



Donante en asistolia y máquina de perfusión o ver el tren pasar



Donor in asystole and perfusion machine or watching the train go by

Ernesto Duarte-Tagles*

* Cirujano General, Cirugía de Trasplantes. Asesor en materia de donación y trasplantes en el Hospital General de Especialidades del Estado de Sonora.

Los pasados días del 03 al 06 de mayo, se realizó una edición más del congreso de la Sociedad Internacional de Trasplante Hepático, en la ciudad de Róterdam, Países Bajos; un evento académico de alto nivel, con expositores de diversas naciones donde se presentaron los grandes avances que hay en la materia.

Como todo congreso, contó lo mismo con ponencias magistrales como con trabajos orales, carteles, mesas de discusión y talleres; estos últimos fueron sobre el uso de las diversas máquinas de perfusión normo e hipotérmica para una mejor preservación de órganos. México estuvo presente con la exposición de e-póster, una modalidad «ecológica» donde ya no se imprimen los carteles sino se proyectan en pantallas, lo cual permite además ver las visualizaciones que el trabajo en cuestión tiene y leer comentarios de los observadores, una innovación tecnológica, sin duda.

Las pláticas, aunque diversas en expositores, realmente quizá 80% (o hasta más) versaron sobre dos puntos fundamentales: 1) donante en asistolia y 2) uso de máquinas de perfusión normo o hipotérmica para viabilidad de órganos; ¿la razón?, sencilla: la cada vez mayor brecha entre la demanda y la oferta de órganos para trasplante, por ello el donante en asistolia ha venido en aumento en muchos países, a tal grado que Bélgica obtiene poco más de 70% de sus órganos

por este método. Es importante mencionar que no es algo nuevo (tiene 20 años) y que Inglaterra primero y posteriormente España desarrollaron esta alternativa al donante con muerte encefálica, apoyados por cambios en sus legislaciones nacionales, promovidas en un binomio médico-legislador efectivo que resultó en la óptima aplicación de los criterios de Maastricht, así como en una extensa campaña de información a la población coordinada por sus organizaciones nacionales, por lo cual están cosechando ahora los resultados.

Si a lo anterior se agrega que además han implementado el uso de las máquinas de perfusión normo o hipotérmica, los resultados son por demás extraordinarios, pues el *pool* de donantes se extiende al punto de no sólo obtener órganos por donantes en asistolia, sino con criterios marginales como edad, cambios deletéreos de la función renal durante la reanimación del donante o esteatosis hepática de 50-60%; ya que estos métodos permiten la recuperación del órgano o al menos, estudiar la recuperación posible del órgano sin tener que iniciar la cirugía del receptor, por lo que también se disminuyen los riesgos de pérdidas de los injertos.

Uno de los ejemplos más claros sobre los beneficios que en materia de donación de órganos trae el uso de donante en asistolia + máquinas de perfusión



lo tenemos con los vecinos del norte. La Clínica Mayo de Scottsdale en Arizona de 2022 a 2023 realizó 334 trasplantes de hígado, de los cuales 56% fueron obtenidos de donante en asistolia y en 77% de ellos se usó máquina de perfusión normo térmica, traducándose ello en un aumento de 100% en los trasplantes realizados, al aceptar más donantes, muchos de ellos considerados marginales.

Es de llamar la atención cómo estos países, con tasas de donación muy superiores a México aún antes del advenimiento de la donación en asistolia o las máquinas de perfusión, se preocupan por aumentar el pool de donantes y recurren a la investigación, innovación e implementación de métodos que les permiten paliar o al menos ofrecer un poco más de certeza a sus receptores potenciales; mientras que en nuestro país seguimos discutiendo temas que ya son norma, nuestro sistema de distribución y asignación sigue siendo con llamadas individuales y no podemos utilizar bien aún lo poco que se consigue. Ejemplo de lo anterior es la duda de si alguien con COVID positivo puede ser donante o no, o cosas aún más básicas, ya que en Europa o Norteamérica y hasta países con una idiosincrasia similar como Argentina, Chile o Uruguay los aceptan.

¿Por qué menciono lo anterior?, apenas el mes de abril se dio a conocer el **Informe preliminar de la Newsletter Transplant del Consejo de Europa 2023** y donde se presentan las tasas de donación en 2022, con un comparativo de los datos principales de 2022, 2021 y 2020, pudiendo observar cómo México se ubica en un triste, por decir lo menos, lugar 38 de 47 países en donación cadavérica, con una tasa de tres donantes por millón de habitantes.

¿Qué falta?, ¿por qué no logramos dar ese salto en materia de donación cadavérica que pueda brindar un poco de certidumbre a nuestros receptores que están en situación de espera para un trasplante? Es muy fácil decir que la gente no dona, pero la verdad de las cosas es que hace falta que se tome como una política pública en serio y que se establezca como un indicador para medir la calidad en materia de salud, como sucede en otros países. En nuestra sociedad está más que probado que está pronta a donar, siempre y cuando se le informe claramente lo que es y en qué consiste un proceso de donación; vamos, en la medida en que seamos transparentes con ellos, obtendremos más consentimientos; prueba de ello son estados en donde se trabaja adecuadamente como Guanajuato, o donde en otros momentos han tenido éxito como Sonora, San Luis Potosí, Sinaloa u otros; pero que ahora

por cambios en las administraciones estatales, se pierde el interés de las autoridades locales en la donación y esto se cae.

Pero todo esto de nada sirve si, luego de los casos en que el coordinador hospitalario concreta una donación, nos enfrentamos a problemas estructurales del sistema: de gobierno, institucionales y/u hospitalarios o incluso hasta de personal, por la falta de interés en hacer de los trasplantes una profesión; ejemplo de lo anterior es la frecuente falta de sangre, ausencia de equipo humano, falta de disponibilidad de camas en terapia intensiva u otro tipo de problemas no médicos, como la carencia de conectividad aérea para transportar con éxito un órgano del punto a al punto b.

No es posible que aún queramos ver que sean los pacientes los que exijan la atención, como sucedió en España hace muchos años y que fue punto de quiebre para que se activaran, hasta llegar a ser hoy en día uno de los programas más exitosos de cualquier índole del país ibérico (quizá hasta sea el de mayor éxito).

¡No!, no es posible que tengamos que esperar que sean los pacientes los que empujen, bastante tienen con atender su salud, buscar el horario que más se les acomode para la sesión de hemodiálisis o para recibir atención, cuando hay evidencia de sobra que es más rentable, económica y socialmente hablando, trasplantar que mantener a un paciente en su enfermedad.

Como gremio médico debemos reconocer lo mucho que hay que hacer por nuestra profesión y nuestros pacientes para tener un sistema digno en México, nos ha hecho falta unirnos más, para tener un lenguaje común (porque tenemos más coincidencias que diferencias) y al unificar la voz, demandar ante las autoridades y tener peso en la toma de decisiones; pero lo que sí es un hecho es que algo debe hacerse para poder ofrecer aún más calidad de la que hay en materia de donación de órganos y trasplantes en nuestro país; que dejen de ser esfuerzos locales o regionales y se convierta en política pública esta atención, sin segregaciones entre las diferentes instituciones de salud de México (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Administración del Seguro Social (SSA), privados u otros) y sin verse afectada por los vaivenes que causa la política gubernamental, donde tal parece que las ciudades, los estados y el país mismo se reinventan cada tres o seis años.

Debemos reconocer que las cosas no están bien y que no van a cambiar por sí solas si no levantamos la voz y acompañar a nuestros pacientes para exigir la

existencia de políticas estatales y nacionales apropiadas a las necesidades y posibilidades de nuestro país. No podemos aceptar que lo que sucede no es nuestra responsabilidad, pues al estar involucrados en los trasplantes por mucho tiempo, somos parte de la situación actual. No tenemos la decisión final, pero al manifestar en lo que no estamos de acuerdo a la par que proponemos los cambios adecuados, basados en la experiencia de todos, manifestaremos que no somos silentes ante lo que pasa, ni insensibles al dolor de nuestros pacientes y familiares. No se trata de dar la batalla ante molinos de viento, sino dejar clara nuestra posición y la situación actual de nuestro país en materia de donación y trasplantes, pues callar nos convierte en cómplices de la inadecuada atención para quienes necesitan un trasplante.

Aprovechar lo que tenemos y hacerlo eficiente, los equipos de trasplantes abrimos a los donantes de criterios expandidos y los equipos de donación tener una interacción más estrecha con las áreas generadoras

de donantes y tener mejores resultados, pues mientras no tengamos esto, será difícil, casi imposible, dar el paso a tener donantes en asistolia o preservación de órganos con máquinas de perfusión y seguirá pareciendo, al ver el trabajo que hacen otros países y como me sucedió al término del Congreso Internacional de Trasplante Hepático, que nos quedamos parados viendo pasar el tren o peor aún, que ni nos damos cuenta que está pasando.¹

REFERENCIA

1. Duarte TE. LB-Ep-38 transient elastography vs ultrasound to determine liver viability for donation and trasplantation. Rotterdam, The Netherlands; International Liver Transplantation Society (ILTS), 2023.

Correspondencia:

Ernesto Duarte-Tagles

E-mail: ernesto@buzon.com

www.medigraphic.org.mx