

NECESIDAD DE ÓRGANOS EN CHILE: ¿QUÉ HACER PARA PROGRESAR?

ORGAN LACK IN CHILE: HOW TO PROGRESS?

DR. JOSÉ LUIS ROJAS B. (1)

1. DIRECTOR MÉDICO NACIONAL. CORPORACIÓN DEL TRASPLANTE-CHILE.
patchrojas@yahoo.com

RESUMEN

Tanto en Chile como en el mundo, la principal dificultad para los trasplantes es la falta de donantes, que se traduce, en un crecimiento exponencial del tiempo y la mortalidad de los pacientes en listas de espera.

Para hacer frente a esta situación, los países reaccionan de diferente forma: ya sea organizando grandes campañas publicitarias, realizando modificaciones a la legislación de trasplantes o implementando cambios en el modelo de donación de órganos existente.

Por lo anterior, el objetivo de esta revisión es: analizar las diferentes etapas del proceso de donación e identificar los puntos más relevantes en donde concentrar los esfuerzos para poder incrementar la tasa de donantes de un país determinado.

Palabras clave: Trasplante, estrategias, donación.

SUMMARY

Also in Chile as in the rest of the world, the main difficulty to transplants is the lack of organ donors, which it translates, in a patients mortality and timing exponential growing in waiting lists.

In order to face these situation, countries reactions in different ways: by organizing great advertising campaigns, making changes to local transplant law or doing changes in

the actual organ donation model.

So, this review objective is: analyze different steps of organ donation process and identify the most relevant issues where concentrate the efforts to increase the donor rate in an specific country.

Key Words: Transplant, strategies, donation.

INTRODUCCIÓN

La escasez de órganos constituye la limitante universal para el desarrollo de los trasplantes en Chile y el mundo más aún porque, hasta el momento, no existen alternativas terapéuticas viables que nos permitan prescindir de la donación de órganos. Como dicen todas las instituciones en el mundo encargadas del procuramiento de órganos; "Sin donantes no hay trasplantes".

En Chile, el crecimiento de las listas de espera también ha sido exponencial, más aún, en los últimos cinco años, podemos observar que se ha duplicado la lista de espera renal llegando a más de 1.600 personas y se ha quintuplicado la hepática superando los 250 inscritos en el mismo periodo de tiempo (1) (Gráfico 1). Este incremento ha ido asociado a un estancamiento y posterior descenso en la cantidad donantes de órganos, alcanzando, el 2009, el número más bajo desde principios de la década del 90, con una tasa menor a 7 donantes por millón de población (pmp) constituyéndose en una de las más bajas dentro de Latinoamérica (2) (Gráfico 2 y 3).

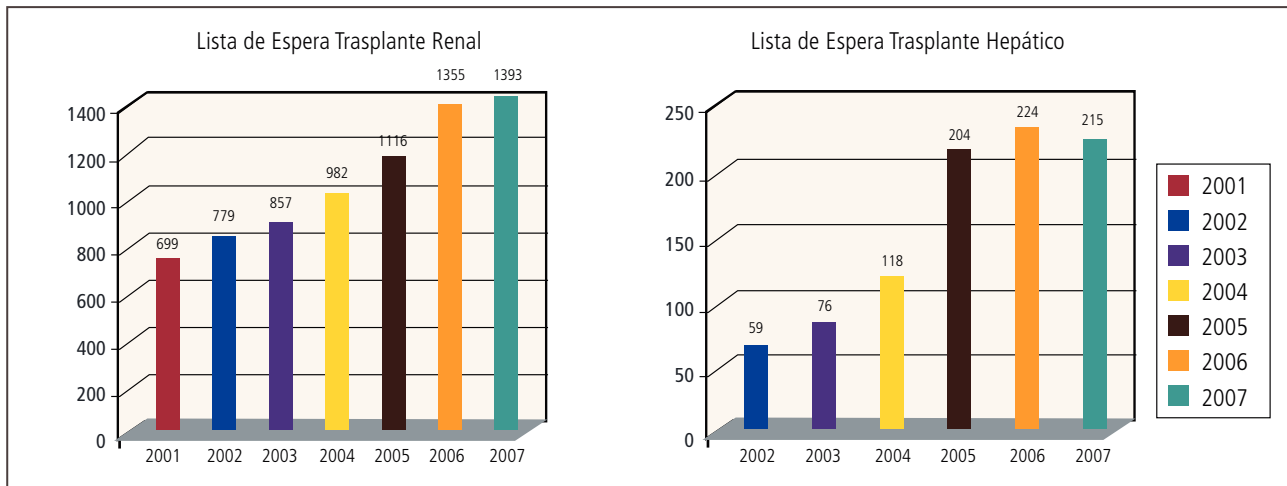
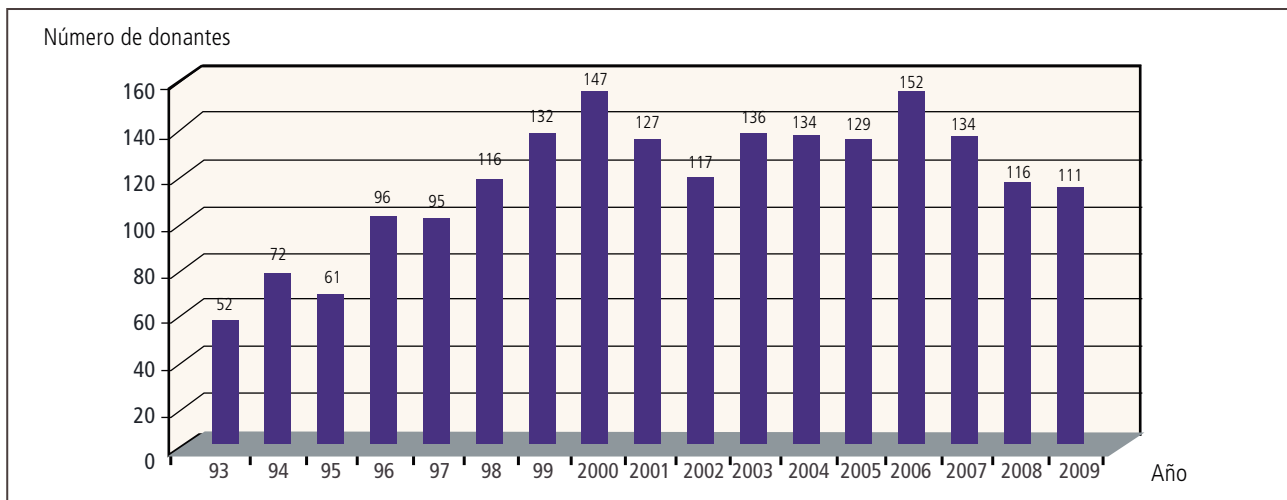
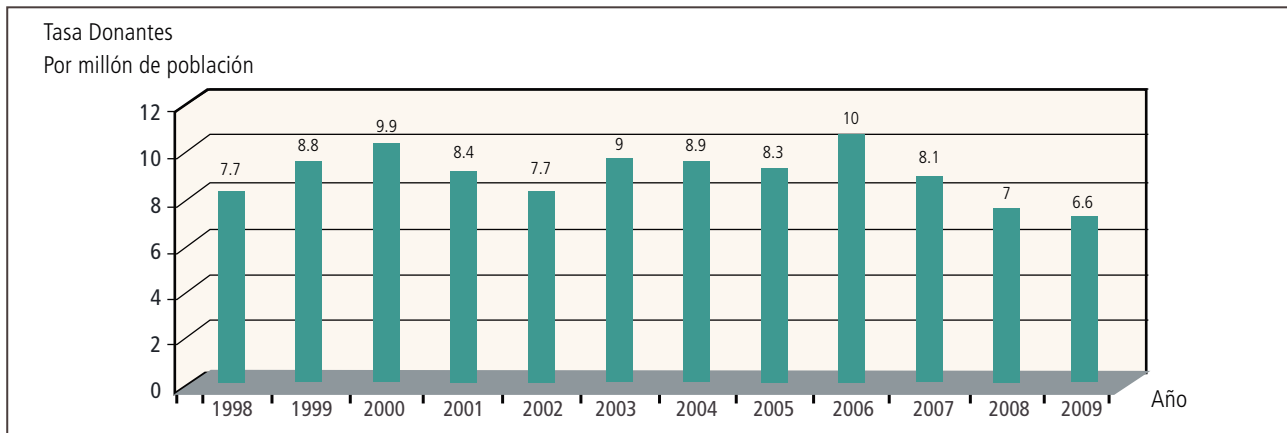
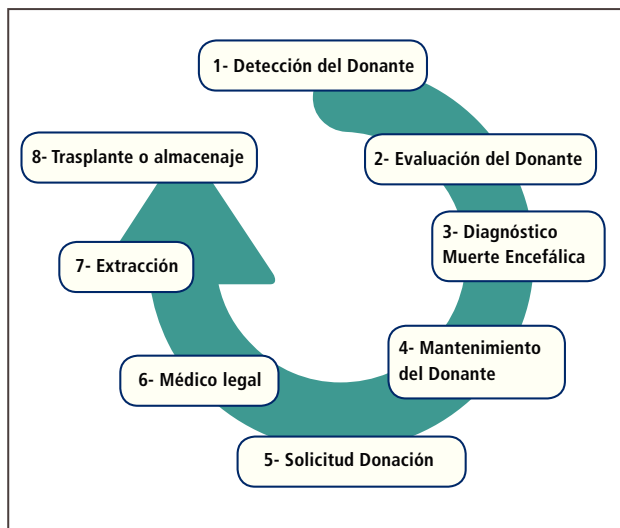
GRÁFICO 1. CRECIMIENTO DE LISTAS DE ESPERA DE TRASPLANTE DONANTE CADÁVER**GRÁFICO 2. DONANTE DE ÓRGANOS (CHILE, 1993-2009)****GRÁFICO 3. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE DONANTES EFECTIVOS POR MILLÓN DE POBLACIÓN EN CHILE**

GRÁFICO 4. ETAPAS DEL PROCESO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE

El impacto directo de esta disminución, es que el número de trasplantes se ha mantenido inalterable en el tiempo, extendiendo la espera de los pacientes en lista. Es así como, en este momento en Chile, un paciente en lista de trasplante hepático se trasplanta cerca de un año, lo que conlleva un porcentaje de mortalidad cercana al 30%.

De ahí la importancia en definir cuáles son los problemas que enfrentamos actualmente para incrementar el número de donantes de

nuestro país y cuales serían las estrategias más costo-efectivas de implementar, a corto y mediano plazo, para disminuir la brecha existente entre donantes, trasplantes y listas de espera.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

En Chile, la donación de órganos se inicia a principios de los años 80, al alero de la Asociación de Dializados (ASODI), pero no es hasta 1990 en que se crea una institución privada sin fines de lucro, que hasta el día de hoy es la encargada de coordinar todas las etapas relacionadas con la donación de órganos y tejidos para trasplante denominada Corporación Nacional del Trasplante (CNTx).

Como mencionamos, la CNTx, es una institución de derecho privado sin fines de lucro cuya misión es el desarrollo de la actividad de donación y trasplantes en nuestro país. En un inicio se creó una red de coordinadores de trasplantes en los hospitales de Chile con una gran limitante, eran profesionales contratados para otra función y que en forma anexa (ad-honorem) realizaban la actividad de coordinación de trasplantes.

Cuando se analiza el modelo español, lejos el más exitoso en el mundo en donación de órganos, podemos darnos cuenta de dos grandes diferencias en la génesis de ambos sistemas.

- El modelo español ha demostrado que la base del éxito fue la creación de la Organización del Trasplantes española (ONT): Institución dependiente del estado, única nacional, transversal a lo público y privado, que permitió subir de 14 donantes pmp. a una cifra mantenida, en los últimos años, de 33-34 pmp.

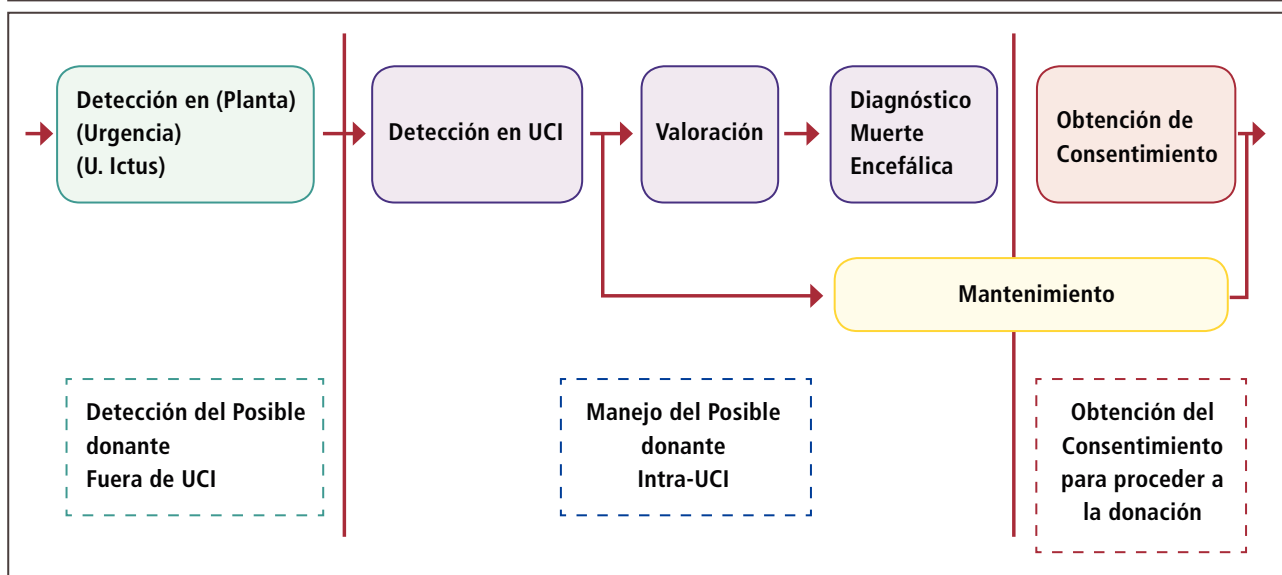
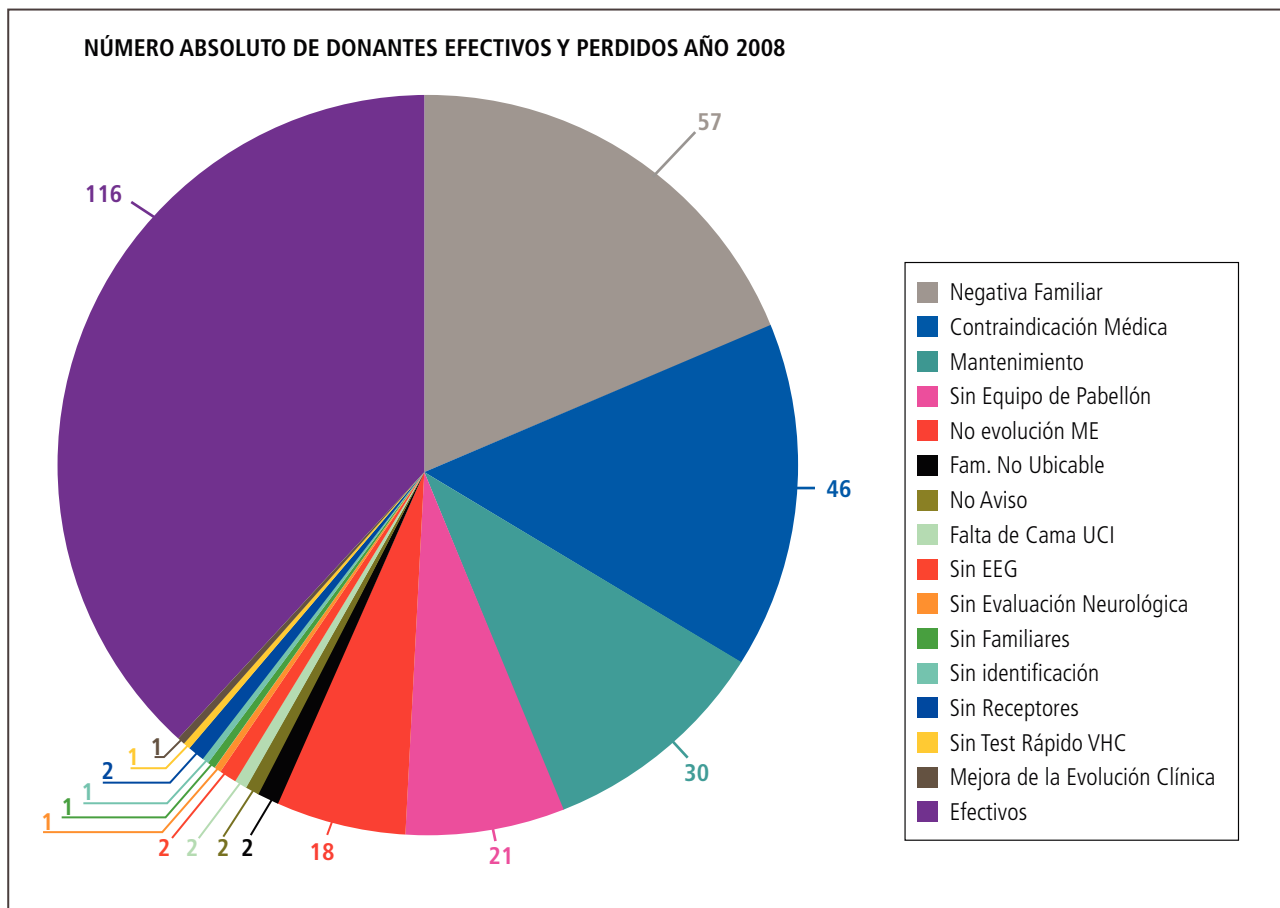
GRÁFICO 5. ESTRUCTURA DEL PROCESO DE DONACIÓN EN MUERTE ENCEFÁLICA PLAN DONACIÓN CUARENTA ONT ESPAÑA

GRÁFICO 6. NÚMERO DE DONANTES NO EFECTIVOS. CLASIFICACIÓN POR CAUSA DE PÉRDIDA (CHILE 2008)

- El mayor impacto de esta organización fue su ingerencia nacional, con funciones de implementar y gestionar los recursos del sistema de salud priorizando la donación de órganos y con énfasis en la fiscalización hospitalaria logrando la máxima pesquisa de potenciales donantes.

Si bien es cierto la CNTx Chile es nacional, no está sustentada dentro del Ministerio de Salud, por lo tanto, no cuenta con las herramientas básicas con que cuenta, por ejemplo, la ONT española como son: *su capacidad de gestión y fiscalización del sistema de salud*. **La Institucionalidad de la ONT está inmersa en una Política de Salud del gobierno español que la ha hecho exitosa.** Además hemos aprendido con el tiempo que la donación es mucho más que solicitar los órganos a la familia de un fallecido e implica otros desafíos derivados de las diferentes etapas del proceso (3).

El modelo español nos mostró que cada etapa de la donación de órganos (Gráfico 4) contaba con una problemática particular y era susceptible de intervención y mejora. Asimismo se pudo determinar que

las tres etapas más importantes para incrementar en forma sustancial la donación de órganos son (4): (Gráfico 5)

a) *Mejorar la Detección de Potenciales Donantes*

b) *La Disminución de la Negativa Familiar (Marco Legal)*

c) *Mantenimiento del Potencial Donante*

Por lo anteriormente expuesto, lo básico para mejorar la donación de órganos de un país es:

Contar con una Política de Salud concordante que priorice la donación de órganos y los trasplantes como un problema sanitario relevante para el país y que dentro de sus funciones se preocupe de **analizar críticamente las diferentes etapas del proceso de donación determinando, las dificultades existentes y los puntos de mejora en el sistema.**

A continuación nos concentraremos en las más importantes.

ANÁLISIS POR ETAPAS: PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE

1) Detección del Potencial Donante:

Corresponde a la **etapa más importante en el proceso**, en especial, por el impacto directo en el número de donantes de un país determinado. Al mismo tiempo, es la más difícil de estandarizar, principalmente, porque involucra dos datos que requieren una fiscalización constante por parte de los sistemas de salud como son: Número de Personas que fallecen en muerte encefálica y Cuántos de estos son identificados como potenciales donantes. La relación de ambos datos nos permitirá conocer la tasa de donación potencial de un área determinada. De ello se deduce que lo más importante es contar con un seguimiento prospectivo de las muertes encefálicas sumado a una fiscalización retrospectiva mediante auditorías de fichas clínicas.

Cuando analizamos los datos poblacionales y estudios existentes nos encontramos con resultados más bien dispares, pero que coinciden en lo siguiente: la tasa de potenciales donantes se sitúa en 50 potenciales donantes por millón de población (5, 6, 7); la tasa de muerte encefálica corresponde al 2-3% del total de fallecidos en un centro hospitalario y corresponden al 14% de los fallecidos en Unidades de Cuidados Intensivos, pero hay que considerar que de este universo aproximadamente un 20% será portador de alguna contraindicación para la donación (7, 8, 9).

En relación a lo anterior, es de suma importancia algo con lo que, de momento, en Chile, no contamos, que es realizar un diagnóstico sobre la capacidad de generar potenciales donantes, ya que los datos internacionales no son fácilmente extrapolables. De igual manera, cada centro asistencial (público o privado), también variará en relación a sus realidades demográficas: población asignada, patología neuroquirúrgica (ACV-TEC), accidentes de tránsito (mortalidad por tráfico), etc.

Estos datos son fundamentales para evaluar los puntos de intervención y así poder definir las estrategias para cada realidad particular. De esto se desprende que, **grandes estrategias nacionales no son suficientes sino está definida la problemática local involucrada**.

Al mismo tiempo, la optimización de la Tasa de Potenciales Donantes pasa por la Detección precoz en unidades de generación que corresponden, principalmente, a Unidades de Emergencia y Unidades de Paciente Crítico; por ende, inevitablemente, debe conocerse la capacidad de recursos sanitarios con los que se cuenta: Infraestructura hospitalaria (camas de UCI; ventiladores mecánicos, equipamiento, personal, etc.); equipos neuroquirúrgicos, laboratorio, capacidad de realizar diagnóstico de muerte encefálica, capacidad de contar con equipos de apoyo, etc.

La mejor manera de operativizar lo anteriormente expuesto es:

a) Fundamentalmente sustentando la actividad en una Política de Salud Pública con recursos y medidas de gestión asignados y donde la donación de órganos se transforme en una prioridad sanitaria; por ejemplo: Mediante compromisos de gestión en base a metas en donación-trasplante.

b) Implementar Programas de Detección de Potenciales Donantes: Con un protocolo de identificación y seguimiento activo de potenciales donantes que tenga toda la información identificando claramente los puntos donde se pierden y atribuyendo responsabilidades sanitarias a cada etapa del proceso.

c) Desarrollar programas educacionales a nivel del personal sanitario: con tal de unificar conceptos y criterios al momento de enfrentar un potencial donante.

d) Contar con un equipo profesional de Coordinación de Trasplantes Intrahospitalario: Esta coordinación será responsable de integrar todas las acciones relacionadas con la pesquisa de potenciales donantes, llevar registros de muertes encefálicas, definir estándares locales de calidad, desarrollar programas de detección de donantes y su fiscalización; al mismo tiempo que desarrollará protocolos y metas a alcanzar por el centro asistencial en cuestión. Lo ideal es que los equipos de coordinación dependan directamente del Director de la Institución; sean independientes de los equipos de trasplante y den cuenta de su gestión a la dirección del establecimiento como a la Coordinación Nacional del país.

2) Mantenimiento del Potencial Donante:

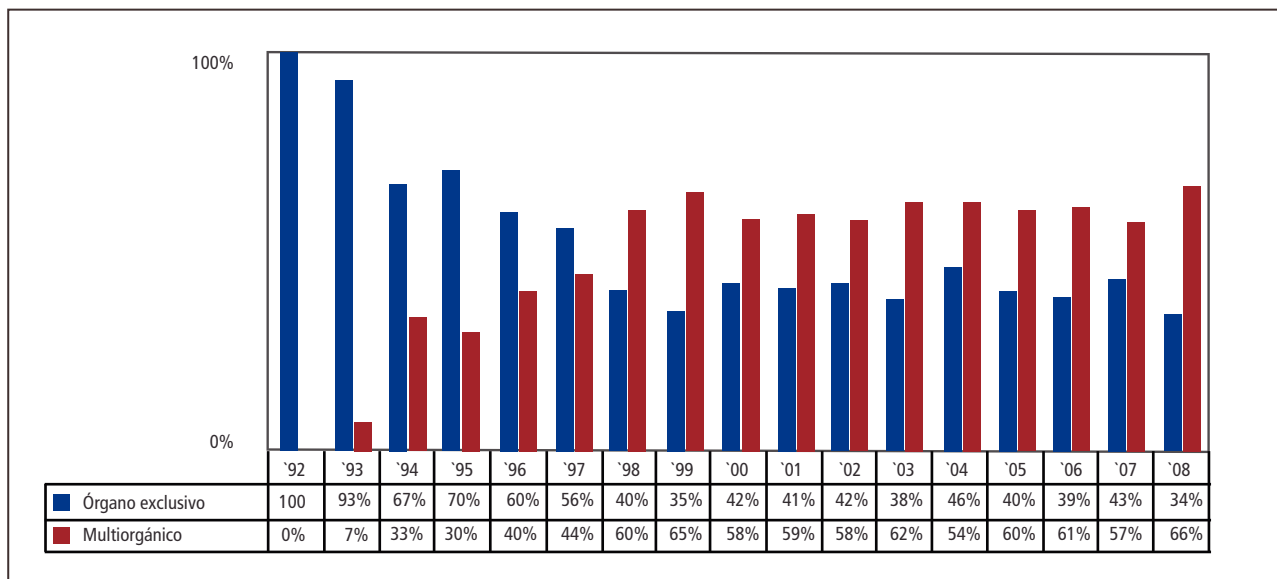
Una vez seleccionados los potenciales donantes es necesario mantener, lo más estable, las variables internas del organismo con tal que la mayor cantidad de órganos sean viables y puedan ser trasplantados. Un mantenimiento inadecuado condiciona pérdida de donantes pero, más aún, implica deterioro en la calidad del proceso que se puede traducir en órganos sub-óptimos y trasplantes de mayor riesgo.

En estudios españoles (8, 10, 11), se observó, que entre un 8-14% de los potenciales donantes se perdían por problemas derivados del mantenimiento, en especial, por paro cardíaco. En Chile la situación no difiere del todo, la pérdida de potenciales donantes, por problemas de mantenimiento, corresponde a la segunda causa de pérdida (por debajo de la negativa familiar) estimándose en un 16% (2) (Gráfico 6).

Para mejorar este punto es indispensable que las unidades de paciente crítico (UPC) asuman que son ellas, finalmente, las responsables del manejo de los potenciales donantes. Un manejo precoz, oportuno, con personal entrenado en el tema y, lo más importante, protocolizado, se traduce en disminución de pérdida de potenciales donantes y en una mayor cantidad de órganos viables para trasplante.

En los últimos años, en Chile, hemos logrado incluir a nivel de la Sociedad de Medicina Intensiva el tema: logrando que, el año 2008, más del 80% de los potenciales donantes se hayan manejado en UPC y Protocolizar el mantenimiento de potenciales donantes lo que también se ha visto reflejado en que ya hace +- 4 a 5 años que más del 60% de los donantes en Chile son multiorgánicos (2) (Gráfico 7).

Por lo tanto la respuesta a ¿Cómo resolveré este punto? está en:

GRÁFICO 7. DONANTES MULTIORGÁNICOS V/S ÓRGANO EXCLUSIVO EN CHILE 2008

a) Incluir a **UPC como responsables** en el manejo de potenciales donantes.

b) **Capacitación de UPC** en el tema

c) **Protocolización de manejo del potencial donante** transmitiendo en forma continua los avances que vayan apareciendo en el tema.

3) **Disminución de Negativa Familiar: Marco legal:**

Es indispensable, para sustentar una programa nacional de donación de órganos y tejidos de un país, que se cuente con una legislación concordante con las expectativas y metas establecidas. Internacionalmente se ha recomendado que toda legislación debiera incluir los siguientes puntos :

- a) Criterios para el diagnóstico de muerte encefálica.
- b) Tipo de consentimiento a la donación.
- c) Registro y confidencialidad de los datos tanto de los donantes como de los receptores de órganos.
- d) Necesidad de evitar, perseguir, denunciar y condenar cualquier forma de comercio de órganos.
- e) Forma de acreditación de la actividad de procuramiento y trasplante de órganos.

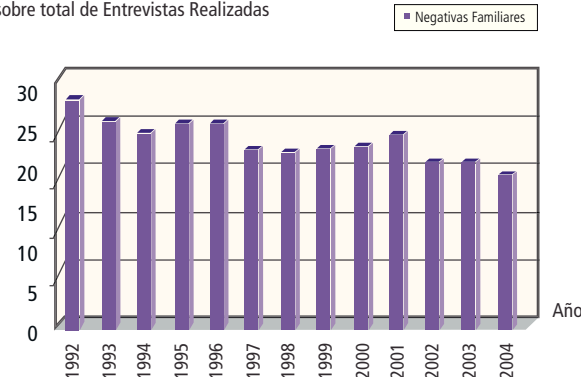
En Chile, desde la publicación de la Ley de Trasplante 19.451 del año 1996, el concepto de muerte encefálica dejó de ser un problema. Están claramente definidos los criterios para el diagnóstico, consensuado por la comunidad neurológica y amparado incluso con el fallo del tribunal constitucional del año 1995 que califica la muerte por criterios encefálicos como la muerte en Chile sin diferenciación de la muerte definida

por criterios cardiovascular. Al mismo tiempo, el castigo al comercio de órganos también está plenamente definido (12).

Desde el año 2007 que se venía gestionando, en nuestro país, una modificación legal para cambiar el tipo de consentimiento vigente (desde consentimiento expreso a consentimiento presunto) con el objetivo de corregir el profundo déficit de donantes del último tiempo. Esta ley, finalmente, se firma el 06 de enero de 2010 poniéndose en vigencia a contar del año en curso.

GRÁFICO 8. EVOLUCIÓN DE NEGATIVA FAMILIAR EN ESPAÑA. ONT. 1992-2004

Porcentaje de Negativa Familiar sobre total de Entrevistas Realizadas



La importancia del porcentaje de donantes perdidos por negativas familiares obliga, cada cierto tiempo a los países a elegir y modificar cierto tipo de consentimiento y, en ese momento, aparece el debate entre quienes defienden la necesidad de instaurar leyes de consentimiento presunto estricto (se nace o se transforma automáticamente en donante a determinada edad) y quienes defienden la idea de seguir solicitando autorización a las familias de los fallecidos.

Si bien es cierto, el consentimiento presunto, parecería lógico que mejorara las tasas de donación (13) no es menos cierto que conlleva una gran problemática (14):

- a) Son difíciles de implementar por el rechazo a la imposición por parte de la población general.
- b) Para su implementación necesita la creación de un registro de no donantes (que se asocia a una infraestructura onerosa y difícil de implementar).
- c) Necesita un profundo proceso de educación y capacitación de la población general y el personal de salud.

El caso de España es interesante porque refleja esta dualidad. Como país, cuentan con las cifras más exitosas en donación de órganos a nivel mundial con cerca de 34 donantes pmp y una legislación que consagra el donante presunto, pero que operativamente no se utiliza como tal. Es decir, en *España toda donación pasa por un proceso de comunicación y entrevista familiar*. Es más, en encuestas poblacionales se vio que, a pesar que España es muy favorable a la donación, la mayoría de los españoles está en contra de cambiar esta forma de funcionamiento y sólo el 6% piensa que la extracción de órganos debiera llevarse a cabo sin preguntar la opinión de la familia (15, 16). Cuando se analizan las cifras de España, vemos que tardaron más de 10 años para disminuir a menos del 20% las cifras de negativa familiar (Gráfico 8). Tal como lo demuestran diferentes encuestas, la población general en forma espontánea se manifiesta proclive a la donación (16, 17).

Comparando esta situación, vemos que en Chile, la percepción social hacia la donación es sumamente positiva: según encuestas públicas (18) más del 85% de los chilenos se manifiesta proclive a la donación y al existir una voluntad positiva expresa (carnet, autorización notarial, voluntad verbal, etc.) más del 90% de las familias respeta esa voluntad. Si a esto sumamos que, las cifras de negativa familiar (Gráfico 9) se han mantenido en valores promedio de 35% (prácticamente inalterables en los últimos 10 años) podemos deducir que, si bien es cierto, las cifras de negativa familiar son perfectibles, lo más importante para aumentar el número de donantes sigue siendo aumentar la pesquisa de éstos (2).

Los dos hechos más relevantes de la nueva legislación vigente en Chile (y a los que pocos han prestado atención) son:

- 1) Existirá confidencialidad de los datos de los donantes y

los receptores: lo que terminará con la publicación, en los medios de comunicación, de las identidades de tanto los donantes como de los receptores, de trasplantes de órganos.

- 2) **El Ministerio de Salud será responsable de generar una Coordinadora Nacional de Trasplantes:** El Estado cobra un papel preponderante en el éxito de las políticas para enfrentar la escasez de donantes.

Los modelos exitosos en el mundo nos han enseñado que cambios en la legislación por sí mismos, no asociados a una Política de Salud y a la Educación de la población, no condicionan un aumento automático en las tasas de donantes de un país.

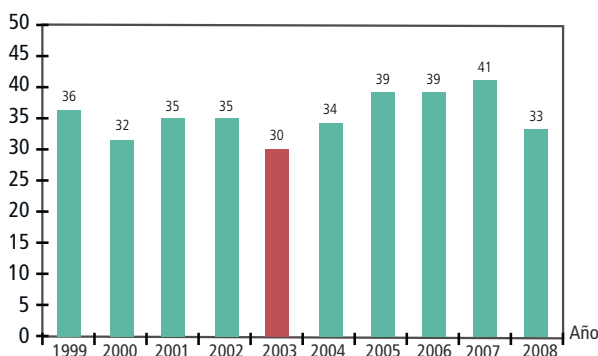
Paralelamente, es vital educar también a los medios de comunicación ya que las noticias negativas pueden ser una vía confundente frente al tema. Nadie puede plantear que los temas conflictivos en trasplante son "invento de los periodistas", pero está claro que los medios deben contar con todas la herramientas para que esas preguntas reales que pueden surgir, sean contestadas en forma oportuna, precisa y correcta.

Finalmente la mejor forma para disminuir la negativa familiar es:

- a) **Contar con personal de salud cada vez más entrenado en la comunicación de malas noticias y con personal dedicado al procuramiento especializado en el acercamiento familiar.**
- b) **Cambiar la percepción negativa que pudiera tener parte de la población general con Educación** con tal de desmitificar aquellas dudas razonables que rodean el proceso: tráfico de órganos, inequidad en el acceso a trasplantes (listas de espera) y el mismo concepto de muerte encefálica.

GRÁFICO 9. EVOLUCIÓN DE LA NEGATIVA FAMILIAR EN CHILE 1999-2008

Porcentaje de Negativa Familiar sobre total de Entrevistas Realizadas



CONCLUSIÓN

La necesidad de órganos para trasplante es una realidad en el mundo, y la mayoría de los países no han logrado disminuir la brecha existente entre, la falta de donantes, y el crecimiento exponencial de las listas de espera.

Como hemos expuesto, este déficit no se subsana sólo con una legislación eficiente, sino que, lo más importante, es que vaya ligado a una

Política de Salud que le dé institucionalidad a la actividad priorizando la donación de órganos y concentrando sus acciones en: la Pesquisa de Potenciales Donantes (creación de organización nacional de trasplantes, realización de un diagnóstico local y nacional de capacidad de generación de donantes, creación de coordinaciones locales de trasplante, coordinación con los UPC, etc.) asociado a la Capacitación Continua del personal de salud y la Educación de la población general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Registro Nacional de Trasplante de Órganos. Sección de Histocompatibilidad. Subdepartamento de Inmunología Instituto de Salud Pública. 2002-2007.
2. Memorias Anuales. Corporación del Trasplante. 1993-2009.
3. El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes. Rafael Matesanz. Aula Médica Ediciones. 2008. Pag. 1-9.
4. Benchmarking de Procesos y Donación de Órganos. Plan Donación Cuarenta. Organización Nacional de Trasplantes. Proceso de Donación en Muerte Encefálica. Pag. 4-6. Junio 2008.
5. Garrison RN, Bentley FR, Raque GH, et al. There is an answer to the shortage of organ donors. Surg. Gyn & Obst. 1991; 173: 391-396.
6. Aranzabal J, Navarro A, Gil J et al. Capacidad Generadora de Donantes. Potencial de donación en distritos CCAA Españoles. X Reunión Nacional de Coordinadores Santander Mayo 31/junio 2 1995.
7. R. Mizraji, S. Pérez, I. Álvarez. Epidemiología de la muerte encefálica. Capacidad Generadora de Donantes. Revista Española de Trasplantes. 2002, Vol 12 Número 4.
8. Navarro A, Brain death epidemiology. The Madrid Study. Transp. Proc. 1996; 28: (in press).
9. Gore SM, Cable DJ, Holland AJ. Organ donation from intensive care units in England and Wales. Two year confidential Audit of deaths in intensive care. B.M.J. 1992; 304: 349-355.
10. Evans Rw, Orians CE, Ascher NL. The potential supply of organ donors. JAMA 1992; 267: 239-246.
11. Cabrer C. Aplicación del diagrama ASME al proceso de obtención de órganos para Trasplante Ed. by University of Barcelona. 1994.
12. Ley de Trasplantes 19.451. Chile. Marzo 1996.
13. Roels L, Varenterghem Y, Waerm Christiaens MR et al. Three years of experience with a "Presumed Consent Law" in Belgium: Its impact on multiorgan donation. Transp. Proc. 1.991; 23: 903-904.
14. Kittur DS, Hogan MN, Thurkay KJ et al. Incentives for organ donation. Lancet 1991; 338: 1441-1443.
15. Martin A. Donación de órganos para trasplante: Aspectos psicosociales. Nefrología 1991; 11: 62-68.
16. Martin A, Martinez JM, López JS. La donación en España: Un estudio sobre los aspectos psicosociales In: Coordinación y Trasplantes. El modelo Español. Ed. by R. Matesanz, B. Miranda, Ed. Aula Médica. Madrid 1995 pp 143 164.
17. The Gallup Survey. The American public attitudes towards organ donation Boston MA. S Princeton, New Jersey : Gallup organisation
18. Encuesta Poblacional: Donación de Órganos: IPSOS Chile. 2002-2007.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.