



Los trasplantes en el VIH

Los trasplantes en el VIH

A medida que las personas con VIH viven más tiempo debido a los adelantos en las terapias, existe un aumento en la tasa de mortalidad debido a condiciones que históricamente no han sido asociadas con el VIH. Esto incluye un aumento en los riesgos y las frecuencias con las que se presentan las insuficiencias tanto de hígado como de riñón, a menudo causadas por la hepatitis B o C, y la enfermedad hepática que le es característica o el daño a los riñones atribuido al VIH (denominado nefrotoxicidad por el VIH o HIVAN por su sigla en inglés).

Las terapias contra el VIH que son procesadas por medio del hígado o el riñón también pueden, en algunos casos, empeorar estas condiciones, y se han presentado algunos casos en los que el daño al órgano ha sido debido en su totalidad a los efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH. Para las personas con enfermedad hepática avanzada, el trasplante de hígado es la única opción. Las personas con insuficiencia renal tienen ligeramente más opciones, incluyendo la diálisis, la cual implica estar conectado periódicamente a una máquina que circula y purifica la sangre. Es de suma importancia evaluar la eficacia del trasplante de órganos en personas con VIH con el fin de determinar si habrá de prolongarles la vida y mejorar la calidad de la misma, y si es así, los costos deberían estar cubiertos por un plan de seguros (compañía de seguros, Medicaid/Medical, etc). Las respuestas a estas preguntas no son obvias puesto que el tipo de cirugía requerido para el trasplante de órganos puede ser muy delicado para cualquier persona, sin ni siquiera mencionar para quienes tienen la infección del VIH.

Antecedentes

Históricamente, el VIH ha sido una contraindicación para el trasplante de órganos, lo que quiere decir que si una persona es seropositiva, no se le consideraba como candidato para ser receptor de un órgano. Los cirujanos especializados en trasplantes con frecuencia se resistían a llevar a cabo una cirugía y los seguros de salud no estaban dispuestos a cubrir los costos requeridos para los cuidados de soporte en el largo plazo, ya que consideraban los trasplantes como algo "experimental" o que no estaba comprobado su utilidad para las personas con VIH. Hace algunos años, activistas del SIDA, incluyendo los de Survive AIDS en San Francisco y Project Inform, decidieron involucrarse en este asunto. Con el apoyo y el liderazgo de dos investigadores de la Universidad de California en San Francisco, la especialista en SIDA Michelle Roland y el cirujano de trasplantes Peter Stock, iniciaron un proyecto piloto local que se ha ido convirtiendo en un proyecto nacional que provee importante información para seguir adelante en este campo.

El estudio

La Dra. Roland presentó un panorama general de los descubrimientos en 53 personas a quienes se les había hecho trasplantes de hígado o de riñón estando bajo una terapia potente contra el VIH. Para ser elegibles las personas deberían tener:

- Ningún historial de infecciones oportunistas,
- Un recuento de células CD4+ superior a 200 para ser candidatos al trasplante de riñón y superior a 100 para el de hígado, y
- Una carga viral inferior a las 50 copias/ml para el trasplante de riñón, y bien se una carga viral inferior a 50 copias/ml para el trasplante de hígado o si la persona no era capaz de tolerar la terapia contra el VIH debido a la condición de su hígado, el concepto de un protocolo especializado en VIH que debería determinar si después del trasplante el individuo estaría en capacidad de constituir un régimen eficaz contra el VIH que diera como resultado una máxima supresión viral.

De los 53 pacientes que se presentaron a la conferencia, 45 reunían los criterios de elegibilidad y 8 no. La importancia de informar sobre los 8 que no calificaron es que ayuda a determinar si el criterio de elegibilidad era apropiado o no, o si tal vez era demasiado rígido.

Los resultados

Enfocándonos primero en los 45 participantes elegibles para el estudio, 26 fueron receptores de hígado y 19 de riñón. Se presentaron 6 muertes entre los voluntarios elegibles receptores de trasplantes, dos entre los receptores de riñón y cuatro entre los receptores de hígado. En su mayoría, las muertes fueron sucediendo en ritmos similares y se debieron a las mismas causas que podrían observarse entre receptores de trasplantes VIH negativos, tales como enfermedad del VHC (virus de la hepatitis C) recurrente o pancreatitis posoperatoria.

En uno de los casos, se sospecha que la muerte se debió a que la persona suspendió sus medicamentos contra el VIH sin consultar al



Para contactar el Project Inform puede hacerlo de las siguientes maneras:

Hotline Nacional 1-800-822-7422 Hotline San Francisco y Internacional 415-558-9051
Oficina administrativo 415-558-8669 FAX 415-558-0684 WEBSITE www.projectinform.org

© 2003 Project Inform, Inc., 205 13th Street #2001, San Francisco, CA 94103-2461



Los trasplantes en el VIH

equipo del estudio. Cuando una persona se somete a un trasplante de órgano, se le administra durante el resto de su vida una terapia que deprime el sistema inmunológico, con el fin de prevenir que su propio organismo rechace el nuevo órgano. Las terapias contra el VIH tienen interacciones notables con estos medicamentos y se deben hacer ajustes a las dosis. Al individuo suspender los medicamentos contra el VIH se presentó un rechazo serio al órgano nuevo. La importante lección que se obtuvo de esto es que cuando una persona recibe un trasplante de órgano, tiene menos flexibilidad para modificar en cualquier respecto la terapia contra el VIH. Más aún, la adherencia a los medicamentos es mucho más crítica y con consecuencias que pueden poner en peligro la vida. Por ejemplo, para tomar la decisión de suspender el uso de los medicamentos contra el VIH, debe hacerse mediante cuidadosa consulta con el equipo encargado de hacer el trasplante para que los ajustes a los medicamentos que previenen el rechazo del órgano puedan ser bien monitoreados. Aun el simple acto de cambiar de medicamentos contra el VIH puede alterar los niveles en la sangre y debe hacerse con mucha mayor precaución.

En su mayoría, los trasplantes de hígado y de riñón tuvieron poco o ningún efecto en los niveles bien sea de carga viral o de recuento de células CD4+. Los recuentos de células CD4+ entre los receptores de trasplante de riñón eran aproximadamente de 441 antes del trasplante y 436 después del mismo. Para el trasplante de hígado, los recuentos eran de 280 antes del trasplante y 218 después del mismo. Las cargas virales eran prácticamente indetectables en ambos grupos con anterioridad al trasplante y se mantuvieron así después del procedimiento. En términos de problemas de seguridad a corto plazo, todas son buenas noticias. El promedio de seguimiento para la totalidad del grupo fue de 314 días, pero algunos han recibido seguimientos durante aproximadamente 1,700 días—es decir, casi 5 años.

Al comparar los resultados entre estos receptores de trasplantes y la población general de personas receptoras de trasplantes de hígado y riñón, el nivel de supervivencia parece ser muy similar después del primer año. A algunos científicos les preocupaba que se fuera a presentar una mayor tasa de rechazo de órganos entre las personas VIH positivas en comparación a la población general de receptores. Hasta el momento esto no ha ocurrido. Entre los recipientes de riñón se ha presentado una tasa de rechazo del 38% y entre los receptores de hígado esta tasa es del 21%. Las tasa de supervivencia de los pacientes parecen ser similares entre los observados en el estudio y las tasas de supervivencia observadas en el registro UNOS (registro de resultados sobre los trasplantes de órganos en la población general).

Entre los ocho individuos que no resultaron elegibles—quienes también habían recibido trasplantes de órganos, dos habían fallecido a causa de una condición neurológica severa asociadas con el VIH denominada leucoencefalopatía multifocal (PML por su sigla en inglés). En la actualidad no hay manera de saber si esta está relacionada con los trasplantes. Las razones por las cuales se decidió que dichos

individuos no eran elegibles incluyeron: uno no estaba diagnosticado con el VIH en el momento del trasplante, unos pocos receptores de trasplante de riñón tenían cargas virales superiores al requisito de 50 copias/ml, bajos recuentos de células CD4+ y estados mentales alterados (lo cual tampoco estaba permitido por el protocolo). Cabe anotar, que aquellos con cargas virales detectables anteriores al estudio, les está yendo bien en este momento, lo mismo que aquellos con recuentos de células CD4+ inferiores al tope establecido. Las muertes ocurrieron en el individuo con problemas mentales y el que no se sabía si era VIH positivo en el momento de realizarse el trasplante.

¿Cuál es el siguiente paso?

Aún está pendiente la financiación por parte de los NIH para el estudio multicentros a nivel nacional. Los resultados hasta el momento son muy alentadores y ya pueden ser suficientes para comenzar a dialogar con los programas de seguros acerca de las políticas de reembolso. Mientras tanto, el estudio está reclutando y ofreciendo una opción a las personas con VIH que están o podrían estar necesitando un trasplante de hígado o de riñón. Es de suma importancia que la comunidad presione para que este estudio sea ampliado para incluir el trasplante de otros órganos, tales como los trasplantes de corazón. Aunque pueda haber la disposición por parte de los investigadores para incluir estos nuevos trasplantes en el estudio, aún se deben superar algunos obstáculos. Para más detalles sobre los resultados de estos estudios, y para obtener un listado completo de los sitios que participarán en el estudio multicentros, llame a la línea gratuita de ayuda de Project Inform. Más aún, se requiere su ayuda en cuanto a la acción política para asegurar que los órganos estén disponibles para quienes los necesiten.

Resumen

- La información inicial sobre los trasplantes de hígado y de riñón en las personas con VIH en esta era de las terapias de alta potencia es bastante alentadora.
- Aunque la información es aún preliminar en solo un reducido número de personas, las tasas de supervivencia después de un año del trasplante parecen similares entre las personas con VIH y la población general de receptores de trasplantes.
- El estudio continuará y probablemente se expandirá con los fondos del gobierno que se anticipan, y los criterios de elegibilidad acerca del historial de infecciones oportunistas son menos estrictos. En el largo plazo, se espera que también los criterios de elegibilidad sobre la carga viral sean más flexibles.
- Por supuesto, cuando esto sea posible, prevenir y manejar las condiciones que provocan el daño de los órganos es preferible al trasplante de órganos y debe discutirse con el proveedor de atención médica—esto podría incluir la vacuna contra la hepatitis C, implementar y prevenir el riesgo de adquirir VHC (virus de la hepatitis C) o considerar el tratamiento para el VHC.



Los trasplantes en el VIH

Debemos presumir el consentimiento

Por Larry Kramer

Cada vez más y más personas con VIH y/o hepatitis van a necesitar trasplantes de órganos, particularmente trasplantes de hígado. A medida que un mayor número de personas en el mundo descubrimos que somos portadores de uno o más de estos virus, aún si estamos recibiendo tratamiento—o mejor dicho, particularmente si estamos siendo tratados—mayor es la probabilidad de que uno de nuestros órganos vaya a dejar de funcionar adecuadamente. Y mientras más tiempo recibamos tratamiento, más tiempo vivimos y más posible es que esto suceda.

Con todos los nuevos medicamentos contra el VIH y la hepatitis viral, ahora resulta seguro, bien, kosher hacer trasplantes a los “coinfected”. Hasta el *New England Journal of Medicine* ha publicado escritos aprobando dichos trasplantes. Las compañías de seguros ya no pueden simplemente rechazar el pago de estos costosos procedimientos alegando que son todavía “experimentales”. Ya se demasiados de ellos han resultado exitosos.

En la actualidad hay cientos de miles de personas en este país esperando órganos. La mayoría de ellos morirá antes de poder recibirlos. Muchos morirán después de que hayan sido puestos en una lista de espera. ¿A qué se debe esto? A que no hay un número suficiente de personas en América que donen sus órganos para que sean usados después de que fallezcan. Es tan simple y tan complicado como eso. Hay más de cinco personas esperando por cada órgano donado que queda disponible.

En muchos países esta escasez extrema no existe. Esto es debido a que en estos países (incluyendo a Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Italia, Noruega, Singapur y España) tienen lo que se denomina un sistema de recolección de órganos con “consentimiento presumido”. Esto quiere decir que se presume que cada persona es un donante de órganos a no ser que expresamente especifique lo contrario. Cuando ocurre un accidente a una persona que no haya expresado su deseo de no ser donante, y se declara la muerte cerebral, pueden extraerse inmediatamente los órganos sin todo el tejermeje que se requiere aquí para la “aprobación”. Un órgano solo cuenta con unas pocas horas para ser trasladado de un organismo a otro. En América usted firma en el respaldo de su licencia de conducción si usted desea ser un donante de órganos, y aún así muchos centros aún requieren permiso por parte de un miembro de la familia, que créalo o no, puede no ser otorgado.

Desde que recibí mi trasplante he estado tratando de encontrar la manera de cambiar el sistema de la donación de órganos en América para que se adopte el Consentimiento Presumido. Pues bien, es como si el Consentimiento Presumido fuera la mayor blasfemia que se conociera en la civilización. Los oponentes de derecha, los conservadores, los ortodoxos, o los que sean, incluyendo a la ACLU

(¿sabía usted que los órganos de las personas muertas tienen derechos?) han protestado indignados. A estos oponentes no les importa que España, un país eminentemente católico, posea uno de los sistemas de suministro de órganos más eficaz del mundo.

Y no he podido encontrar a nadie que sepa cómo cambiar este sistema de manera legal. ¿Quién lo hace? ¿El congreso expidiendo una ley? ¿La HHS emitiendo un edicto? ¿Estado por estado o comunidad por comunidad, por medio de las elecciones locales? Tal vez es como me lo advirtió Robert Bazell, el principal corresponsal médico de NBC *Nightly News*, cuando me embarqué en este proyecto. “Larry, es como lanzar puños al aire”.

Una de las personas que más podría ayudar a cambiar este sistema es el Senador Bill Frist (R-TN), ya que el mismo es un cirujano de trasplantes y conoce de primera mano el horror de ver morir a alguien desesperado por obtener un órgano. Pero él es un político con aspiraciones presidenciales, y por lo tanto no quiere convertirse en un abanderado de los trasplantes de órganos. Junto con el Senador Christopher Dodd (D-CT), preparó un proyecto de ley para investigar la viabilidad del Consentimiento Presumido. Pero este proyecto no tiene esperanzas de ser aprobado, lo que no está tan mal, ya que se trata de una legislación poco clara sin la cual estamos mejor. Se trata de un proyecto todo palabras y nada de acción.

Frist necesita que se le recuerde que seguir trabajando por este asunto no solo es lo que moralmente se debe hacer, sino que en última instancia le ganará cierta cantidad de votos. A pesar de lo que piense la gente, a los votantes les gustan los candidatos que toman posiciones de valor moral y que salvan vidas. Además, todas las personas que necesitan órganos tienen familiares y amigos.

Los activistas del SIDA han dicho esto antes. Es el comienzo de una nueva crisis y a nadie que tenga alguna posición de importancia parece importarles un comino. En los años por venir, el número de personas a la espera de nuevos órganos va a elevarse a los millones desde los cientos de miles que ya existen. Una vez más me veo a mí mismo vociferando sobre la gigantesca catástrofe que se avecina sin que nadie parezca escuchar mis palabras.

Me gustaría concluir con las palabras del Dr. John Fung quien salvó mi vida: “Los pacientes se están muriendo y el público todavía no entiende que decir que no a la donación de órganos significa que alguien va a morir. Nadie quiere hablar con la suficiente franqueza. Nadie quiere concientizar a los americanos para que sientan que su obligación es que al morir pasen su cuerpo a los vivos. Esta es una deficiencia sistemática de la cultura americana, la idea de que a usted solo le incumbe su propio bienestar, y que tiene pocas o ninguna obligación hacia la sociedad como un todo.”

¡Dígale al Senador Bill Frist que América debe adoptar el sistema de Consentimiento Presumido para la donación de órganos! Envíele un email y dígame a todos los que conoce que le envíen un email o que lo llamen a su oficina: Bill_Frist@frist.senate.gov ó 202-224-3344.