

Perfil de los Pacientes en la Lista Única de Espera para Transplante Cardíaco en el Estado de Ceará

Francisca Elisângela Teixeira Lima¹, Adriana Kelly Almeida Ferreira³, Kelly de Araújo Fontenele³, Eliana Régia Barbosa de Almeida²

Universidade Federal do Ceará¹; Central de Transplante do Ceará²; Universidade de Fortaleza³, Fortaleza, CE - Brasil

Resumen

Fundamento: Los trasplantes de órganos han aumentado considerablemente en los últimos años, en razón de la evolución tecnológica y de la sensibilización de la sociedad para la donación de órganos.

Objetivo: Describir las características de los pacientes de la Lista Única de Espera para trasplante cardíaco; identificar las principales cardiopatías; y verificar el tiempo medio de permanencia del paciente en la Lista hasta la realización de la cirugía.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, documental y retrospectivo, con abordaje cuantitativo. Desarrollado en la Central de Transplante del Estado de Ceará, con 156 pacientes incluidos en la Lista Única de Espera del año 1999 al 2006. Los datos fueron organizados en figuras.

Resultados: Fueron encontrados: 80% del sexo masculino; 22,4% adultos jóvenes (20 a 40 años) y 56,4% adultos de media edad (40 a 64 años), con una media de 36 años; 79% procedentes de Fortaleza-CE; 91% tenían miocardiopatía como causa del trasplante cardíaco. Entre esos pacientes 102 (69%) fueron trasplantados; 37 (25%) evolucionaron a óbito antes del trasplante; y 8 (6%) fueron excluidos por mejoría o empeoramiento del cuadro clínico.

Conclusión: Los pacientes de la Lista Única de Espera para trasplante cardíaco en el Estado de Ceará, en el período de 1999 a 2006, eran del sexo masculino (80%), con franja etaria variando de 1 a 71 años, con predominio de miocardiopatía dilatada (53,4%), y el tiempo medio de espera fue de 136 días hasta el día del trasplante cardíaco. (Arq Bras Cardiol 2010; 95(1) : 79-84)

Palabras clave: Perfil epidemiológico, trasplante cardíaco, listas de espera, Fortaleza (CE), Brasil.

Introducción

Brasil posee el mayor sistema público de trasplantes de órganos y tejidos, encontrándose en segundo lugar en la realización de ese procedimiento, atrás apenas de los Estados Unidos. Según el Tribunal de Cuentas de la Unión, en mayo de 2005, 62.785 enfermos esperaban un trasplante¹.

El trasplante sólo es realizado cuando el receptor esté inscripto en la Lista Única de Espera para la recepción del órgano, después de aconsejado sobre los beneficios y los riesgos del procedimiento y con debida autorización del receptor. Las Listas Únicas de Espera son formadas para cada tipo de órgano o tejido, estableciéndose criterios mínimos para selección de pacientes. De acuerdo con los criterios nacionales para selección de receptores de órganos, el aspecto cronológico de la fila de espera debe ser prioritario, seguido por la gravedad del estado de salud del paciente. Aunque

hay excepciones, que son caracterizadas como urgencia, igualando los derechos de los receptores, independientemente de clase socioeconómica y cultural².

Hay dificultad en la obtención de órganos y tejidos, así como en la estructura necesaria para la realización de procedimientos. Se constató, por segundo año consecutivo, disminución en la tasa de donantes efectivos en el Brasil. En 2004, la tasa fue de 7,3 donantes por millón de población (pmp), pasando a 6,4 pmp al año siguiente y 6,0 en 2006. Una de las mayores reducciones fue encontrada en los trasplantes cardíacos, páncreas y riñones³.

Las enfermedades cardiovasculares se destacan entre las alteraciones crónicas, pues son responsables por 16,7 millones de muertes al año, con proyecciones para el año 2020 de su mantención como causa principal de mortalidad e incapacitación⁴. Ceará es el segundo estado del Brasil en número de trasplantes y el quinto en trasplantes cardíacos, realizados en el Hospital de Messejana⁵.

Delante de esas consideraciones, se tiene como objetivos: describir las características de los pacientes de la Lista Única de Espera para trasplante cardíaco, considerando sexo y edad; identificar las principales cardiopatías que llevan al trasplante cardíaco y verificar el tiempo medio de permanencia del

Correspondencia: Francisca Elisângela Teixeira Lima •

Av. dos Expedicionários, 3406, bl.1 apt. 1203 - Benfica - 60410-410 - Fortaleza, CE - Brasil

E-mail: felisangela@yahoo.com.br

Artículo recibido el 14/04/09; revisado recibido el 16/09/09; aceptado el 27/01/10.

paciente en la Lista Única de Espera hasta la cirugía.

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo, documental y retrospectivo, con análisis cuantitativo. Los documentos analizados son referentes a los prontuarios de los 156 pacientes registrados en la Lista Única de Espera para transplante de corazón, en el período de 1999 a 2006, ya transplantados o no, independientemente de sexo y franja etaria.

La recolección de datos ocurrió en setiembre y octubre de 2007 en el Sistema Nacional de Transplante existente en la Central de Transplante de Ceará, ubicado en la ciudad de Fortaleza. Fue utilizado un formulario, conteniendo edad, sexo, fecha de inclusión y exclusión de la Lista Única de Espera para transplante cardíaco, enfermedad de base, casos de óbito, entre otros relevantes para la consecución de los objetivos propuestos.

Los datos fueron organizados y tabulados en tablas y expuestos en figuras en el programa *Excel* de *Windows XP Professional*. Los hallazgos fueron fundamentados según la literatura pertinente a la temática.

Los aspectos éticos y legales fueron contemplados, visto que el estudio fue realizado de acuerdo con la Resolución 196/96, de la Comisión Nacional de Salud⁶. El proyecto fue evaluado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad de Fortaleza, recibiendo parecer favorable para su desarrollo bajo nº 214/07.

Resultados

Características generales de los pacientes de la Lista Única de Espera para transplante cardíaco

En relación al sexo, como se puede ver en la figura 1, se

observó que 125 (81%) personas eran del sexo masculino y 31 (19%), del sexo femenino. La figura 2 muestra que la franja etaria varió de 1 a 71 años, predominando 56,4% adultos de media edad (40 a 64 años) y 22,4% adultos jóvenes (20 a 40 años), con una media de 36 años. Se evidencia en la figura 3 el predominio de pacientes procedentes de la capital del estado de Ceará, representando 79% de la muestra estudiada, 19% eran procedentes del interior del Estado y 2% eran de otros estados de la Federación, habiendo dos personas de Rio Grande de Norte y una de Rio Grande do Sul.

Factores relacionados al transplante cardíaco y la Lista Única de Espera

Se advierte en la figura 4 que las principales causas que llevan al transplante cardíaco en Ceará son las siguientes

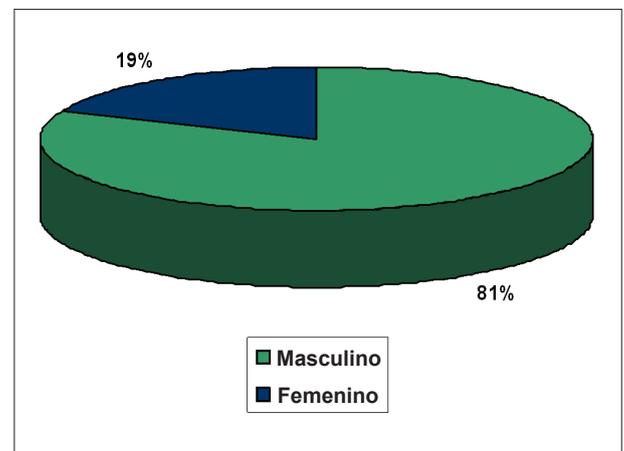


Fig. 1 - Caracterización de los pacientes de la Lista Única de Espera para transplante cardíaco, según el sexo. Ceará, 1999-2006.

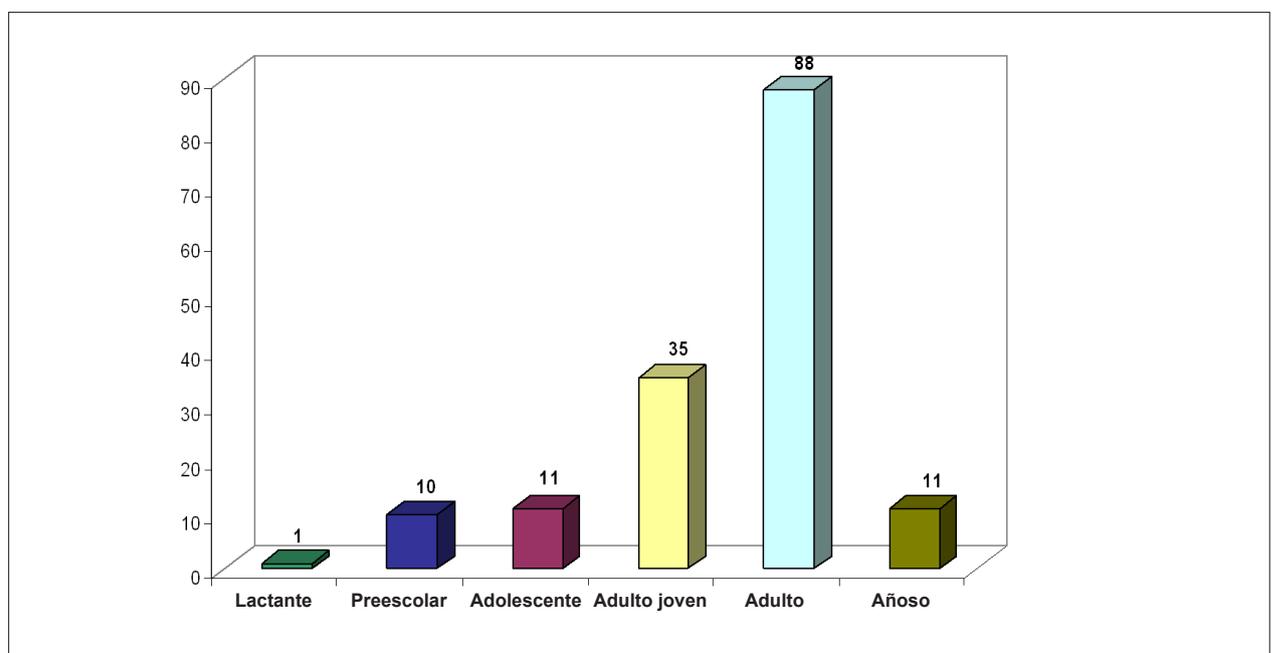


Fig. 2 - Caracterización de los pacientes de la Lista Única de Espera para transplante cardíaco, según la franja etaria. Ceará, 1999-2006.

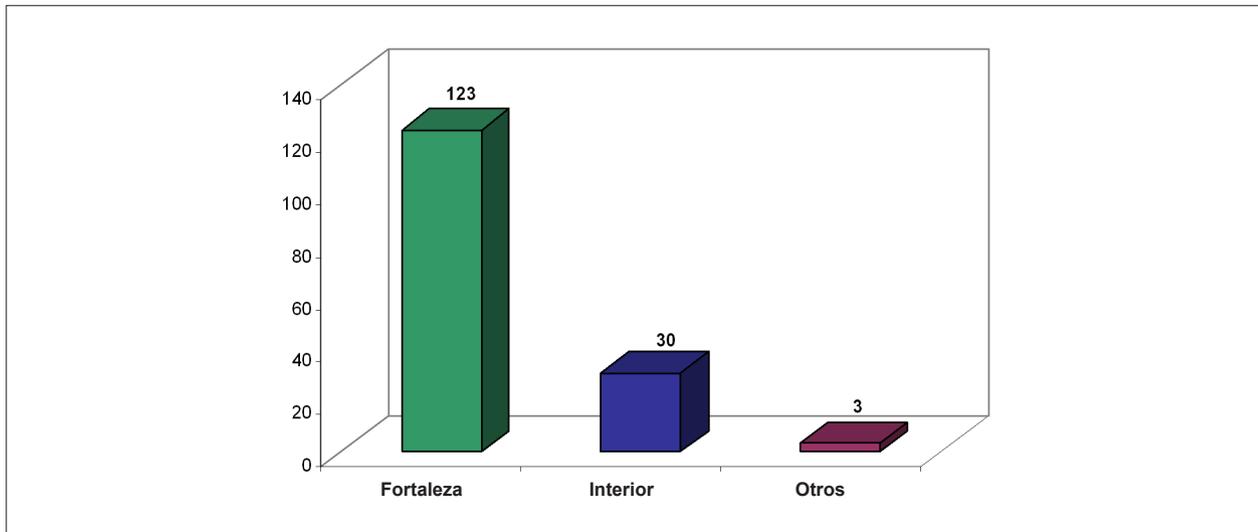


Fig. 3 - Caracterización de los pacientes de la Lista Única de Espera para trasplante cardíaco, según la procedencia. Ceará, 1999-2006.

miocardiopatías: dilatada (70), isquémica (22), chagásica (19), idiopática (18), alcohólica (14) e hipertrófica (1). Además de otras enfermedades (12), incluyendo las valvulares, malformación cardíaca congénita e insuficiencia coronaria.

Se identificó en la figura 5 un aumento considerable en el número de pacientes inscriptos en la lista de espera para trasplante, con un crecimiento más evidente en el año 2004 y 2005, habiendo una reducción en el año 2006. El tiempo medio de permanencia en la Lista Única de Espera fue de 136 días. Muchos pacientes esperaron ese tiempo y consiguieron ser transplantados, sin embargo están en esa media pacientes que fueron excluidos de la lista por algún otro motivo.

En cuanto al trasplante cardíaco, hubo un crecimiento hasta 2004, llegando a ser realizados 24 trasplantes en el referido año. En 2005 hubo una caída en el número de

procedimientos realizados, con 14 trasplantes, volviendo a elevarse ese índice a 17 en 2006.

Se constató que de los 156 pacientes inscriptos en la Lista Única de Espera, 102 (65,4%) fueron transplantados; 37 (23,7%) evolucionaron a óbito antes del trasplante; y 8 (5,1%) de los que entraron en la lista fueron excluidos por mejoría o empeoramiento del cuadro clínico y 9 (5,8%) permanecen en la fila.

Discusiones

El análisis de la franja etaria fue realizado a partir de las fases de desarrollo clasificadas según la literatura pertinente⁷: lactancia (del nacimiento hasta 1 año), primera infancia (1 a 3 años), preescolar (3 a 6 años), escolar (7 a 10 años), preadolescente (10 a 12 años), adolescente (12 a 19 años),

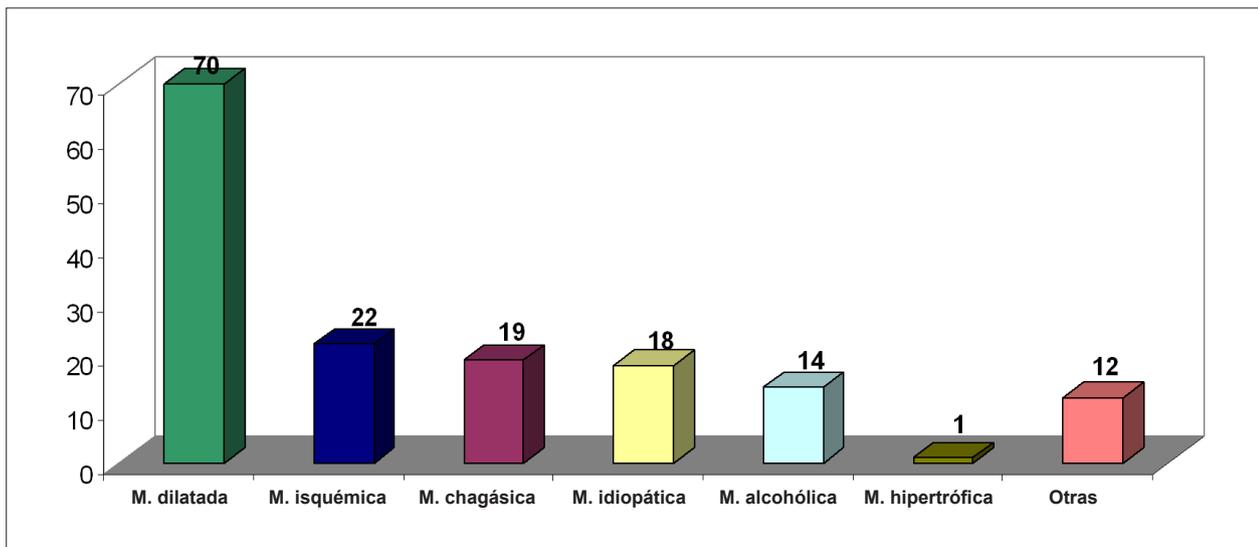


Fig. 4 - Caracterización de los pacientes de la Lista Única de Espera para trasplante cardíaco, según el diagnóstico relacionado con el trasplante cardíaco. Ceará, 1999-2006.

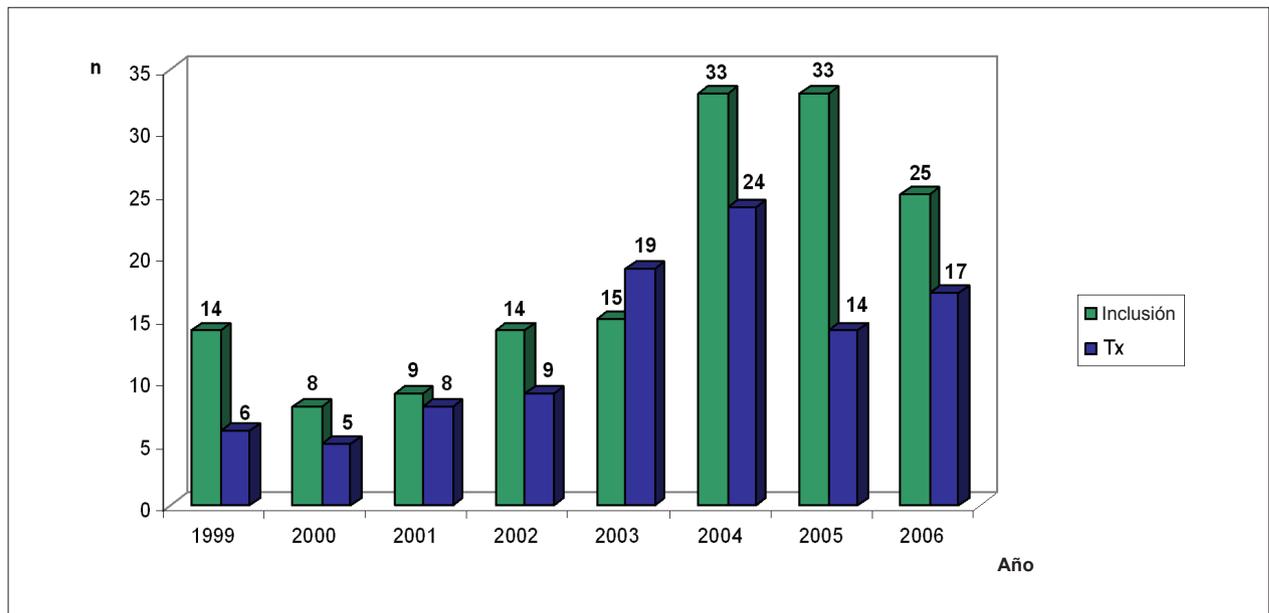


Fig. 5 - Caracterización de los pacientes en cuanto al año de inserción en la Lista Única de Espera y año de realización del transplante cardíaco. Ceará, 1999-2006.

adulto joven (20 a 40 años), adulto de mediana edad (40 a 64 años) y adulto de edad avanzada (≥ 65 años).

Los datos de la franja etaria convergen con la literatura, la cual afirma que la franja etaria predominante en la Lista Única de Espera para transplante cardíaco es entre 35 y 60 años de edad⁸. La edad límite para la realización del transplante cardíaco es relativa y de difícil decisión, los factores biológicos ejercen mayor influencia que la propia edad cronológica. El transplante cardíaco puede ser realizado en pacientes con edad variable, desde recién nacidos hasta los de edad avanzada, como fue encontrado en la población inscrita⁹.

En cuanto a las miocardiopatías, se observaron puntos de consonancia con la literatura seleccionada y el predominio de la miocardiopatía dilatada. En un estudio, las principales etiologías del transplante cardíaco fueron: dilatada en 47,4%, chagásica 24,7%, isquémica 23,7%, valvular 2,1% y otras miocardiopatías en 2,1% de los pacientes¹⁰. En otro estudio, desarrollado en otro período, predominaron también miocardiopatía dilatada idiopática (37,5%), miocardiopatía isquémica (33,9%), miocardiopatía chagásica (17,5%)⁷. Y otro más reciente constató, aún, similitud en los hallazgos, predominando cardiomiopatía dilatada idiopática (39%), chagásica (26,5%), isquémica (24,2%) y otras etiologías (10,3%)¹¹.

La miocardiopatía dilatada está caracterizada por una disfunción uni o biventricular de carácter progresivo, con una deficiencia en la contractilidad; la etiología es variada y puede ser decurrente de múltiples factores, entre ellos genéticos, inmunológicos y hasta infecciosos que son determinantes para que ocurra lesión del miocardio¹².

Cabe, por lo tanto, a los profesionales de la salud desarrollar estrategias educativas, buscando disminuir el índice de enfermedades cardiovasculares, y consecuentemente reducir la necesidad de transplante cardíaco.

Al comparar la inclusión en la Lista Única de Espera con la realización del transplante, se constata que, excepto en 2003, en todos los años a partir de 1999 hasta 2006 hay un mayor número de personas que son incluidas en la lista que aquellas que son transplantadas. Este hallazgo condice con el estudio realizado en el Instituto del Corazón, en la ciudad de San Pablo, con 141 pacientes con prioridad para el transplante cardíaco, en el cual fue constatado que 10% a 40% de los pacientes seleccionados para transplante no consiguen esperar la donación y fallecen en la fila¹¹.

Datos provistos por la Central de Transplante del Estado de Ceará afirman que los años de 2004, 2005 y 2006 fueron marcados por el aumento del número de pacientes que componían la lista de espera, con 928, 1.065 y 1.241, respectivamente.

Tal hallazgo revela la necesidad de promover campañas educativas, buscando incentivar a las personas a autorizar la donación de sus órganos en caso de muerte encefálica, así como de sus familiares. La literatura¹³ enfatiza que la familia debe ser orientada, aún en el momento de sufrimiento, sobre el hecho de que los órganos de su ser querido podrán salvar la vida de otras personas, o por lo menos mejorar su calidad de vida.

En el transcurso de los años de 1999 a 2006, 31% de los pacientes de la Lista Única de Espera candidatos al transplante cardíaco fueron excluidos de la lista; de esos, 25% murieron y 6% fueron retirados. Ese porcentual es superior al encontrado en los estudios de la United Network for Organ Sharing (UNOS), que muestran que 28% de los pacientes candidatos al transplante mueren o son retirados de la lista de espera⁹.

Muchas son las tentativas para resolver el problema de la carencia de órganos, incluyendo la producción de animales transgénicos y el uso de dispositivos de asistencia circulatoria mecánica, que posibilita al paciente con falencia del sistema

circulatorio tener la capacidad de esperar más tiempo por un trasplante⁸.

Se puede notar que, a pesar de los avances en el desarrollo de técnicas destinadas a la realización de ese procedimiento y del desarrollo de medicaciones que contribuyeron al aumento de la sobrevida, de la legalización de trasplantes y ampliación en el número de leyes que reglamentan esa práctica, todavía hay muchas barreras a ser enfrentadas. La principal de ellas es la falta de donantes, un problema de orden mundial. La escasez de donantes sólo prolonga el sufrimiento de esas personas que necesitan un injerto, especialmente en los pacientes que están en la lista de prioridad, por estar hospitalizados en condiciones críticas, cuya incapacidad se vuelve evidente¹⁴.

Además del problema de la falta de donantes, existe la dificultad del abordaje correcto, por parte del profesional de la salud, de la familia de un potencial donante, por ser una etapa delicada y determinante. Esos familiares deben ser abordados de manera que puedan entender lo que significa el diagnóstico de muerte encefálica, debiendo ser aclaradas sus dudas, sus sentimientos e inseguridades. Ese acompañamiento facilitará la toma de la decisión de los familiares, volviendo al paciente un potencial donante¹⁵.

La falta de infraestructura en los centros de salud para mantener un paciente con muerte encefálica, envolviendo también la escasez de camas, es un problema que interfiere en la realización de trasplantes. Sin embargo, también es un hecho que muchos profesionales todavía no se sensibilizaron de la necesidad de manutención de esos potenciales donantes, pudiendo haber hasta falla en el diagnóstico de muerte encefálica, demora para notificar a la Central, y las pocas campañas sobre donación de órganos son barreras todavía existentes⁹.

Conclusiones

El desarrollo de este estudio permitió caracterizar a los 156 pacientes incluidos en la Lista Única de Espera para trasplante cardíaco, en el período de 1999 a 2006. Las conclusiones fueron: 80% de los pacientes eran del sexo masculino, con franja etaria variando de 1 a 71 años, con una media de 36 años. La cardiopatía predominante que llevó a los pacientes de Ceará al trasplante cardíaco fue la miocardiopatía dilatada (53,4%). El tiempo medio de permanencia del paciente en la Lista Única de Espera hasta la realización de cirugía fue de 136 días. Se constató un crecimiento de pacientes inscritos en la

lista de espera para trasplante hasta el año 2004.

Al comparar la inclusión en la Lista Única de Espera con la realización del trasplante, se constata que, excepto en 2003, todos los años a partir de 1999 hasta 2006 hay un mayor número de personas que son incluidas en la lista, en relación a aquellas que son transplantadas.

Implicaciones para la práctica

Fue observada la importancia de la asistencia a la salud del paciente en la Lista Única de Espera, a la vista de que el tiempo de permanencia es muy variable, pudiendo durar apenas un día o hasta años. Para eso, se vuelve primordial la capacitación de las comisiones intrahospitalarias de trasplante de órganos, para que esos profesionales estén aptos a cuidar los pacientes y sus familiares de forma holística e individualizada.

Cabe, cada vez más, a los profesionales de salud que actúan en el Sistema Nacional de Trasplantes divulgar los procedimientos realizados, así como la cantidad de personas que están en la Lista Única de Espera, óbitos que suceden durante la permanencia en la lista, así como la diferencia entre la cantidad de muertes encefálicas que son notificadas y las donaciones autorizadas. Esa divulgación podrá sensibilizar y orientar la población en cuanto a las etapas del trasplante cardíaco, desmitificándolo.

Se sugiere, por lo tanto, realizar campañas con incentivo a la donación de órganos, buscando aumentar el número de donaciones efectuadas; desarrollar mecanismos que evalúen la calidad de los servicios prestados, divulgando los resultados; acompañar la sobrevida de los pacientes que realizaron el trasplante cardíaco en el estado de Ceará; y estimular el desarrollo de estudios sobre la temática.

Potencial Conflicto de Interesses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiamento

El presente estudio no tuvo fuentes de financiamiento externas.

Vinculação Acadêmica

No hay vinculación de este estudio a programas de post-graduo.

Referencias

1. Saúde nega problemas em fila de transplantes. Folha de São Paulo, São Paulo. 2006 abr 25. [Acessado em 2009 abr 13]. Disponível em: http://www.fbh.com.br/index.php?a=principal_temp.php&ID_MATERIA=4251.
2. Marinho A. Estudo sobre as filas para transplante no Sistema Único de Saúde brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2006; 22 (10): 2229-39.
3. Bruno M. Aumentam as doações de órgãos no Ceará. Diário do Nordeste: Ceará. [Acessado em 2009 abr 11]. Disponível em: <http://www.adote.org.br/noticias/htm>.
4. Avezum A, Guimarães HP, Piegas LS. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo e no Brasil. In: Nobre F, Serrano Jr CV. Tratado de Cardiologia SOCESP. Barueri (SP): Manole; 2005. p. 22-33.
5. 100º transplante cardíaco no Ceará. O Povo. Ceará. 2009 abr 11. [Acessado em 2009 abr 11]. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/clipping/modules.php?name=News&file=article&sid=6260>.
6. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº. 196/96.

- Decreto Nº. 93.933 de janeiro de 1987: estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4 (2): 15-25.
7. Jarvis C. Exame físico e avaliação em saúde. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
 8. Assef MAS, Valbuena PFMF, Neves Jr MT, Correia EB, Vasconcelos M, Magalhães HM, et al. Transplante cardíaco no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia: análise da sobrevida. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2001; 16 (4): 289-304.
 9. Garcia VD. Transplante de órgãos e tecidos. 2ª. ed. São Paulo: Segmento Farma; 2006.
 10. Couto WJ, Branco JNR, Almeida D, Carvalho AC, Vick R, Teles CA, et al. Transplante cardíaco e infecção. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2001; 16 (2): 141-51.
 11. Moreira LFP, Galantier J, Benício A, Leirner AA, Fiorelli AI, Stolf NAG, et al. Perspectivas da evolução clínica de pacientes com cardiomiopatia chagásica listados em prioridade para o transplante cardíaco. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2005; 20 (3): 261-9.
 12. Mattos BP. Mecanismos patogênicos, função ventricular e biópsia endomiocárdica na miocardiopatia dilatada. *Rev HCPA*. 2005; 25 (3): 60-4.
 13. Quase 70 mil brasileiros aguardam doação de órgãos para transplante. *O Globo*. Rio de Janeiro 2006 set 25. [Acessado em 2009 mar 9]. Disponível em: <http://www.adote.org.br>
 14. Vita WLS, Boemer T, Boemer MR. A questão dos transplantes e suas interfaces. *O Mundo da Saúde*. 2002; 26 (1): 158-66.
 15. Püschel VAA, Rodrigues AS, Moraes MW. A atuação da enfermeira na captação de órgãos para transplante em São Paulo: uma abordagem legal e bioética. *O Mundo da Saúde*. 2002; 26 (1): 167-73.