

Principales causas de negativa familiar a la donación de órganos y tejidos: 10 años de experiencia en un centro latinoamericano

Main causes of family refusal to organ and tissue donation: 10 years of experience in a latin american center

Sr. Director:

La donación de órganos consta de un acto voluntario, desinteresado y altruista. Se ha avanzado en el desarrollo de procedimientos que mejoran los procesos clínicos, quirúrgicos y logísticos alrededor de los trasplantes. Así mismo, cada país ha desarrollado estrategias para fortalecer el proceso de donación. En Colombia, desde el año 2004 funciona la Red de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos, conjunto de entidades relacionadas con los procesos de donación¹.

A pesar de los esfuerzos, la negación a la donación de órganos constituye una problemática actual, que evoca varios mitos y creencias de la sociedad.

En estudios de encuestas de opinión pública se ha reportado que solo el 75% de los encuestados están a favor de la donación. A nivel mundial del total de los potenciales donantes (PD) se realiza una entrevista familiar al 85% de estos y se otorga el consentimiento para la donación solo en el 47% de ellas².

La negación para la donación de órganos parte de mitos, creencias y percepciones de las personas. De modo que estos temores inciden en la negativa de las familias para consentir la donación de los órganos de su familiar fallecido³.

Realizamos un estudio retrospectivo observacional en la Clínica Fundación Valle del Lili (FVL) en Cali, Colombia; con el fin de identificar las principales causas de exclusión de donantes, los argumentos en contra y las barreras a la donación de órganos, revisando el registro de donantes efectivos y no efectivos de la Unidad de Trasplantes de la FVL entre enero de 2007 y abril de 2016. Se incluyeron 2.185 PD; 1.024 pacientes fueron excluidos ya que no progresaron a muerte encefálica (ME).

Del grupo de pacientes con diagnóstico de ME (n = 1.161), al 33% no se le realizó solicitud de donación a la familia debido a la salida del protocolo por: contraindicación clínica (78,8%), paro cardiorrespiratorio (18%) u otras causas (3%).

Se realizó solicitud de donación de órganos a un 67% de las familias de pacientes con diagnóstico de ME; de los cuales hubo negativa familiar en un 23% y se documentó el motivo de esta en el 64% de los casos (fig. 1).

Comparando el porcentaje de negativas familiares obtenido en la FVL durante el periodo de estudio frente a la situa-

ción registrada a nivel nacional se evidencia que la FVL tiene un porcentaje menor de negativa familiar para la donación de órganos (fig. 2). Este descenso puede explicarse por la implementación de programas de educación en coordinación de trasplantes al personal de salud encargado del abordaje de las familias, además el inicio del diplomado en Coordinación Operativa de Trasplantes de la Universidad Icesi/FVL; mejorando el proceso de tratamiento médico del potencial donante, el protocolo de abordaje de las familias y la organización del mismo.

Gómez et al., reportan 10 causas de negativas familiares obtenidas a partir de un estudio multicéntrico en España entre 1993-1994, la más frecuente fue la «presunta negativa del fallecido en vida» (40,7%), seguida por «la familia no quiere» (24%)⁴. En nuestra experiencia se registró en el 31% el «no rotundo» como la causa de negativa familiar y en el 17% «respeto a la voluntad del paciente»; en contraste con el reporte del estudio español.

Otras causas de negativa familiar como respeto a la «voluntad en vida del familiar» a no ser donante y la disociación familiar evidencian la importancia de comunicar el deseo en vida a los familiares. Adicionalmente se evidenció acceso limitado a la información sobre la donación de órganos y el diagnóstico de ME, lo que genera una barrera para la comprensión del diagnóstico y en consecuencia a la donación de órganos⁵.

De acuerdo a lo reportado por Cuende et al. en 2001⁶ entre 1998-2000 las negativas familiares originaron entre el 23 y el 25% de las pérdidas de PD en ME, similar a lo encontrado por nosotros. Sin embargo en el informe que incluye los años 1998-2013 la negativa familiar fue del 10,9% del total de entrevistas⁷. Nuestra cifra es del 23%, lo que indica que se pueden seguir implementando estrategias para ser más asertivos con las familias de los PD.

Desde el año 2014 la FVL, siguiendo el modelo español de donación de órganos y tejidos⁸ se ha establecido como «Hospital donante». Campaña en la que se adopta una figura y cultura institucional que fomenta la educación al personal de salud y a los vinculados desde la academia; convirtiéndolos en conocedores de la importancia de llevar a cabo un proceso organizado y humanizado.

En conclusión, según nuestra experiencia, es importante continuar con un proceso protocolizado del abordaje de las

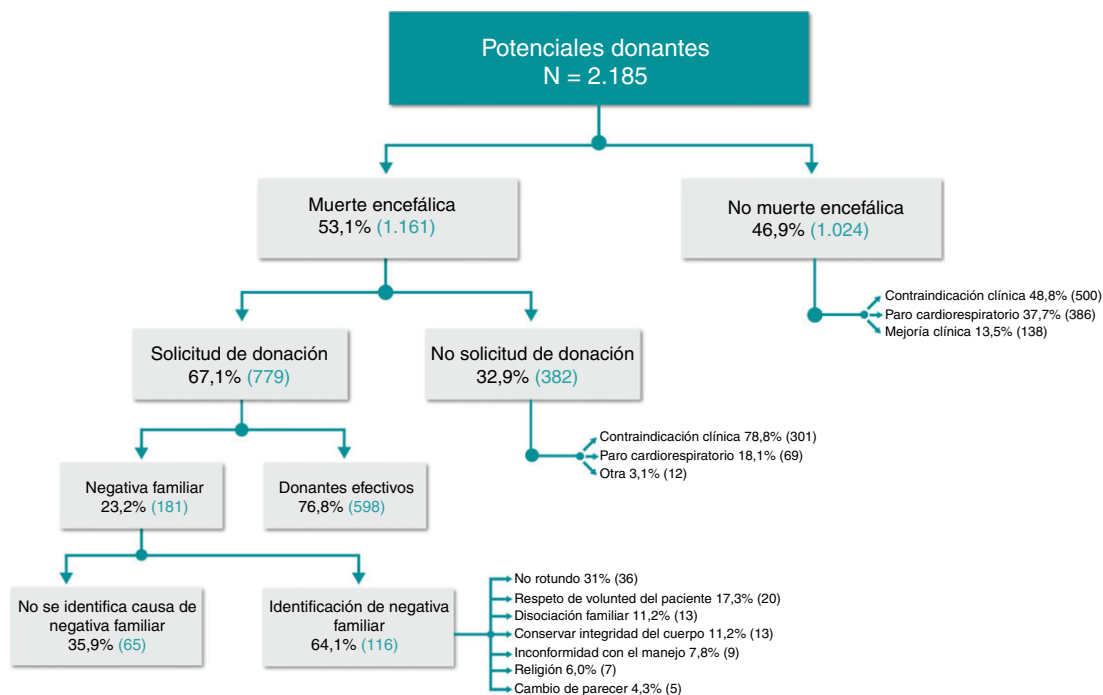


Figura 1 – Potenciales donantes registrados en el periodo de enero 2007-abril 2016 en la Fundación Valle del Lili y causas de negativa familiar.

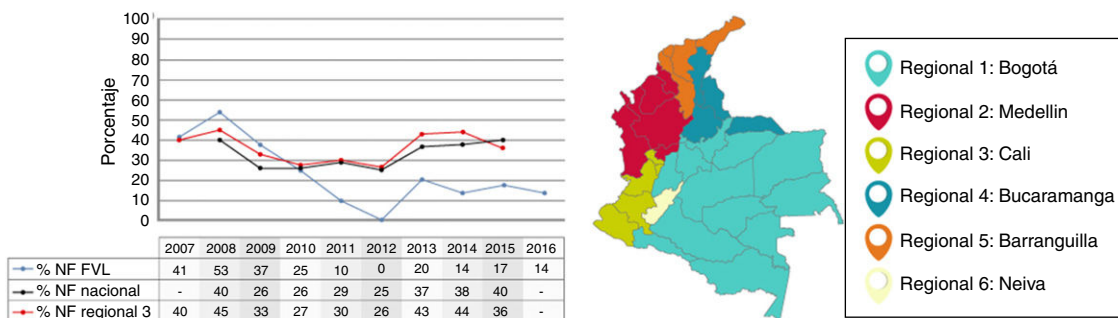


Figura 2 – Coordinaciones regionales de donación y trasplantes de Colombia. Porcentajes de negativa familiar por año en la Fundación Valle del Lili, Coordinación Regional 3 y Nacional.

familias de los PD de órganos y tejidos tanto en hospitales trasplantadores como en hospitales generadores de PD. Adicionalmente, la educación es un proceso fundamental para superar los mitos, miedos y percepciones relacionadas con la negación a la donación de órganos y tejidos, en los médicos, el personal sanitario y la sociedad.

2. Simpkin AL, Robertson LC, Barber VS, Young JD. Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: Systematic review. *BMJ*. 2009;338:b991.
3. Ghorbani F, Khoddami-Vishteh HR, Ghobadi O, Shafaghi S, Louyeh AR, Najafzadeh K. Causes of family refusal for organ donation. *Transplant Proc*. 2011;43:405-6.
4. Gómez P, Santiago C, Getino A, Moñino A, Richart M, Cabrero J. The family interview: Training in communication techniques. *Nefrología*. 2001;21:57-64 [Article in Spanish].
5. De Moraes EL, Massarollo MCKB. Reasons for the family members' refusal to donate organ and tissue for transplant. *Acta Paul Enferm*. 2009;22:131-5.
6. Cuende N, Cañón JF, Alonso M, Delagebasala CM, Sagredo E, Miranda B. Quality assurance program in the process of donation and transplantation at the National Organization of Transplantations. *Nefrología*. 2001;21:65-76 [Article in Spanish].
7. Organización Nacional de Trasplantes. Programa de Garantía de Calidad del Proceso de Donación. Evolutivo de Resultados de la Autoevaluación 1998-2013 [consultado 23 Ene 2017].

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Salud. Red de donación y trasplante de órganos y tejidos [Internet]. Instituto Nacional de Salud. 2017 [consultado 9 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/red-nacional-laboratorios/paginas/red-de-donacion-y-trasplante-de-organos-y-tejidos.aspx#.WIAqSVPhDIU>.

Disponible en: http://www.ont.es/infesp/DocumentosCalidad/Memoria%20PGC.2013_completa.pdf

8. Matesanz R. La proyección internacional de la Organización Nacional de Trasplantes. *Nefrol.* 1996;XVI Supl 2 [Consultado 23 de enero de 2017].

María Isabel Molina^a, Paola Andrea Toro^a, Eliana Manzi^a, Diana Dávalos^a, Karen Torres^a, Ana María Aristizábal^a, Catalina Gómez^b y Gabriel J. Echeverri^{b,*}

^a Centro de investigaciones clínicas, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

^b Centro para la Investigación en Cirugía Avanzada y Trasplantes (CICAT), Universidad Icesi, Cali, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gjecheverri@hotmail.com (G.J. Echeverri).

0211-6995/© 2017 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.05.004>

Fracaso renal agudo secundario a nefritis intersticial granulomatosa asociada al tratamiento con tramadol

Acute Kidney Injury due to granulomatous interstitial nephritis induced by tramadol administration

Sr. Director:

Las nefritis intersticiales granulomatosas (NIG) son una entidad muy poco frecuente suponiendo <1% de biopsias renales¹⁻³. Se asocia fundamentalmente a fármacos (9-45%), sarcoidosis (9-29%) y menos frecuente a infecciones por micobacterias u hongos, y rara vez a enfermedades inflamatorias intestinales, microcristales o paraproteinemia. Hasta >40% de casos puede quedar sin identificar la causa^{4,5}. Los fármacos más frecuentemente implicados son los analgésicos y los antiinflamatorios, pero no la hemos encontrado descrita con tramadol por lo que presentamos este caso.

Mujer de 71 años con cervicoartrosis, diverticulosis coli, gonartrosis con prótesis total de rodilla izquierda e hipertensión arterial (tratada con telmisartán/hidroclorotiazida). Acudió a urgencias por náuseas y pobre ingesta líquida, sin diarrea, de varias semanas de evolución, sin fiebre ni exantemas cutáneos. La paciente tomaba tramadol 200 mg/12 h Retard desde hacía 40 días por gonalgia. En la analítica inicial presentaba deterioro severo de la función renal (tabla 1) que se atribuyó a depleción hidrosalina por lo que se hidrató y se retiró hidroclorotiazida. Quince días más tarde ingresa al no observar recuperación de función renal y presentar proteinuria sin albuminuria significativa (tabla 1). Se realiza biopsia renal y se administran 3 bolus de 500 mg de metilprednisolona iv y es alta con prednisona oral (1 mg/kg/día y descenso de 10 mg/10 días). En revisión posterior (día +39) se observa mejoría franca de función renal con reducción de la proteinuria. Se realiza punción-aspiración medular descartando mieloma, observando solo el 2% de células plasmáticas fenotípicamente maduras.

En la biopsia renal se encontró: 10 glomérulos, 2 con esclerosis completa; en 6 se veía expansión del penacho glomerular con congestión vascular y discreta hiperplasia de podocitos,

descartándose adherencias capsulares, áreas de esclerosis o colapso glomerular. El compartimento túbulo-intersticial mostraba marcado componente inflamatorio mixto que ocupaba el 40% del material, de predominio linfocitario con ocasionales granulomas epitelioides no necrosantes y con presencia incidental de células gigantes. La técnica de Ziehl-Neelsen fue negativa. Se observaba también cierta atrofia tubular y cambios degenerativos y regenerativos en túbulos de áreas no afectas. No se detectaron cilindros tubulares proteicos. En la inmunofluorescencia no se observaron depósitos inmunes, mostrando el material tubular reacción a ambas cadenas ligeras de inmunoglobulinas, así como a IgA e IgM. El cuadro histológico se orientó finalmente como una NIG y se descartó existencia de nefropatía relacionada con mieloma. La analítica final mostró recuperación importante de la función renal, aunque dejó cierto déficit (Cr 0,78 mg/dl, previamente).

Hay una gran variedad de fármacos a los que se ha asociado una NIG, entre ellos omeprazol, ibuprofeno, triamterene, furosemida, fenofibrato, cotrimoxazol, penicilina, ketoprofeno o paracetamol. El grado de disfunción renal suele ser leve o moderado, aunque algunos han precisado diálisis^{4,6}. No suele haber clínica acompañante de fiebre, exantema, hematuria ni eosinofilia periférica⁷. En la biopsia renal se encuentran granulomas sin necrosis, sin calcificaciones, sin cuerpos estrellados y con escasez de células gigantes. El grado de fibrosis intersticial normalmente es leve o moderado y puede observarse inflamación leve o moderada, siendo poco frecuente la presencia de eosinófilos⁴.

El tratamiento que se recomienda es el uso de corticoides que permiten una buena y progresiva recuperación de la función renal, incluso en casos que requirieron diálisis^{4,6}. El grado de recuperación no guarda relación con la edad y no está claramente relacionado con el grado de fibrosis presente en la biopsia. Las dosis empleadas de corticoides son muy