

CARLOS SORATTI: “LO QUE MUEVE LA RUEDA DE TRASPLANTE ES EL ÓRGANO DEL DONANTE FALLECIDO”

El presidente del Incucaí afirma que el trasplante renal con donante vivo es la última instancia de elección, destaca la incorporación de nuevas técnicas y tecnologías en la conservación de los órganos y advierte sobre las precauciones que deben tenerse sobre las operaciones con donante vivo.

El primer trasplante renal exitoso sucedió hace 60 años en la ciudad de Boston y fue realizado entre dos hermanos gemelos. Después de cinco décadas de experimentación en trasplantes, fue el primer caso con donante vivo y por eso se lo consideró un hito en la historia, y es recién a partir de los años setenta y ochenta, cuando aparece como fuente elegible de órgano para trasplantar el riñón obtenido de una persona fallecida, lo que abrió un camino de enorme impulso al trasplante como terapéutica.

Desde entonces, todos los sistemas sanitarios del mundo dedican enormes esfuerzos a impulsar y reglamentar la obtención de órganos cadavéricos, como fuente para los trasplantes intratorácicos y abdominales, dejando el riñón como prácticamente el único órgano en que el trasplante con donante vivo ha cobrado fuerza. Sobre el tema entrevistamos a Carlos Soratti, presidente del Incucaí, entidad que ha puesto a la Argentina entre los países de mayor desarrollo de la procuración de órganos y la coordi-

nación de ablaciones y trasplantes en América latina.

–¿Qué panorama se observa hoy en la región sobre el tema?

–En América latina claramente predomina el trasplante con donante cadavérico, y ese es un indicador del avance en el tema, pero lo importante de resaltar es que el trasplante renal con donante vivo es una situación particular como instancia última de elección, y que para cualquier estrategia que se quiera abordar de la enfermedad renal crónica, hay que partir de una detección oportuna porque la misma es un iceberg del cual solo conocemos lo que asoma, apenas una punta, y su prevalencia es creciente. La suma de nuevos casos por año también es creciente, porque la enfermedad renal crónica, es una complicación evolutiva de las enfermedades no trasmisibles más importantes.

Datos y respuestas clave

Lista de espera (al 07 de junio de 2015)

| | |
|--|------|
| ■ Personas que esperan órganos | 7752 |
| ■ Trasplante de órganos en 2015 | 582 |
| ■ Donantes reales 2015 | 253 |
| ■ Donantes por millón de habitantes 2015 | 5,87 |

–¿Cuándo es necesario un trasplante de órganos? Cuando sobreviene un trastorno importante que afecta el desempeño de algún órgano vital, es necesario un trasplante que permita sustituir las funciones del órgano dañado.

–¿Cuánto es el tiempo promedio de espera para lograr un trasplante? No hay un tiempo establecido, dado que cada paciente demanda un órgano o tejido con características específicas. El tiempo de espera depende entonces de la aparición del donante más apropiado para cada paciente a partir de las coincidencias entre ambos, lapso que puede demorar días, meses o años.

–El Incucaí cuenta con un Área de Atención al Paciente. El objetivo principal es brindar información y establecer un vínculo con la comunidad de pacientes. Quienes lo deseen pueden llamar gratuitamente desde cualquier lugar del país al **0800 555 4628** o bien enviar un correo electrónico a **pacientes@incucaí.gov.ar**



“En los Estados Unidos, en 2014 se hicieron algo así como 17.500 trasplantes de riñón, de esos 11.500 fueron donantes fallecidos, y 5000 donantes vivos, y de éstos, 500 fueron no relacionados por esta modalidad de distintos tipos de donantes cruzados, de modo que representa un escaso porcentaje de trasplantes en la Argentina.”

últimos 10 o 12 años, incluye el trasplante con donante vivo, pero lo que mueve la rueda del trasplante es el órgano del donante fallecido. Allí se abre un desafío muy fuerte por delante que debe estar puesto tanto en mejorar el número como la calidad del órgano cadavérico.

–¿Qué perspectivas se tienen respecto al trasplante con donante vivo?

–Por supuesto que siempre será en el caso del trasplante renal una opción a considerar con un carácter, no digo excepcional, pero sí de una situación particular porque se trata de la extracción de un órgano, de una persona sana a otra con alguna insuficiencia. Eso es posible quirúrgicamente y biológicamente, pero el vínculo que se establece entre el donante y el receptor tiene algunos principios que la legislación argentina resguarda, y ellos son que la donación tiene que ser voluntaria, esto significa ausencia total de cualquier de cualquier influencia que pueda distorsionar una decisión así, por eso al donante lo asiste –según la ley– hasta el último minuto el derecho a no serlo, y es un derecho que el equipo de profesionales habilitados a trasplantar tiene la obligación ética y legal de respetar. El carácter solidario y altruista, o sea que no genere ninguna contraprestación o incentivo económico, porque cualquier cosa de ese tipo invalida el trasplante con donante vivo.

–¿Cómo se puede controlar la situación?

–La diabetes y la hipertensión arterial son las principales causas de la falla renal, lo que infiere que el abordaje racional de esta temática sea el de detectar precozmente, intervenir para modificar la evolución de la enfermedad y contemplar en el momento adecuado el tratamiento sustitutivo, es decir de una diálisis o trasplante. Y cuando pensamos en trasplante lo más racional es apostar al donante cadavérico, por lo tanto el sistema de salud, en general, elabora estrategias destinadas a incrementar la disponibilidad de órganos cadavéricos para trasplantes. En relación al trasplante con donante vivo, está regulado y aceptado por nuestra legislación, tiene un marco regulatorio que lo limita, al donante relacionado familiarmente, pero la legislación contempla situaciones especiales fuera de esos criterios, que también son viables, pero con autorización judicial.

–Desde el punto de vista regulatorio y normativo ¿cuál es la situación?

–En ese sentido Argentina está muy desarrollada y avanzada, está muy bien encaminado el esfuerzo y aún tenemos mucho por recorrer, tanto sea para incrementar el número de donantes fallecidos, optimizar el órgano obtenido para un mejor resultado del trasplante, incorporar nuevos procedimientos tecnológicos que nos permitan mejorar la calidad de los órganos, buscar nuevas fuentes en donantes cadavéricos como en muchos países del mundo lo están haciendo, que es el donante fallecido post-parada o detención cardio-circulatoria. En países como Inglaterra, Estados Unidos, España, Bélgica han venido desarrollado mucho esta estrategia, y gran parte de los trasplantes renales en Inglaterra, alrededor de un 40%, se realizan con órganos provenientes de donantes en parada cardíaca, que en Argentina apenas estamos iniciando. El incremento del trasplante de órganos en la Argentina en los

—¿Cambia la situación cuando el donante es no relacionado, familiarmente?

—Si se trata de un amigo, un vecino o un pariente más lejano, la ley dice que debe haber un juez, porque quien puede asegurarle a la sociedad que ese proceso se da como donación voluntaria, solidaria, altruista y desinteresada es la justicia. Ese es su rol y no el de impedir o poner obstáculos, sino el de garantizarle a la sociedad que ese trasplante está respetando los cuatro principios que la ley establece para el donante vivo y, *en ese sentido, la ley argentina es muy buena, de las más avanzadas del mundo*, porque el déficit regulatorio del donante vivo a hecho que en el mundo existan muchos vicios y desviaciones nefastas, como por ejemplo el donante pagado, aquel que quiere vender su riñón, o aquel receptor que se desplaza a algún otro país para usar algunas facilidades y obtener un trasplante más rápido. Eso que globalmente en todas estas modalidades se resumen en la expresión de la lucha contra el comercio de órganos y de turismo de trasplante que encabeza la Organización Mundial de la Salud, pero también las sociedades científicas como la Sociedad Internacional de Trasplante o la Sociedad Internacional de Nefrología, que se han expresado en la Declaración de Estambul, con un documento que rechaza el turismo de trasplante.

—¿De qué manera se libra institucionalmente esa lucha?

—Con cuadros normativos precisos y claros, por ejemplo el argentino, donde no impide el trasplante con donante no relacionado, pero que exige que se ajuste al respeto por la ley. Ante una situación que cobró estado público como el trasplante cruzado, se dijeron cosas que a nuestro juicio resultan desproporcionadas como el de generar una expectativa de que ahora sí iba a ser posible que la gente



“En Argentina, el año pasado se hicieron casi 1300 trasplantes renales, de los cuales 890 fueron con donantes fallecidos y algo más de 400 con donantes vivos, y hubo también donantes vivos no relacionados con este esquema de intervención judicial que nunca debería desaparecer porque no habría quien nos dé garantías a la sociedad de respeto por esos principios.”

se trasplante, y esa es una ampliación absolutamente injustificada. El trasplante con donante no relacionado en los países más liberales, como los Estados Unidos, representa apenas un 10% del trasplante con donante vivo y a su vez, el trasplante con donante vivo representa menos de la mitad del trasplante cadavérico. En los Estados Unidos, en 2014 se hicieron algo así como 17.500 trasplantes de riñón, de esos 11.500 fueron donantes fallecidos, y 5000 donantes vivos, y de éstos, 500 fueron no relacionados por esta modalidad de distintos tipos de donantes cruzados, de modo que representa un escaso porcentaje de trasplantes en la Argentina. También el año pasado se hicieron algo más de 1200 trasplantes renales, casi 1300, de esos 890 fueron con donantes fallecidos y algo más de 400 con donantes vivos, y hubo también donantes vivos no relacionados con este esquema de la intervención judicial que nos parece que nunca debería desaparecer porque no habría quien nos dé garantías a la sociedad de respeto por esos principios.

—¿Cuál es el sentido ético-médico que debe preservarse en situaciones de trasplante?

—Siempre se considera la relación y el vínculo de edad entre donante y

receptor, porque lo que es biológicamente y socialmente entendible, es que el donante sea mayor y el receptor menor, cuando la situación es a la inversa, merece un tratamiento especial desde el punto de vista ético y médico, este es uno de los aspectos que siempre se contemplan. Nosotros impulsamos un camino que tiene mucha solidez por los consensos, y mucha prudencia porque enfrente hay una población de más de 10.000 personas que están esperando un trasplante y la razón de ser de este organismo es, precisamente, darles una respuesta, respetando mucho la privacidad y en particular a la relación que se establece entre el receptor y un órgano que no era de él, pero también respetar el duelo de la familia donante. Esos son dos pilares muy fuertes de sustento del sistema de donación y trasplante, es lo que tratamos de velar y por eso nunca queremos hablar de casos particulares, porque enfrente hay 10.000 personas en listas de espera y todas estas decisiones, estos marcos regulatorios, todas estas políticas toman en cuenta la necesidad de dar respuesta al conjunto de quienes necesitan un trasplante. Y la familia donante es una familia en duelo y el anonimato de ambos hay que protegerlo.