

Proceso Donación-Transplante y las Unidades de Cuidados Intensivos

Un cambio conceptual de Reanimación

GUILLERMO H. GARCÍA

Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, Rosario (Santa Fé)
Medico de Terapia Intensiva; Coordinador Hospitalario de Transplantes
(Programa Federal de Procuración de Órganos)
guillermohoraciog@gmail.com

El Transplante constituye hoy una herramienta terapéutica eficaz, muchas veces única, para modificar la calidad de vida y/o el ominoso pronóstico de un número creciente de pacientes con Enfermedades Terminales.

El proceso donación trasplante reconoce como punto de partida y de llegada la sociedad; al ser la sociedad la que dona y la que recibe el implante; el actor que abre este proceso es el médico, que asiste o diagnóstica el fallecimiento de una persona, y que evalúa al mismo como potencial donante (órganos, tejidos o células), y da aviso al Coordinador Hospitalario y/o la Jurisdicción correspondiente de Procuración de Órganos. De modo tal, que en este proceso y en esta actividad, somos responsables todos aquellos quienes asistimos al fallecimiento de una persona¹.

Proceso Donación-Transplante

Un nuevo ciclo vital

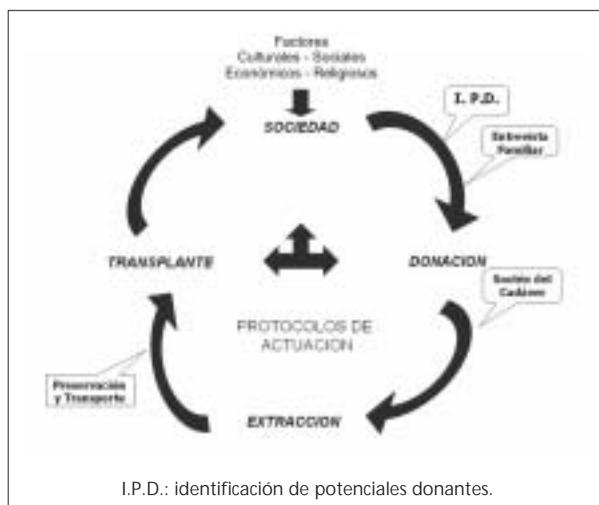


Fig. 1

Actualmente, la generación de donantes proviene de aquellos que son capaces médica y legalmente de donar en vida (riñón, hígado); y fundamentalmente, de los donantes cadavéricos.

Los fallecidos bajo criterios cardiorrespiratorios (PCR), constituyen una fuente de obtención de tejidos (en otros países se obtienen riñones y pulmones a corazón parado). La detección de éstos no alcanzado los niveles deseados, debido a la falta de comunicación por parte de los médicos que asisten la muerte, a pesar de que la implementación del Programa Federal de Procuración de Órganos² a partir del año 2003 generó un fuerte impulso.

Aquellas muertes originadas por una lesión cerebral primaria (Traumatismo Craneoencefálico, Accidente Cerebrovascular) o Secundaria (Encefalopatía Anóxica), en donde es posible mantener de manera artificial la circulación de los órganos y tejidos, dan origen a potenciales donantes de órganos. La fuente de estos últimos, son las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Generalmente, la mortalidad en UCI, representa alrededor del 50% de los fallecimientos de una institución, sobre todo en aquellas de gran volumen de pacientes y alta complejidad, con asistencia de pacientes neurocríticos. Las muertes encefálicas constituyen alrededor del 5 al 10% de estas muertes hospitalarias³.

La escasez de órganos asociada a las crecientes listas de espera, constituyen el gran problema de esta actividad médica. En nuestro país, globalmente, la detección de donantes sigue siendo baja con relación al potencial de donantes a pesar de su crecimiento, y esto evidencia la falta de inserción de la actividad de donación trasplante en las instituciones y la comunidad médica general, incluso en aquellas en donde existen equipos de Transplantes.

Existe un rol central de las UCI, en la generación de donantes, y en la cantidad y calidad de los órganos procurados.

Una de las herramientas, que ha permitido al sistema argentino de procuración de órganos identificar y aumentar la generación de donantes ha sido la inserción de un Coordinador Hospitalario surgido de la Unidad de Cuidado Intensivos en los Hospitales Bajo Programa, y el seguimiento de los pacientes con Score de Glasgow menor de 7 (Protocolo G7)⁴, en el contexto de un incipiente reconocimiento y valoración de esta actividad asistencial.

Pero la acción específica, en donde las UCI, pueden directamente afectar la generación y calidad de los donantes es en la actitud activa, cotidiana de valorar ante cada paciente con evolución inminentemente fatal, la potencialidad clínica-fisiológica de utilizar sus órganos y tejidos a los fines del implante. Este nivel de alerta permite la *continuidad entre el Sostén Vital y el Sostén Cadavérico*, que no son otra cosa que las medidas de sostén o soporte de órganos y/o sistemas realizadas a un paciente, en el primer caso, con las intenciones de brindar a ese organismo la chance de sobrevivir; o a un cadáver; en el segundo caso, con las intenciones de preservar la viabilidad de órganos y tejidos. En ambos uno busca optimizar las variables fisiológicas, en un contexto de severo compromiso vital o de una pérdida irremediable de los mecanismos homeostáticos, respectivamente.

Cambio conceptual de la Reanimación

Clásicamente las medidas/maniobras de reanimación o soporte vital culminan con el restablecimiento de las funciones o con la muerte. Hoy, debemos entender, que la muerte bajo determinadas condiciones, no debe ser un límite, sino que abre otro espacio, que es la oportunidad de obtener órganos a los fines del implante. Esto significa, redefinir el concepto de *Reanimación*, en donde se adhiere al objetivo de la recuperación de las funciones vitales, el de preservación de órganos, tejidos y células, por lo tanto debemos empezar a hablar y a pensar en la *“Reanimación Global”* de los pacientes internados en las unidades de cuidados intensivos⁵, en términos de mantener variables fisiológicas aún cuando la evolución del paciente es inminentemente fatal, a los fines de preservar la viabilidad, de los órganos y tejidos; no ya la vida.

Solo la frontera entre la vida y la muerte discrimina el Sostén Vital y el Cadavérico.

La incorporación de este concepto por parte de las unidades de cuidados intensivos, significa asumir como una actividad asistencial más, la evaluación de potenciales donantes, de pacientes con daño neurológico inminente irreversible a los fines del implante.

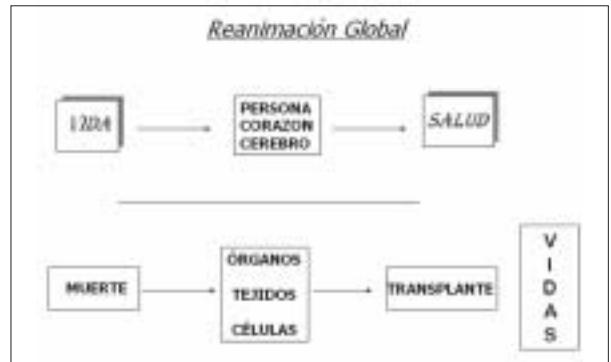


Fig. 2



Fig. 3. Ponencia presentada por el autor en la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario.

De la continuidad entre el sostén vital y el sostén cadavérico en las UCI, depende mucho, la calidad y cantidad de órganos procurados. Del compromiso institucional, de los distintos servicios y los médicos en particular; dependerá la detección y generación de donantes.

Los médicos intensivistas estamos ante una reformulación del concepto y/o los objetivos de reanimación o soporte, ante un nuevo espacio de acción ante la muerte, bajo determinadas condiciones; y ante la necesidad de un cambio de proceder o conductas que permitan no solo evitar tratamientos innecesarios, sino optimizar la generación de donantes, de órganos y tejidos procurados; proceso clave para el trasplante; sin olvidar que somos solidariamente responsables no sólo por quien espera un órgano/tejidos, sino de hacer cumplir la decisión personal expresada por el fallecido en vida; y de favorecer y acompañar el proceso de duelo, ofreciendo una oportunidad a los deudos de encontrar un sentido al sinsentido de la muerte.

“El Hombre no se destruye por sufrir; se destruye por sufrir sin sentido”.

Víctor Frankl

Bibliografía

1. Ley Argentina de Transplantes de órganos y tejidos. (Ley 24193-Reforma Ley 26066) Art. 26. www.incucai.gov.ar/institucional/legislación/ley24193.
2. Programa Federal de Procuración de órganos y tejidos. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Septiembre 2003. [www.incucai.gov.ar/portal/Programa Federal.pdf](http://www.incucai.gov.ar/portal/Programa%20Federal.pdf)
3. Pulcinelli S., García GH. Datos Hospitalarios no publicados. Programa Federal de Procuración de órganos. Programa de Glasgow 7 y a Corazón Parado. Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez. Rosario (Prov. Santa Fe)
4. Bustos JL, Previgliano IJ, Soratti Glasgow 7 surveillance program: epidemiology and outcome in Argentinean intensive care units. *Medicina Intensiva*. Abstract 583; 22 (1), 2006.
5. Martí Manyalich. Manual de Coordinación de Trasplantes. Ed. TPM (Transplant Procurement Management). Les Heures. Universitat de Barcelona. Fundació Bosch I Gimpera. 2005.