

# Realidad y perspectivas de la captación de órganos de donante cadavérico para trasplante en el Perú

P. Méndez Chacón, M. Camacho

Servicio de Nefrología. Hospital Edgardo Rebagliati M. I.P.S.S. Lima (Perú).

## Introducción

En junio de 1982 fue promulgada la Ley 23415, denominada «Ley de trasplantes de órganos y tejidos de cadáveres, así como de personas vivas», la cual fue modificada por la Ley 24703 de junio de 1987 y su reglamento, aprobado en 1988. Las leyes aludidas tienen en su articulado un justificado afán por aumentar la disponibilidad de órganos provenientes de personas fallecidas en la condición de «muerte cerebral». Lamentablemente, tan noble propósito no cumple en la práctica el objetivo trazado debido en parte a algunos «vacíos» legales, a la falta de operatividad del «Registro Nacional de Donantes», pero fundamentalmente al bajo nivel de información. En 1965 se realizó en la ciudad de Ica el primer trasplante renal en el país, con órganos de donante cadavérico (DC); en el año 1970 el Hospital Edgardo Rebagliati (HERM) realiza con éxito su primer trasplante renal de DC. Desde esa fecha a diciembre de 1991 se han realizado 16 trasplantes de DC. En el Perú actualmente se tienen alrededor de 1.200 pacientes en programa de hemodiálisis crónica, de los cuales el 60 % han sido categorizados como potenciales receptores para trasplante renal (TR).

El presente trabajo se diseñó con el criterio de evaluar la experiencia del recién creado equipo de Procuramiento Renal (PR) del HERM, de cuyos objetivos, el fundamental fue el de analizar los diversos impedimentos que existen en la población para la autorización de donación de órganos del familiar declarado legalmente fallecido. Como resultado de nuestra experiencia es el haber logrado el incremento de donaciones de riñones de DC en número de 18 en siete meses, comparado con 14 donaciones cadavéricas en 21 años en nuestro hospital. Estas cifras grafican que nuestra población tiene sentido de solidaridad humana, habiendo recurrido los autores para tal fin a un sin número de proyectos.

Correspondencia: P. Méndez Chacón  
Servicio de Nefrología  
Hospital Edgardo Rebagliati  
Lima (Perú)

## Material y métodos

El presente trabajo es de carácter prospectivo y se realizó entre los meses de febrero a agosto de 1992, para lo cual se confeccionó una planilla que fue aplicada a cada una de las 17 gestiones de casos de pacientes detectados con diagnóstico de muerte cerebral para trasplante renal; 14 de ellos fueron llevados a cabo en el HERM, uno en el Hospital Honorio Delgado, de Arequipa; uno en el Hospital San Juan de Dios, del Callao, y finalmente un caso-gestión en una clínica privada de Lima.

Se definió muerte cerebral a la cesación irreversible de la actividad cerebral y cesación de función respiratoria en aplicación de la Ley 23415, levantándose un acta de muerte cerebral con participación del Comité de Comprobación de Muerte Cerebral (CCMC), que está conformado por el jefe de guardia del Servicio de Emergencia, médico intensivista y el neurólogo o neurocirujano. El potencial donante después es evaluado luego por el equipo PR de acuerdo al protocolo establecido; el equipo PR inicia la gestión de autorización de donación de órganos, aplicando la planilla-registro con la siguiente información:

1. Unidad hospitalaria donde fue detectado.
2. Edad del donante potencial.
3. Causa de la muerte súbita.
4. Nivel de instrucción de los familiares que la autorizan.
5. Prejuicio religioso existente en la familia del donante.
6. Impedimento legal para continuar con la gestión de donación.
7. Desconocimiento del fin de la donación por la familia.
8. Verificar el grado de solidaridad de los familiares.
9. Muerte cerebral no aceptada como sinónimo de fallecimiento.
10. Desconocimiento de la Ley de Trasplantes de Órganos.
11. Donación condicionada a reciprocidad.
12. Sensibilizar a los familiares acudiendo a la unidad de hemodiálisis.

13. Deseo expreso de donación por parte del paciente.
14. Colaboración del médico o paramédico relacionado con la familia.
15. Horas de gestión del procuramiento renal.

**Resultados**

Los resultados se presentan en tablas y figuras.

**Tabla I.** Distribución por sexo del potencial donante. Febrero 1992-agosto 1992

Sexo	Número	%
Femenino .....	7	36
Masculino .....	10	64
Total .....	17	100

**Tabla II.** Distribución por edad del potencial donante

Edad	Número	%
0-10 años .....	1	7
11-20 años .....	1	7
21-30 años .....	4	21
31-40 años .....	7	42
41-50 años .....	2	14
Más de 51 .....	2	14
Total .....	17	100

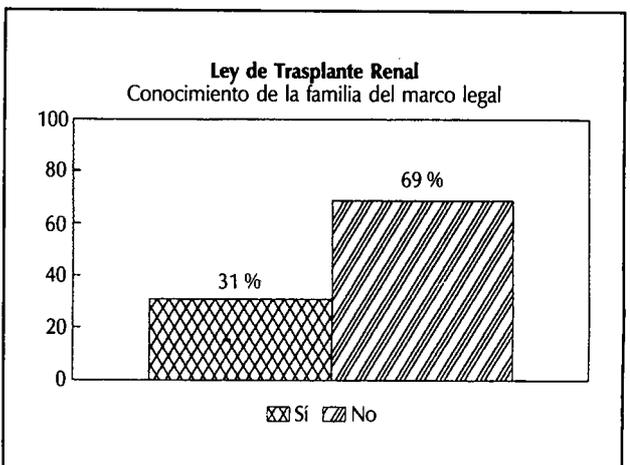
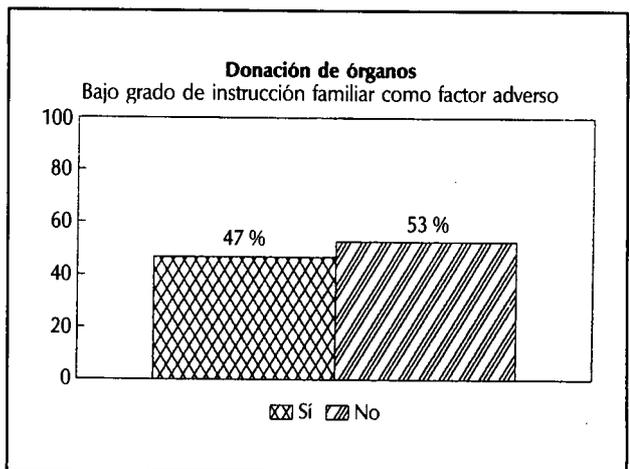
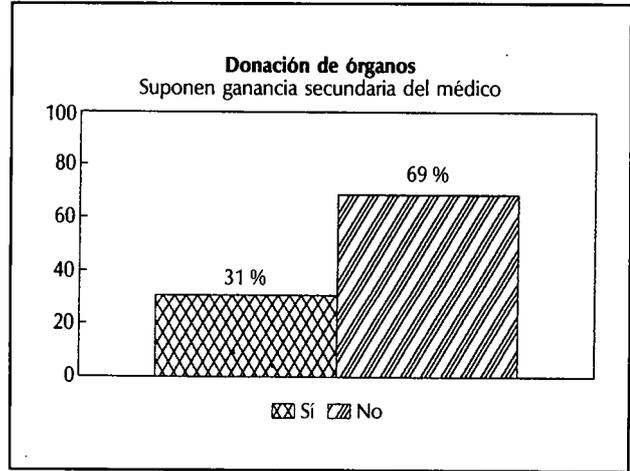
**Tabla III.** Distribución por procedencia

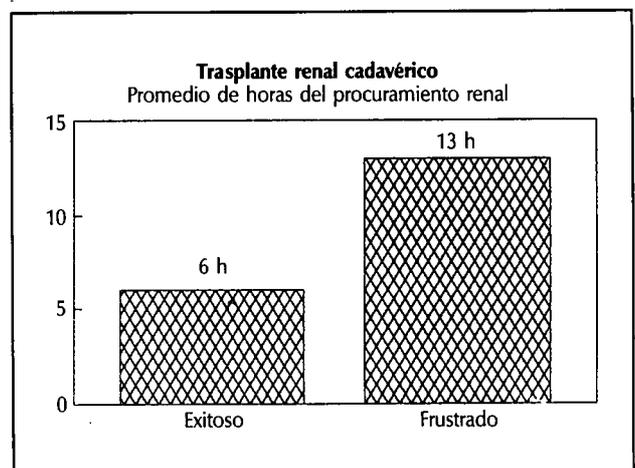
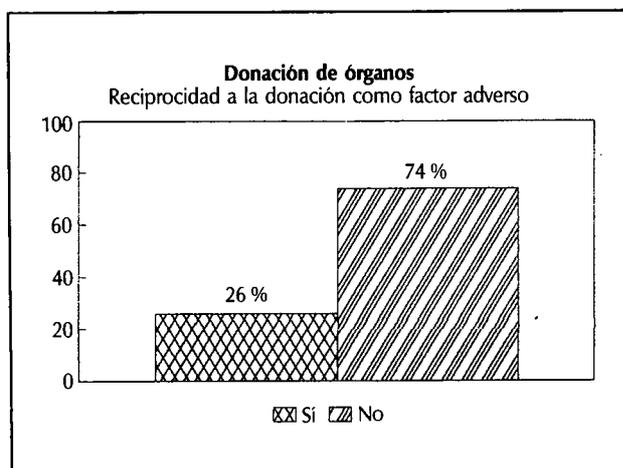
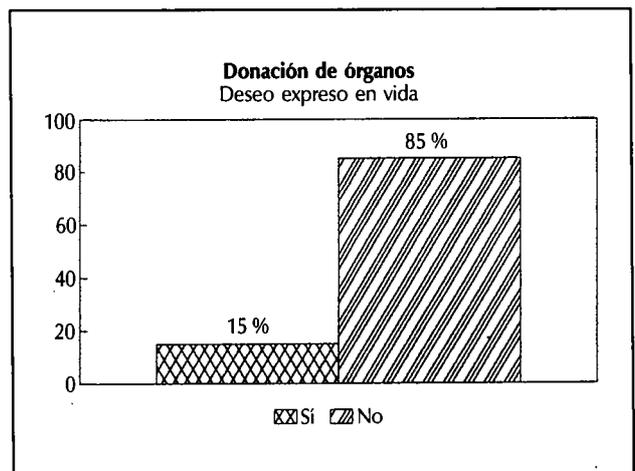
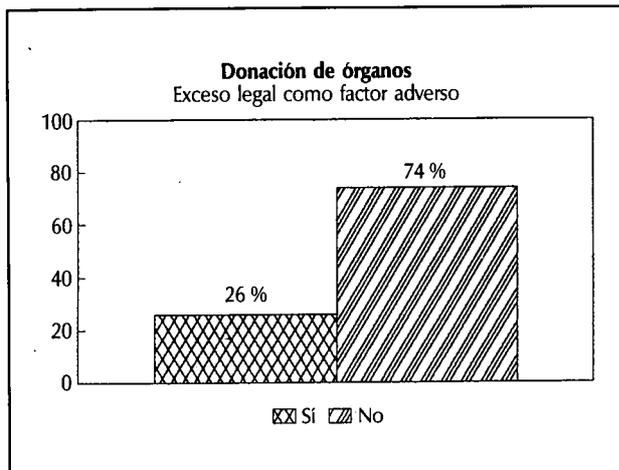
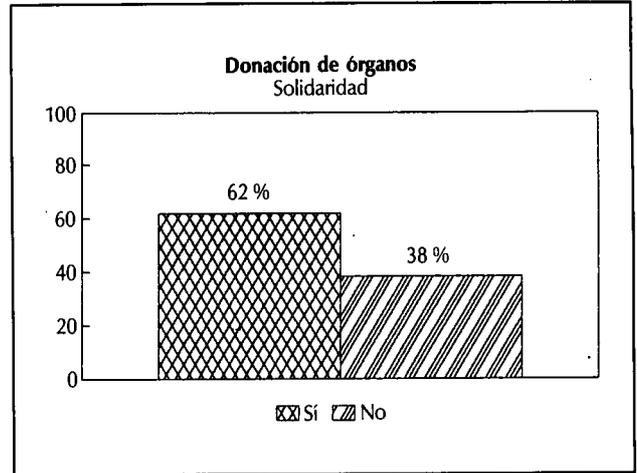
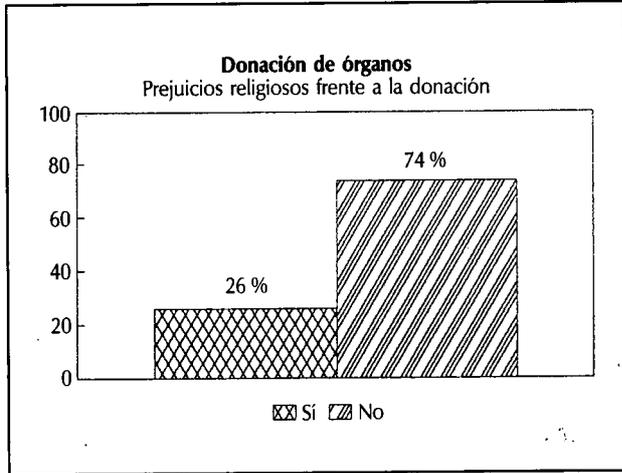
Procedencia	Número	%
HERM (IPSS) .....	14	79
Min. Salud* .....	2	14
Total .....	1	7

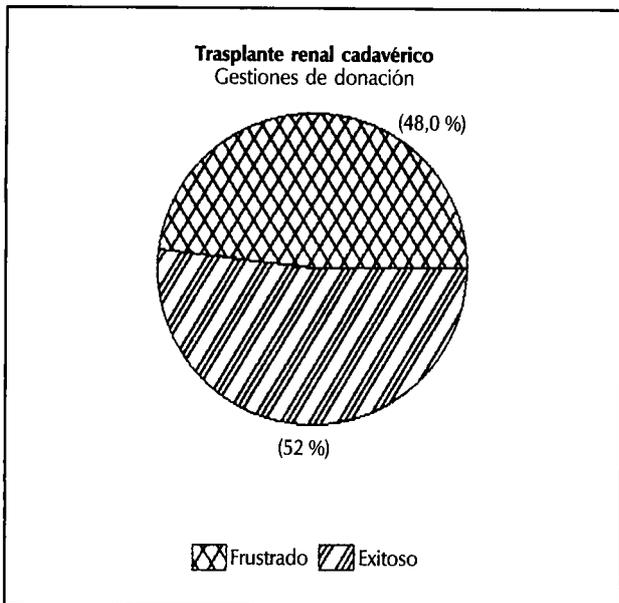
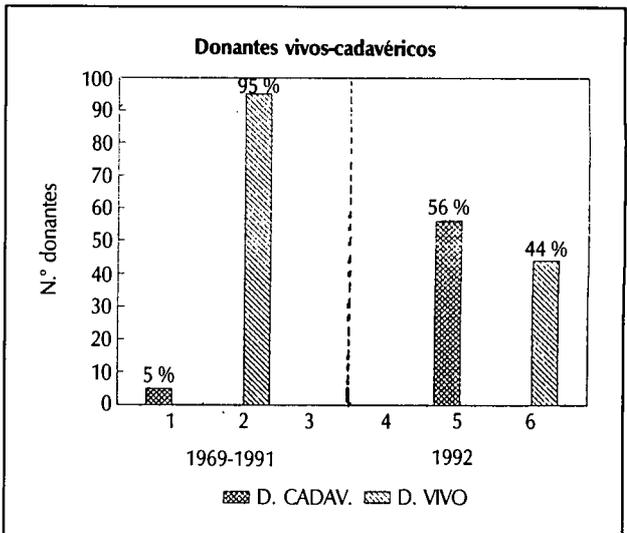
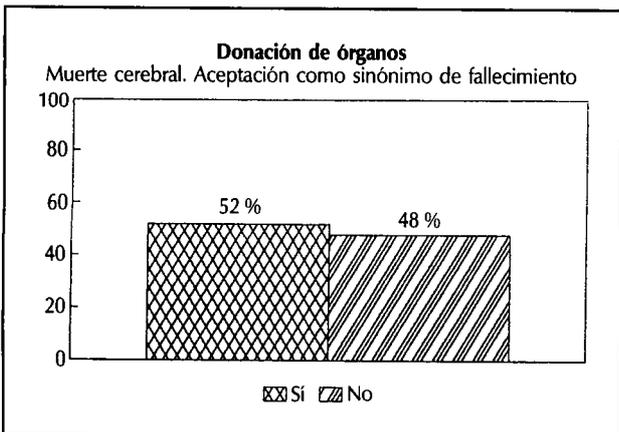
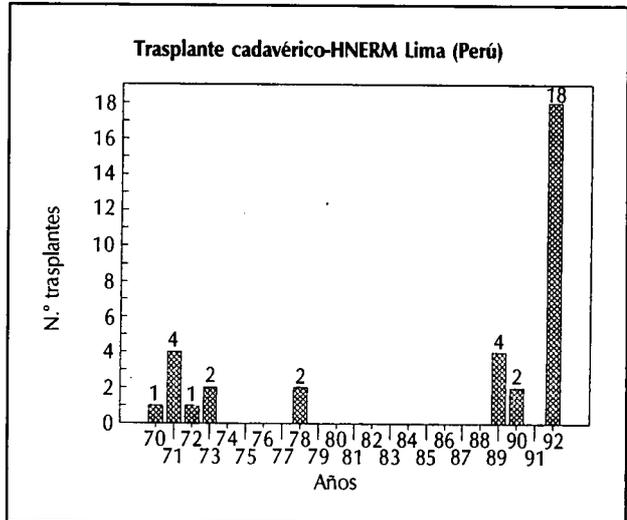
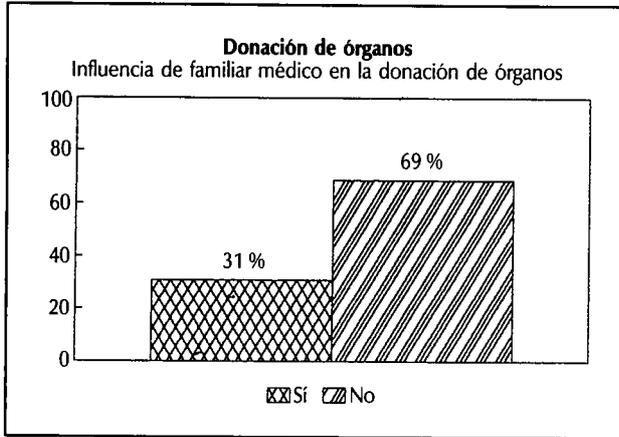
\* Un caso en Arequipa.  
 - Un caso en Callao.

**Tabla IV.** Distribución según causa de muerte del donante potencial

Causa de muerte	Número	%
Ruptura aneurisma cerebral .....	7	40
TEC por accidente tránsito .....	4	27
Homicidio arma de fuego .....	1	7
Desequilibrio salino-cólera .....	1	7
Toxemia severa .....	2	7
Paro respiratorio sala operaciones .....	1	7
Anencefalia .....	1	7
Total .....	17	100







**Discusión**

La donación de órganos provenientes de cadáveres constituye la fuente más importante en materia de trasplante. Revisando las casuísticas de países latinoamericanos, la experiencia colombiana reporta que el 86 % de los trasplantes renales son de donante cadáver; en el caso de trasplante renal en niños, en la experiencia mexicana, la procedencia de los riñones en el 80 % fue de donante vivo relacionado y en un 20 % procedieron de cadáver; pero la experiencia cubana es la más resaltante, la cual reporta 567 trasplantes renales entre 1970 a 1982, donde puede apreciarse que sólo dos fueron realizados en base a donantes vivos relacionados.

Estas cifras contrastan con lo que ocurre en nuestro

país, particularmente en el HERM, donde la fuente de dador cadavérico era del orden del 5 %. Desde 1969, en que se inician los trasplantes renales en el HERM, a diciembre de 1991, nuestro hospital realizó 315 trasplantes (la serie más grande de nuestro país), 16 de los cuales procedieron de cadáver, es decir, teníamos un promedio de 0,8 trasplantes de DC por año. Esta reducida cifra ameritó que los coordinadores del Programa de Trasplante Renal en el presente año implantaran el llamado equipo de Procuramiento Renal, siendo asignados los suscritos para cumplir este cometido.

La labor de este equipo es la de detectar en cada una de las unidades críticas de nuestro hospital a pacientes que reúnen criterios de donante potencial. La tarea es laboriosa e impredecible al iniciar las gestiones con los familiares a fin de obtener la autorización para la donación.

En los siete meses que se viene desarrollando este proyecto ya se tiene una resultante de 18 trasplantes de donante cadáver, que representan un incremento del 5 al 56 % del total de trasplantes realizados en lo que va de año. Estos resultados alentadores elevarían la cifra promedio de 0,3 a 31 trasplantes de donante cadáver por año en nuestro hospital.

Se han detectado varios factores enraizados en nuestra población que han ocasionado prolongadas horas de procuramiento, como es el caso de la gestión realizada en el Hospital Honorio Delgado, de Arequipa (26 hs.).

Así tenemos que en el 31 % de las gestiones de donación, los familiares ignoraban que nuestras acciones médicas tuvieran el respaldo jurídico en materia de trasplante renal. Los prejuicios religiosos de los familiares están dados por el culto al fallecido, prefiriendo «enterrarlos completos». Esta limitante ha alcanzado hasta un 26 % de nuestra casuística.

Lo más preocupante para desarrollar esta labor es que se tiene la idea de que detrás de la búsqueda de un donante cadáver pueda existir el interés de ganancia secundaria para el médico, como se ha señalado en el 31 % de nuestras gestiones de donación.

La concomitancia de tener bajo grado de instrucción en el entorno familiar ha sido motivo de pérdidas de donantes a causa de la negativa familiar, como lo observado en cinco de las ocho gestiones frustradas.

Otro factor limitante lo ha constituido la poca cultura médica que tiene nuestra población, que no acepta que la cesación irreversible de la actividad cerebral o de la cesación respiratoria sea sinónimo de fallecimiento. «La con-

tinuación del latido cardíaco es signo de que aún hay esperanza de vida», manifestaron los familiares de cinco de las 16 gestiones de donación.

La venta de órganos de donantes vivos ha influido en nuestra población para perder el sentido de solidaridad a la donación, por lo que buscan la reciprocidad de los beneficios al trasplante renal. En nuestra experiencia ello alcanzó el 26 %.

El ofrecimiento de estipendios por instituciones (IPSS) a los deudos, de acuerdo a lo observado, no ha incrementado la motivación de donación. La gestión que se inicia en el domicilio del donante potencial ha sido exitosa en dos de las tres gestiones. Esta labor generalmente se tiene que realizar cuando los familiares no acuden al centro hospitalario y el fallecido se encuentra hemodinámicamente inestable. La labor de sensibilizar a la familia acercándolos a los pacientes que se encuentran en pleno tratamiento hemodialítico nos ha aportado hasta el 60 % de éxito de nuestras gestiones de donación.

Se ha observado que la participación en grupo familiar de un pariente médico o paramédico ha constituido un factor coadyuante de capital importancia en la labor persuasiva, como lo demuestran cuatro de las seis gestiones exitosas.

El desconocimiento de la importancia de la captación de órganos trasciende no sólo a nivel de población, sino también a nivel de sus autoridades, quienes con un buen nivel de formación profesional no se encuentran sensibilizados para facilitar la donación de órganos. Tal es el caso de la pérdida de cuatro donaciones a pesar de tener la autorización previa de la familia. Estos casos lo constituyen los fallecidos por accidentes de tránsito. Esta situación de exceso legal de autoridades judiciales por practicar la autopsia ocasionará la pérdida continua de órganos.

El consentimiento expreso del donante facilitaría enormemente el trabajo de procuramiento; esto lo hemos observado en tres de nuestras gestiones exitosas. El haber analizado la evolución de cada uno de los procuramientos nos ha permitido predecir el tiempo que se emplea para obtener la donación. Hemos observado que el incremento de factores adversos ocasiona tratamientos más prolongados, llegando a un promedio de 12 horas en el caso de los procuramientos frustrados, comparado a seis horas promedio de los exitosos.

Los factores adversos relatados constituyen una gran tarea para revertirlos y así mejorar el logro alcanzado con este inédito trabajo.