantener por más de cuatro horas el corazón fuera del cuerpo, es otro aliciente en esta lucha por ganar años para la vida.

Las nuevas tendencias en términos del tipo de donante que se considera aceptable para trasplante, ofrece esperanzas al paciente cardíaco al contar con mayor número de opciones.

De igual modo, avances en tecnología reducen el riesgo de rechazo y amplían el horizonte de vida del paciente.

El Dr. Mauricio Vélez, cardiólogo especialista en insuficiencia cardíaca y trasplante de Cleveland Clinic y quien estuvo en Panamá a propósito del reciente XXVI Congreso Nacional de Cardiología, organizado por la Sociedad Panameña de Cardiología, conversó con La Web de la Salud sobre el paciente ideal para recibir trasplante, características, sobrevida y cómo los avances se expresan en oportunidades para quienes esperan un corazón.

“En las etapas iniciales, debido al estándar, resulta que había muchos corazones que se podían usar y se descartaban. Cuando uno reduce el abastecimiento de donantes, muchos pacientes deben esperar más de lo necesario y fallecen mientras esperan”.

Ahora bien, observa, estos avances permiten reconocer que muchos donantes que se descartaban son apropiados para trasplantar con resultados iguales a los donantes.

En pandemia, recordó que muchas personas morían positivas al coronavirus y este tipo de donante tampoco se consideraba.

Ocurre que la evidencia reciente sugiere que pacientes con COVID-19, si no han tenido enfermedad severa, su corazón puede ser candidato para trasplante.

Xenotrasplante, todavía en dudas

David Bennet, de 57 años de edad, pasó a la historia, y su caso se convirtió en hito de la medicina, al ser trasplantado, en enero de 2022, con un corazón de cerdo, en procedimiento realizado en el hospital de Maryland.

“Si esto funciona, habrá un suministro inagotable de estos órganos para pacientes que sufren”, dijo el doctor Muhammad Mohiuddin, director científico del programa de xenotrasplantes de la Universidad de Maryland, citado por Voz de América.



Sin embargo, no funcionó: el paciente falleció.

El Dr. Vélez explica que cuando se realiza el trasplante de una especie a otra se llama xenotrasplante.

“Es una estrategia en evolución. Por mucho tiempo, ha habido intento de trasplantar de primates, pero si bien el corazón anatómicamente es bien similar, las proteínas que se expresan en la superficie del trasplante son muy diferentes a las proteínas humanas y son sujetos a rechazo”.

Detalla que el corazón de los primates por lo general tiene un tamaño mayor al de los seres humanos.

Además, los corazones tienden a seguir creciendo y exceden el tamaño disponible.

Entonces, el gran avance de este corazón de cerdo de los investigadores de la Universidad de Maryland fue que se diseñó genéticamente para inhibir el crecimiento del corazón y expresar proteínas en superficie que fueran compatibles con el sistema humano.

El Dr. Vélez analiza que no es sencillo saber cuánto tiempo deberá pasar para que este procedimiento sea parte de la rutina clínica.

Corazones que duren más

Incorporar como donantes a pacientes que sufrieron hepatitis C o COVID-19 amplía las opciones a favor del paciente cardíaco que espera un órgano para seguir viviendo.

De igual modo, el uso de dispositivos que permiten mantener por más de cuatro horas el corazón fuera del cuerpo, es otro aliciente en esta lucha por ganarle a la enfermedad.

“Esto permite que los cirujanos que van a recoger el trasplante puedan viajar distancias más lejanas y expandir el número de donantes disponibles”.

Con nuevas tecnologías, el 50% de los pacientes trasplantados que sobreviven el primer año (probabilidad del 90%), pueden vivir 13 o 14 años o más, en comparación con quienes tienen falla cardíaca avanzada, quienes usualmente no pasan de 1 o 2 años.



Las medicinas contra el rechazo ayudan a monitorear el corazón con más precisión y con tecnología de vanguardia se mide el ADN del corazón trasplantado que es detectable en la circulación.

“Cuando hay lesiones en el corazón trasplantado, como rechazo o afectación, las células se van a destruir y habrá escape de ese ADN en la circulación”.

El especialista resalta que ahora es posible medir la proporción del ADN del donante que circula “y cuando hay daño o rechazo esa proporción sube y podemos detectar, con solo una prueba de sangre, sin necesidad de biopsia del corazón”.

Este nuevo tipo de biomarcador que refleja la salud del corazón trasplantado, se está usando solo para detectar rechazo, pero hacia el futuro, confirma el especialista, permitiría regular el grado de inmunosupresión basado en el nivel de expresión de este ADN del corazón trasplantado.

El Dr. Vélez sabe que no es sencillo decirle a un paciente si es candidato a un trasplante, porque son múltiples los factores a considerar.

Pero en general este paciente ideal es quien tiene falla cardíaca avanzada, con síntomas severos, que no responde a los tratamientos convencionales y no tiene enfermedad significativa fuera del corazón.

Los demás órganos deben estar saludables y la persona no ser de una edad avanzada.

Exceso de peso y enfermedades fuera del corazón que sean significativas como renal, hepática o pulmonar pueden limitar el beneficio que experimentará el paciente del trasplante de corazón y son condiciones que lo excluyen de un trasplante.

“También si sufrió de cánceres de recientes. Si una persona tiene antecedente de cáncer, esperamos cinco años cuando sale en remisión para poder explorar la posibilidad de trasplante”.

El otro factor limitante es la hipertensión pulmonar, “condición que ciertos pacientes desarrollan, a veces como resultado de la misma falla cardíaca por la cual necesitan el trasplante”.

Cada uno, según sus disciplinas, produce una evaluación y sobre esa información se llega a un consenso con una meta: tratar de predecir si el paciente se va a beneficiar y, basado en esa predicción, se toma la decisión de ponerlo en la lista de espera, primer paso a una vida nueva.

Con información de El Impulso