Barreras y limitaciones para el acceso al trasplante hepático en Latinoamérica

Wellington Andraus, M.D., Ph.D.

Latinoamérica está formada por 20 países que abarcan ambos hemisferios, desde México hasta Chile, en los que se habla principalmente español y portugués. En sus 92 millones de km² viven unos 610 millones de personas, y es una región conocida por su diversidad cultural. Existen enormes asimetrías económicas y de desarrollo tanto entre los diferentes países como en el seno de cada uno de ellos, lo que da lugar a grandes diferencias respecto a la prestación de la asistencia sanitaria y la inversión¹.

A pesar de la falta de recursos de la mayoría de los sistemas de salud pública, el trasplante de hígado comenzó relativamente pronto en Latinoamérica: en 1968 en Brasil y en 1969 en Chile². Otros países iniciaron sus programas solo unos pocos años después, en un momento en el que el trasplante hepático todavía se consideraba un procedimiento experimental, la tasa de supervivencia era baja y había muchas complicaciones relacionadas con la técnica, el rechazo y los efectos adversos de los fármacos.

La consolidación de los programas y el aumento del número de trasplantes llevaron mucho tiempo, no solo por la falta de inmunosupresores eficaces sino también por

razones económicas y por la propia organización de los sistemas de trasplante. Algunos países todavía no han desarrollado programas de trasplante hepático (véase la Tabla 1).

ACCESO AL TRASPLANTE HEPÁTICO

La mayor barrera se encuentra en la falta de programas de trasplante hepático en muchas partes de la región. Ninguno de los países latinoamericanos clasificados por el Banco Mundial como países de «ingresos medianos bajos» (Honduras, Nicaragua, Guatemala y Bolivia) tienen capacidad para mantener programas de trasplante hepático, y la tasa de trasplantes por millón de personas está estrechamente correlacionada con la renta per cápita de cada país. El bajo desarrollo económico de Centroamérica y algunas zonas de Sudamérica supone una importante barrera para el acceso al trasplante hepático³.

Incluso en aquellos países en los que se han llegado a establecer programas de trasplante hepático, las cifras son en su mayoría modestas. En algunos de estos países los programas ya están implementados, pero a menudo se ven interrumpidos por las dificultades económicas o por

Abreviaturas: N; número; pmp: por millón de personas.

División de Trasplante de Órganos Digestivos, Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Posibles conflictos de interés: ninguno.

Recibido el 5 de septiembre de 2018; aceptado el 11 de septiembre de 2018.

Consulte este artículo en wileyonlinelibrary.com

© 2019 de la American Association for the Study of Liver Diseases

TABLA 1. TRASPLANTE HEPÁTICO EN LATINOAMÉRICA, POR PAÍSES, 2016

País	N	pmp	Donantes vivos
Brasil	1880	9,2	158
Argentina	367	8,5	37
Colombia	226	4,7	21
México	178	1,4	3
Chile	89	5,0	9
Puerto Rico	42	12,0	0
Ecuador	31	1,9	0
Perú	23	0,7	2
Cuba	20	1,8	2
Uruguay	15	4,4	1
Costa Rica	13	2,7	2
Panamá	11	2,8	0
República Dominicana	3	0,3	0
Paraguay	6	0,9	0
Venezuela	2	<0,1	1
Bolivia	1	0,1	1
Total	2907	4,8	237

Adaptado con permiso del *Latin America Transplantation Registry Report*¹. Copyright 2016 Sociedad de Trasplantes de América Latina y el Caribe.

circunstancias relacionadas con los cambios políticos, a lo que hay que añadir la falta de entidades dedicadas a la obtención de órganos. Esto significa que la mayoría de los países latinoamericanos siguen encontrando dificultades para desarrollar programas estables de trasplante hepático.

En los pocos países que cuentan con programas establecidos sigue habiendo importantes barreras de acceso, como las bajas tasas de donantes fallecidos: 20,4 por millón de personas (pmp) en Uruguay, 16,6 pmp en Brasil y 8,5 pmp en Argentina, sin perder de vista que estas cifras son las más altas de la región (en Nicaragua y Guatemala la tasa es de solo 0,2 ppm). Las cifras son siempre inferiores a las de los países desarrollados (por ejemplo, 46,9 en España y 34,0 en Portugal)⁴. Como se muestra en la Tabla 2, todos los países presentan además el problema de una baja tasa de conversión de donantes de múltiples órganos a trasplantes hepáticos efectivos. Algunas razones de ello son la falta de equipos de procuración bien formados, la dificultad de mantener la viabilidad de los donantes debido a problemas de recursos humanos y logística (relacionados con la disponibilidad de equipos y experiencia), así como la insuficiencia de camas en las unidades de cuidados intensivos. Los países en los que se realiza un gran número de trasplantes hepáticos al año, como Brasil y Argentina (alrededor de 2000 y 400, respectivamente), también presentan problemas de disparidad regional debido a su enorme extensión geográfica. México se enfrenta a desafíos similares. La lista de espera en Argentina⁵ es superior a 1200 pacientes y en

TABLA 2. DONANTES FALLECIDOS Y TRASPLANTES HEPÁTICOS DE DONANTES FALLECIDOS EN LATINOAMÉRICA, POR PAÍSES (2017)

País	Donantes fallecidos (pmp)	Trasplantes hepáticos de donantes fallecidos (pmp)*
Argentina	13,7	8,9
Brasil	16,6	10,2
Chile	10	5,7
Colombia	8,8	
Costa Rica	6,7	2
México	4,5	1,4
Trinidad y Tobago	1,5	
República Dominicana	1,4	0,2
Guatemala	0,5	
Nicaragua	0,2	
Uruguay	20,4	7,3
Cuba	12,7	
Ecuador		2,2

*La información enviada al Registro Internacional de Donación y Trasplante de Órganos (IRODaT) era incompleta⁴.

Brasil⁶ a 1300. En estos países hay áreas y estados situados a miles de kilómetros de los centros urbanos en los que no hay acceso al trasplante. Por ejemplo, en Brasil el trasplante hepático solo está disponible en 12 de sus 26 estados⁶.

DISCUSIÓN

Mejorar el acceso al trasplante de hígado en Latinoamérica requerirá un compromiso constante de los países y sus gobiernos. Sabemos que la mejora gradual de las condiciones económicas lleva tiempo, al igual que su impacto sobre la salud pública. Por eso resulta difícil imaginar que vaya a producirse un cambio drástico en la región en relación con estas barreras. Sin embargo, hay dos estrategias que ayudarían a aliviar algunos de estos problemas a medio plazo.

La opción más eficaz para aumentar la disponibilidad del trasplante hepático sería ampliar los programas de donantes vivos. Los donantes vivos dependen menos de la existencia de infraestructuras públicas de atención sanitaria en todo el país y mucho más de la existencia de un único hospital bien equipado y con personal bien formado. Turquía, por ejemplo, ha logrado aumentar considerablemente el número de donantes vivos, y en la India se ha incrementado su número en comparación con los donantes fallecidos⁷. En este momento, menos del 10 % de los trasplantes realizados en Latinoamérica son de donantes vivos y la mayoría son solo para receptores pediátricos⁸. La comunidad especializada en trasplantes podría ayudar a formar equipos de trasplante de donantes vivos.

Aunque el trasplante hepático está bien organizado en algunas zonas de la región, existen marcadas asimetrías geográficas en relación con el acceso. Algunos países necesitarían mecanismos de cooperación internacional para abrir el acceso a sus poblaciones, ya que carecen de recursos económicos y experiencia para crear y gestionar centros por sí solos. Los países podrían crear consorcios en áreas geográficas estratégicas (uno en Centroamérica y otro en Sudamérica) para compartir costes entre los países involucrados y buscar financiación de las organizaciones internacionales. La comunidad internacional de trasplantes podría jugar un importante papel de formación y financiación en estas iniciativas, garantizando una mayor continuidad y unos buenos resultados.

En resumen, Latinoamérica se enfrenta a importantes desafíos organizativos, geográficos y económicos, pero la situación podría mejorar mediante la cooperación entre países y regiones y con la ayuda de la comunidad internacional de trasplantes.

CORRESPONDENCIA

Wellington Andraus, M.D., Ph.D. División de Trasplante de Órganos Digestivos, Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 255 - 9.ª planta - Sala 9113/9114, CEP 05403-900 - São Paulo, Brasil. Correo electrónico: wellington@usp.br

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Sociedad de Trasplantes de América Latina y el Caribe (Stalyc). Latin America Transplantation Registry Report. Available at: <https://www.stalyc.net/registros/file/74-latin-america-transplantation-registry-report-2015-2016.html>. Accessed August 19, 2018.
- 2) Feier F, Antunes E, D'Agostino D, et al. Pediatric liver transplantation in Latin America: Where do we stand? *Pediatr Transplant* 2016;20:408-416.
- 3) The World Bank DataBank World Development Indicators - 2015. Available at: <https://www.worldbank.org>. Accessed August 19, 2018.
- 4) International Registry in Organ Donation and Transplantation. Actual Deceased Organ Donors 2017 (pmp). Available at: http://www.irodat.org/img/database/pdf/NEWSLETTER2018_June.pdf. Accessed August 19, 2018.
- 5) Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). Reporte de pacientes inscriptos en lista de espera - 2018. Available at: <https://www.argentina.gob.ar>. Accessed August 19, 2018.
- 6) Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes Estatística de Transplantes - 2018. Available at: <https://abto.org.br>. Accessed August 19, 2018.
- 7) Global Observatory on Donation and Transplantation Liver Transplantation Rates (pmp), per countries 2015. Available at: <http://www.transplant-observatory.org/organ-donation-transplantation-activities-2015-report-2/>. Accessed August 19, 2018.
- 8) Salvalaggio PR, Neto JS, Alves JA, et al. Consensus, dilemmas, and challenges in living donor liver transplantation in Latin America. *Transplantation* 2016;100:1161-1164.