

LA PERSPECTIVA DE LOS NEFRÓLOGOS ACERCA DE LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE RENAL EN LA ARGENTINA

JAVIER ROBERTI¹, GIANNINA MUSSI², FEDERICO CICORA^{1,3}¹Fundación para la Investigación y Asistencia de la Enfermedad Renal (FINAER), Buenos Aires,²Centro Calidad de Vida, Libertador San Martín, ³Trasplante Renal, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Resumen El objetivo de este trabajo cualitativo fue explorar y describir la perspectiva de los nefrólogos acerca de la situación de la donación y el trasplante en la Argentina. Participaron 22 jefes de equipo de trasplante y/o profesionales a cargo de la toma de decisiones sobre la aceptación de injertos, donantes y candidatos a trasplante, de una muestra intencional. Se realizaron entrevistas en profundidad, semi-estructuradas, que se grabaron, transcribieron, analizaron y codificaron temáticamente. Más de la mitad de los participantes coincidió en la necesidad de promover la donación de órganos; casi la mitad dijo que los centros de diálisis no enviaban todos los pacientes que deberían a realizar estudios para trasplante. La mitad de los participantes confirmó que la información brindada por el equipo de procuración no era confiable. Se identificó la falta de adherencia de los pacientes al tratamiento como un problema serio, principalmente a causa de la situación socio-económica. 5/22 participantes expresaron que la cantidad de trasplantes no aumentaba por bajas tasas de donación, entrenamiento deficiente o falta de información de los nefrólogos. Los participantes percibieron una necesidad de información, entrenamiento y compromiso de los profesionales de la salud en la identificación y derivación de posibles donantes y receptores y señalaron que los problemas socioeconómicos afectan al proceso en diferentes etapas. Estos temas deberían ser tenidos en cuenta para mejorar los resultados del trasplante en un contexto de transparencia y equidad.

Palabras clave: trasplante renal, donación de órganos, investigación cualitativa, política sanitaria, Argentina

Abstract *Nephrologists' perspectives on kidney donation and transplantation in Argentina.* Our aim was to explore and describe Argentine transplant nephrologists' perspectives on the renal transplant situation. Professionals (n = 22) in charge of teams and/or responsible for accepting grafts, donors, and transplant candidates, were specifically chosen. In-depth semistructured interviews were recorded, transcribed, analyzed and thematically coded. More than 50% of these professionals agreed on the need to promote organ donation. Almost half felt that dialysis centers did not refer their patients to transplant centers for their evaluation; as they should. Half of participants stated that the information provided by the allocation team was unreliable. Patients' non-compliance was identified as a major problem, mainly due to socio economic issues. Participants (n = 5/22) maintained that transplantation procedures were stagnant mainly due to low donor rates, poor training or lack of information at hand for nephrologists and transplant nephrologists. Participants alleged the need of further information, training and commitment of health professionals in the identity and referral of donors and transplant candidates. Also, it must be taken into account that socioeconomic difficulties affect the process at different stages. These issues need to be addressed in order to improve transplantation outcome where transparency and equality are concerned.

Key words: renal transplantation, organ donation, public policy, qualitative research, Argentina

El trasplante renal está asociado a un menor riesgo de muerte y una mejor calidad de vida para pacientes que sufren de enfermedad renal en etapa terminal¹. Diversos factores intervienen en que este tratamiento esté disponible para un mayor número de pacientes y, entre ellos, el papel del nefrólogo que trabaja en trasplante es uno de los más importantes ya que es responsable de tomar

decisiones complejas a lo largo de todo el proceso, tales como la inclusión de un paciente en la lista de espera, la utilización de un determinado injerto, la aceptación de un donante vivo y la terapia inmunosupresora que se administrará²⁻⁴.

Los resultados de la investigación sobre las perspectivas de profesionales de la salud respecto de la donación y trasplante de órganos pueden mostrar información importante para el diseño e implementación de políticas y para la mejora de los resultados de esta práctica. Varios estudios sobre el tema revelaron que se observaba falta de conocimiento y entrenamiento en los profesionales

Recibido: 07-III-2014

Aceptado: 22-04-2014

Dirección postal: Lic. Javier Roberti, Austria 2381, 5, 1425 Buenos Aires, Argentina

e-mail: javierroberti@gmail.com

acerca de la muerte cerebral, la donación, la procuración y el implante de órganos, que era necesario implementar mejores campañas informativas o que los médicos percibían que su principal responsabilidad era brindar a sus pacientes el acceso a un trasplante y, al mismo tiempo, mantener la integridad profesional^{3, 5-12}.

En Argentina, el acceso al tratamiento sustitutivo para la enfermedad renal es universal. En el país hay 59 equipos de trasplante renal y 537 centros de hemodiálisis. En mayo de 2014, 28 000 pacientes recibían tratamiento de diálisis, 6000 de estos pacientes se encontraban en lista de espera para un trasplante renal, mientras la tasa de donación de órganos en 2013 fue de 13.46 pmh (por millón de habitantes)¹³. El objetivo del presente trabajo fue explorar y describir la perspectiva de nefrólogos que se dedican al trasplante sobre la situación del trasplante renal en Argentina, para contribuir con la concientización acerca de la posibilidad de mejorar los resultados de trasplante.

Materiales y métodos

La limitada información sobre el tema justificaba un estudio exploratorio cualitativo. Para la selección de los participantes se tomó una lista de los profesionales incluidos en los equipos de trasplante en todo el país disponible en página web del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). De esta lista se realizó una selección intencional de aquellos profesionales que aparecían con los cargos de jefes o subjefes de equipos, de centros de trasplante públicos y privados, en diferentes regiones de Argentina. Luego, se invitó por *e-mail* a los profesionales a participar del estudio y, con quienes aceptaron, se realizaron 22 entrevistas hasta llegar a una saturación teórica. Entre 2012 y 2013, dos investigadores, JR y GM, realizaron entrevistas semiestructuradas, en profundidad, con una guía de disparadores que reflejaban los pasos del proceso de donación y trasplante, realizada a partir de una revisión de la literatura: derivación de pacientes de centros de diálisis, relación con equipos de centros de diálisis, la donación, la procuración y distribución de órganos, la relación con equipos de procuración, el implante, la relación con la institución, relación con los pacientes, cómo ven la profesión y los desafíos o dificultades que perciben. Se les informó a los participantes que la información que brindarían sería anónima y confidencial. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 40 minutos y fueron grabadas, transcritas en un programa procesador de textos y, de allí, ingresadas al programa MAXQDA11 (Verbi GmbH, Berlín, Alemania), utilizado para el análisis de datos cualitativos y mixtos. Uno de los autores, FC, también nefrólogo, no participó ni de las entrevistas ni de las primeras etapas de análisis para cuidar el anonimato y confidencialidad de la información. JR y GM realizaron independientemente la organización y el análisis de contenido a través de la codificación temática del texto de las entrevistas^{14, 15}. Los códigos utilizados fueron del tipo descriptivo, categorial y analítico aplicado sobre hechos, actividades, prácticas, condiciones, significados asignados, contextos, consecuencias y reflexiones encontradas en el texto de las entrevistas. Se realizaron reuniones para debatir y consensuar los códigos utilizados. En reuniones posteriores se compararon las estructuras de códigos con la participación de otro investigador, FC. Con la ayuda del programa MAXQDA se extrajo el texto de cada una de las entrevistas que se correspondía a cada código y se revisó la consistencia de

aplicación del mismo por parte de cada investigador y entre los investigadores. La estructura de codificación temática fue refinada a través de sucesivas lecturas de las entrevistas y la revisión de los códigos utilizados por cada investigador, en varias oportunidades, para captar todos los conceptos expresados por los participantes.

Resultados

Participaron 22 nefrólogos que trabajan en trasplante en la Argentina, de instituciones privadas y públicas, de la Ciudad de Buenos Aires y seis provincias. Se presentan los resultados agrupados en los siguientes temas: los centros de diálisis y la derivación de pacientes a trasplante, la procuración y distribución de órganos, los desafíos en donación de órganos, la relación y el compromiso con el paciente que implica la profesión, la relación con otros centros de trasplante y la competencia, problemas socio-económicos y su impacto en el proceso de trasplante y propuestas para mejorar la situación del trasplante en Argentina. Además, se incluyen citas ilustrativas.

Sobre los centros de diálisis, los profesionales y los pacientes que allí se tratan, 10/22 participantes expresaron que creían que los nefrólogos de los centros de diálisis no enviaban a todos los pacientes que deberían a los centros de trasplante para realizar estudios pre-trasplante y que esto sería resultado de una falta de información y/o un conflicto de intereses económicos. Cuatro de 22 profesionales consideraron un error que los nefrólogos de los centros de diálisis sean quienes en primer lugar evalúan la posibilidad de trasplante de un paciente. Por otro lado, 2/22 participantes opinaron que los nefrólogos de los centros de diálisis sí querían que sus pacientes fueran trasplantados y los acompañaban en el proceso. Un participante afirmó que en la práctica, los pacientes de diálisis no elegirían libremente el centro de trasplante, ya que son enviados al centro de trasplante seleccionado por el nefrólogo del centro de diálisis.

“Hay intereses espurios también que hacen que muchos les digan a los pacientes que tienen que seguir en diálisis seis meses primero antes de trasplantar para estar preparado, por ejemplo”. Mujer, Ciudad de Buenos Aires.

“Yo estoy en total desacuerdo con que los nefrólogos tengan esta potestad; sin pensar en malas intenciones, quizás piensan que por la edad, por un cáncer de hace 10 años, no puede”. Hombre, Ciudad de Buenos Aires.

“La relación con la gente de diálisis debería ser fluida pero parecen ser componentes enfrentados en el sistema”. Hombre, Ciudad de Buenos Aires.

Con respecto a la procuración y distribución de órganos, 6/22 participantes expresaron que mantienen una buena relación con los equipos de procuración y que el sistema se caracterizaba por su transparencia. Sin embargo, 11/22 profesionales explicaron que la información sobre los órganos que proporciona el equipo de distribución al equipo de trasplante no es confiable porque la persona

responsable no cuenta con suficiente información sobre el injerto o porque no hay en el equipo un especialista. Cuatro entrevistados dijeron que el principal problema en la etapa de distribución de órganos era el prolongado tiempo de isquemia fría de los órganos a causa de la gran cantidad de gente que interviene en el proceso, la falta de muestras de sangre actualizadas en la seroteca del INCUCAI para la realización de las pruebas de compatibilidad y por la extensión del territorio nacional. Tres de 22 participantes opinaron que a menudo se ofrecen órganos que no debían haber sido ablacionados.

“Si ellos te dicen mal las cosas, nos encontramos con sorpresas en el quirófano. Tienen que apuntalar un poco más los informes quirúrgicos”. Mujer, Ciudad de Buenos Aires.

“Yo creo que hay un montón de operativos que se llevan hasta el final que deberían terminarse antes y de esa manera vos no gastás recurso humano, económico, no desgastás a la gente, etcétera”. Hombre, región Litoral.

“La gente del Incucai está bien preparada, hacen las cosas según la norma, la ley, exigen que se hagan de esa manera”. Hombre, región Litoral.

Sobre los desafíos presentes en la donación de órganos, 12/22 participantes coincidieron en la necesidad de una mayor promoción de la donación de órganos, especialmente para donaciones con donante vivo, modalidad que no se conoce lo suficiente para promover un mayor acceso al trasplante. Según los médicos entrevistados, la baja tasa de donación en Argentina se debe a la falta de información en la población general y a la falta de denuncia de donantes potenciales con muerte cerebral. Asimismo, 8/22 participantes afirmaron que desde las unidades de terapia intensiva (UTI) no se realizarían las denuncias al INCUCAI de todos los donantes potenciales con muerte cerebral porque las camas ocupadas por estos pacientes serían requeridas rápidamente, sin poder esperar la llegada del equipo de ablación del INCUCAI, o a causa de cierta ambigüedad en la definición de muerte cerebral que dificultaría para algunas personas la aceptación de la muerte del paciente. Cinco de 22 participantes manifestaron que la falta de órganos afecta principalmente a la población pediátrica que espera un trasplante, ya que los padres se negarían con frecuencia a donar los órganos de sus hijos, y también expresaron su preocupación acerca de que muchas veces a la población añosa se le niega la posibilidad de recibir un trasplante por los altos costos de las posibles complicaciones típicas de este grupo.

“No se denuncian las muertes encefálicas por no tener el problema de llamar al coordinador, por tener la cama vacía más rápido. Si vos dejás las muertes encefálicas libradas al azar, tienen paro cardíaco y ponen paro cardíaco”. Hombre, Ciudad de Buenos Aires.

“Las causas [de la falta de donación] son multifactoriales: falta de educación de la población y campañas, problemas culturales, desconfianza en el Gobierno y en el

equipo médico en general, falta de recursos económicos en los diferentes médicos coordinadores de procuración; la nueva estrategia de hospital donante diluye las responsabilidades. Los equipos de UTI no tienen estímulo económico. Educación no sólo de la población sino también de médicos encargados de UTI que no denuncian las muertes, en parte para no tener más trabajo del que tienen a diario”. Hombre, región Centro.

Otro tema identificado fue la relación y compromiso con el paciente; sobre esto, 4/22 nefrólogos consideraron que la elección de realizar un trasplante constituía una carga de responsabilidad por el riesgo que implicaba la falta de adherencia al tratamiento inmunosupresor y porque la muerte de un paciente después de un trasplante es percibida de un modo diferente de la del paciente que muere mientras realiza un tratamiento de diálisis; en el primer caso, los familiares tienden a atribuir la causa de muerte al trasplante. Los mismos participantes coincidieron en que el trasplante con donante vivo es el que implica mayor responsabilidad porque se realiza una intervención en una persona sana. Once de 22 participantes reconocieron que la falta de adherencia al tratamiento inmunosupresor constituye uno de los principales problemas y que el grupo de pacientes pediátricos sería el más afectado. Según los profesionales, las causas de la falta de adherencia serían la escasa educación de los pacientes, la ausencia de información, los problemas socioeconómicos y las falsas expectativas acerca de los resultados del tratamiento. Los participantes coincidieron en que sentían una gran frustración frente a este problema; uno de ellos señaló que se está observando un fenómeno nuevo: los padres de pacientes pediátricos trasplantados no adhieren al tratamiento que deberían administrar a sus hijos. Al referirse a sus propios centros, 4/22 profesionales explicaron que estaban implementando medidas para promover la adherencia al tratamiento de sus pacientes trasplantados, tales como reuniones grupales y seguimiento telefónico personalizado.

“El decirle que sí es asumir el paciente, el riesgo, te comprás un problema. Está jorobado pero es muy lindo porque el paciente cuando viene acá se interna para mejorar algo, viene contento. El riesgo que uno asume es que se tiene que ir contento”. Hombre, Ciudad de Buenos Aires.

“La situación más estresante que tenemos es el donante vivo. Es una responsabilidad enorme. Los que se trasplantan son pacientes enfermos a los que uno les da un tratamiento, pero el que dona es un paciente sano, no es un paciente, es una persona sana”. Hombre, Ciudad de Buenos Aires.

También se identificó el tema de la relación con otros centros de trasplante y la competencia. Seis participantes expresaron que creían que la cantidad de trasplantes en Argentina se encontraba en una meseta a causa de la falta de información y formación de nefrólogos; 3/22 participantes opinaron que el aumento de la cantidad de

centros de trasplantes en Argentina constituiría un obstáculo para el crecimiento del área por la disgregación de la experiencia. Dos participantes destacaron que ciertas prácticas comerciales desleales en algunos centros contribuían a bajar el costo del trasplante renal en Argentina e impedirían el crecimiento. Seis de 22 participantes coincidieron en que los centros deberían mostrar los resultados para una sana y beneficiosa competencia. Igual número de profesionales coincidió en que la investigación en trasplante renal debería ser promovida por instituciones locales tales como la Sociedad Argentina de Trasplante, en que debería ser mejor paga, y en que se necesitaría un mayor compromiso de los médicos que trabajan en el área. Tres profesionales coincidieron en que es necesario promover la investigación multi-céntrica, la investigación sobre infecciones en pacientes trasplantados renales y el desarrollo de nuevas drogas.

“Cuando sale un nuevo centro a competir no lo hace por calidad, no compite con la calidad sino con el precio, baja el precio y eso hace mal, el valor de mercado cae”. Hombre, Ciudad de Buenos Aires.

“Las instituciones deberían mostrar sus resultados porque sería una competencia sana”. Hombre, Ciudad de Buenos Aires.

En cuanto a los problemas socioeconómicos y su impacto sobre el trasplante, 6/22 participantes afirmaron que los pacientes con dificultades económicas no podían pagar los gastos del viaje al centro de trasplante para realizar evaluaciones pre-trasplante o visitas de seguimiento, más allá de reconocer que en Argentina el acceso al trasplante es universal. Dos participantes de provincias del norte del país coincidieron en la necesidad de debatir la posibilidad de realizar algún tipo de pago a los familiares de potenciales donantes cadavéricos que no puedan solventar los gastos de la estadía en la ciudad donde el donante está internado durante el proceso de procuración. Un participante destacó que los equipos de procuración y distribución no cuentan con los recursos suficientes por problemas económicos.

“El problema son los pacientes de bajos recursos; las personas carenciadas tienen problemas para trasladarse hasta el centro de trasplante para los controles”. Mujer, Ciudad de Buenos Aires.

Las propuestas más frecuentes fueron: más y mejores campañas de concientización sobre la donación de órganos y la salud renal, la implementación de programas de formación para nefrólogos que trabajan en centros de diálisis sobre actualización en avances en trasplante, la creación de un sistema de información de resultados de los centros, el establecimiento de un sistema de financiación centralizado para trasplante y una mayor promoción de la investigación.

“Faltan muchas cosas pero lo más importante es la conformación de un grupo humano; las relaciones profesionales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes”. Hombre, región del Litoral.

“Los equipos de ablación y de implante tienen que trabajar juntos”. Hombre, Ciudad de Buenos Aires.

Discusión

En el presente estudio exploratorio encontró que para los nefrólogos que trabajan en trasplante existiría una necesidad fundamental de información, formación y compromiso de los profesionales de la salud para la correcta identificación y derivación de aquellos pacientes que podrían beneficiarse con el trasplante renal y de potenciales donantes de órganos. Asimismo, si bien los tratamientos sustitutos de la función renal son cubiertos por fondos del Estado, diversos problemas socioeconómicos impactan en el proceso de donación y trasplante.

Desde la perspectiva de los profesionales, la falta de información en la población en general, en los pacientes y en los profesionales de la salud que se desempeñan en centros de diálisis, UTIs, en equipos de procuración y distribución y en los mismos equipos de trasplante constituiría el principal obstáculo para el incremento del número de trasplantes en Argentina. Dicho problema alcanzaría a todas las etapas del proceso y, como resultado, según la opinión de los entrevistados, se darían las siguientes fallas en los recursos humanos: algunos nefrólogos de los centros de diálisis no derivarían a los pacientes para estudios pre-trasplante, los intensivistas no informarían al INCUCAI sobre pacientes con muerte cerebral, los equipos de procuración y distribución de órganos no brindarían información confiable a los equipos de trasplante y algunos equipos de trasplante no aceptarían ciertos candidatos a trasplante por posibles complicaciones con altos costos. Esta percepción sobre una significativa falta de información en los recursos humanos que intervienen en todo el proceso coincide con lo que se encontró en diversos estudios de opinión de profesionales de la salud que se desempeñan en trasplante en varios países⁵⁻¹⁵. Otras investigaciones también muestran la percepción por parte de profesionales de la salud de que tanto en los estudios de grado y posgrado, la formación sobre donación y trasplante de órganos es insuficiente; en particular, se destaca que la información y la formación adecuadas de los profesionales que intervienen en etapas tempranas del proceso de donación y trasplante tendría un impacto positivo significativo en el crecimiento de las tasas de donación^{8, 10, 14, 16}. Un aspecto importante es que según algunos de los profesionales entrevistados existirían conflictos de intereses económicos que impactarían negativamente en el acceso de los pacientes al trasplante. Esta preocupación también se ve en otros contextos; en un estudio reciente sobre la ética en diálisis se señalaba que la competencia de mercado no sería aceptable en el ámbito de la salud¹⁷.

Resulta llamativo que la mitad de los profesionales consultados dijera que la información recibida de los

equipos de procuración y distribución del INCUCAI al momento de ofrecer un órgano sería inexacta y poco fiable, posiblemente por falta de información o formación en la persona a cargo de la tarea específica de contactar los centros de trasplante. La confirmación y la explicación de este fenómeno van más allá de los objetivos de este estudio. Cabe destacar que más allá de esto, los profesionales destacaron la transparencia del sistema y que la relación con los equipos de procuración es buena o muy buena. Se podría inferir que la mejora en la calidad de la interacción entre los diferentes niveles de atención de la salud renal solucionaría este problema tal como se expresó en un estudio en Canadá¹². Más allá de que quien ofrece el órgano no cuente con información suficiente, esta percepción de los profesionales, en particular cuando se refieren a la calidad del órgano que reciben en el centro de trasplante, puede deberse, como afirmaron algunos participantes en coincidencia con un estudio sobre los métodos de preservación de órganos, a que gracias a la creciente experiencia y a los avances en las técnicas y la inmunosupresión se utilizan cada vez más órganos de donantes con criterio expandido¹⁸. Es interesante que sólo un participante advirtiese que este problema podría deberse a la falta de recursos suficientes en los equipos de procuración.

Un elemento clave para la promoción de la donación de órganos es el modo en que los profesionales y la población en general perciben y entienden la muerte cerebral. En Corea y Suecia, se encontró que los profesionales de la salud que trabajaban en UTIs tenían una idea ambigua del concepto de muerte cerebral, a tal punto de llegar a creer que la muerte cerebral no era una “verdadera muerte”^{17, 19}. Según los autores de estos trabajos, este fenómeno podría contribuir a que se den menores tasas de denuncia de potenciales donantes en UTIs o podría desalentar a que los familiares de un paciente con muerte cerebral acepten donar sus órganos. Esta preocupación se repitió en los profesionales entrevistados e incluso algunos de ellos sugirieron que mantener informados a los intensivistas sobre los resultados de los trasplantes realizados a partir de los donantes informados por ellos podría promover la denuncia de potenciales donantes. En relación con el lenguaje utilizado en este ámbito, en un estudio realizado en Nueva Zelanda se encontró que la terminología para describir la donación de órganos minimizaba el sacrificio que implicaba cualquier tipo de donación de órganos¹⁶. En este sentido, varios de los participantes argentinos coincidieron en que, según su opinión, las campañas informativas sobre donación de órganos no eran efectivas.

A diferencia de lo que se observó en un estudio sobre la perspectiva de nefrólogos en Australia, los nefrólogos argentinos no perciben ningún tipo de presión en la selección de candidatos a trasplante para salvaguardar los resultados del centro al que pertenecen³. Todos ellos

destacaron la universalidad del acceso al trasplante en Argentina aunque, de todos modos, la situación económica impactaría en distintas etapas del proceso; en particular, destacaron la imposibilidad de algunos pacientes de pagar los viajes para concretar las visitas de seguimiento y control, lo que, a su vez, tiene consecuencias en la adherencia al tratamiento y, por ende, en el resultado del trasplante. No obstante, algunos participantes mencionaron que percibían que podría suceder que ciertos centros no sean proclives a aceptar algunos pacientes añosos por los costos relacionados. Asimismo, otro grupo etario que según la opinión de los profesionales tiene desventajas para el acceso al trasplante es el de los pacientes pediátricos, pero esto se daría principalmente por la baja tasa de donación de órganos en este grupo, lo cual constituye una preocupación también en otros países^{20, 21}.

El estrés y el *burnout* en de los médicos y en particular en quienes se dedican al trasplante constituyen preocupaciones crecientes en todo el mundo; asimismo, factores específicos asociados a la profesión complejizan la situación^{22, 23}. Si bien en este estudio el tema no fue mencionado directamente, se observó que los profesionales sienten un gran peso al asumir la responsabilidad de realizar un trasplante de riñón a un paciente que, a diferencia de lo que podría suceder con un trasplantado cardíaco, por ejemplo, podría seguir viviendo sin el trasplante, o cuando un donante vivo es sometido a una intervención.

Con respecto a la relación médico-paciente, se observó que los participantes la describieron con frecuencia en términos paternalistas que quizás surja a partir de la gran responsabilidad que muchos participantes expresaron que sentían frente a sus pacientes; se puede destacar que la gran mayoría dijo estar atenta a las necesidades psicológicas de sus pacientes y unos pocos profesionales hicieron hincapié en que sería necesario prestar más atención a la calidad de vida de la persona trasplantada, más allá de la supervivencia del injerto o del paciente. Como se vio en otros estudios, el grupo de pacientes más vulnerable sería el de los adolescentes, que son percibidos como los más propensos a no cumplir con la adherencia al tratamiento²⁴⁻²⁶.

Una de las principales preocupaciones expresadas por los participantes del estudio fue la de que se considere a la cantidad de trasplantes como un objetivo a cumplir por sobre la calidad de los mismos. No obstante, la situación del trasplante renal en Argentina comparada con la de otros países, según la percepción de los profesionales, sería mejor en términos de acceso, tasa de donación y cantidad de trasplantes; varios hicieron referencia a España como ideal a imitar. Ya en Argentina, destacaron que el modelo favorecería a las ciudades con más población o centros de trasplante grandes, y que ciertas provincias se ven perjudicadas por la falta de recursos humanos.

Se deben considerar las limitaciones del estudio al momento de interpretar sus hallazgos. El trabajo hace

referencia a lo que los profesionales que se dedican al trasplante opinan de la situación en Argentina, por lo que la posibilidad de transferencia a otros contextos está restringida. La utilización de un método cualitativo se justifica por la naturaleza exploratoria del estudio pero, por recursos limitados, no se pudieron repetir las entrevistas para captar cambios ni se pudieron realizar entrevistas en algunas de las provincias donde existen también centros de trasplante. Asimismo, se debe tener en cuenta un potencial sesgo de selección. Sería beneficioso indagar más en profundidad acerca de las creencias de los profesionales debido a lo que implica desde el punto de vista ético. Por supuesto, para tener una imagen completa de la situación es necesario estudiar la perspectiva de aquellos profesionales que se desempeñan en los centros de diálisis, en los equipos de procuración y la de los pacientes mismos.

Las opiniones de los profesionales y de los pacientes adquieren cada vez más importancia en el diseño de políticas sanitarias^{3, 12}. En conclusión, desde la perspectiva de los profesionales entrevistados, se necesitaría una mejor integración de la atención de la enfermedad renal en etapa terminal, una mayor y mejor información acerca de la donación y trasplante de órganos, tanto en la población general como en los médicos, una comunicación más efectiva entre los equipos que participan en todo el proceso, un mayor compromiso por parte de los profesionales de la salud para una mejor identificación de potenciales donantes y receptores de trasplante y una atención específica a las necesidades del paciente para, en conjunto, mejorar los resultados del trasplante en un marco de transparencia y equidad.

Agradecimientos: A todos los profesionales que generosamente participaron en este estudio.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Tonelli M, Wiebe N, Knoll G, et al. Systematic review: kidney transplantation compared with dialysis in clinically relevant outcomes. *Am J Transplant* 2011; 11: 2093-109.
2. Jha V, Garcia-garcia G, Iseki K, et al. Global Kidney Disease 3, Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet* 2013; 382: 260-72.
3. Tong A, Howard K, Wong G, et al. Nephrologists' perspectives on waitlisting and allocation of deceased donor kidneys for transplant. *Am J Kidney Dis* 2011; 58: 704-16.
4. Zamperetti N, Bellomo R, Piccinni P, Ronco C. Reflections on transplantation waiting lists. *Lancet* 2011; 378: 632-5.
5. Alsaied O, Bener A, Al-Mosalamani Y, Nour B. Knowledge and attitudes of health care professionals toward organ donation and transplantation. *Saudi J Kidney Dis Transplant* 2012; 23: 1304-10.
6. Schaeffner ES, Windisch W, Freidel K, et al. Knowledge and attitude regarding organ donation among medical students and physicians. *Transplantation* 2004; 77: 1714-8.
7. Kim JRT, Elliott D, Hyde C. Korean health professionals' attitudes and knowledge toward organ donation and transplantation. *Int J Nurs Stud* 2004; 41: 299-307.
8. Ríos A, Ramírez P, del Mar Rodríguez M, et al. Attitude of ancillary personnel faced with living kidney donation in a hospital with a living donor kidney transplant program. *Transplantation* 2007; 83: 336-40.
9. Tong A, Chapman JR, Wong G, Josephson M, Craig JC. Public Awareness and attitudes to living organ donation: systematic review and integrative synthesis. *Transplantation* 2013; 15; 96: 429-37.
10. Melo J, Batista A, Teixeira A, et al. Knowledge and behavior among health professionals in relation to cadaveric organ donation and transplantation: a questionnaire-based analysis in Portuguese hospitals. *Transplant Proc* 2011; 43:1429-33.
11. Bøgh L, Madsen M. Attitudes, knowledge, and proficiency in relation to organ donation: a questionnaire-based analysis in donor hospitals in northern Denmark. *Transplant Proc* 2005; 37: 3256-7.
12. Davison SN, Kromm SK, Currie GR. Patient and health professional preferences for organ allocation and procurement, end-of-life care and organization of care for patients with chronic kidney disease using a discrete choice experiment. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25: 2334-41.
13. Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante [Internet] Buenos Aires: Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (IN-CUCAI). En: <https://cresi.incucai.gov.ar/IniciarCresiFromSintra.do>; consultado el 06/05/2014.
14. Noguero FL. El análisis de contenido como método de investigación. *XXI Rev Educación* 2009; 4: 167-79.
15. Gibbs G. Analyzing Qualitative Data. London: SAGE Publications Ltd; 2007.
16. Shaw R. Perceptions of the gift relationship in organ and tissue donation: Views of intensivists and donor and recipient coordinators. *Soc Sci Med* 2010; 70: 609-15.
17. Ozar DT, Kristensen C, Fadem SZ, Blaser R, Singer D, Moss AH. Nephrologists' professional ethics in dialysis practices. *Clin J Am Soc Nephrol* 2013; 8: 840-4.
18. Maathuis M-HJ, Leuvenink HGD, Ploeg RJ. Perspectives in organ preservation. *Transplantation* 2007; 83: 1289-98.
19. Flodén A, Berg M, Forsberg A. ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation: a phenomenographic study. *Int Crit Care Nurs* 2011; 27: 305-16.
20. Bell LE, Bartosh SM, Davis CL, et al. Adolescent transition to adult care in solid organ transplantation: a consensus conference report. *Am J Transplant* 2008; 8: 2230-42.
21. Siebelink MJ, Albers MJ, Roodbol PF, Van de Wiel HBM. Children as donors: a national study to assess procurement of organs and tissues in pediatric intensive care units. *Transplant Int* 2012; 25: 1268-74.
22. Bertges Yost W, Eshelman A, Raoufi M, Abouljoud MS. A national study of burnout among American transplant surgeons. *Transplant Proc* 2005; 37: 1399-401.
23. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed? *J Ment Health* (Abingdon, England). 2011; 20: 146-56.
24. Kiberd J, Acott P, Kiberd B. Kidney transplant survival in pediatric and young adults. *BMC Nephrol* 2011; 12: 54.
25. Shellmer D, Dabbs A, Dew M. Medical adherence in pediatric organ transplantation: what are the next steps? *Curr Opin Organ Transplant* 2011; 16: 509-14.
26. Rianthavorn P, Ettenger RB. Medication non-adherence in the adolescent renal transplant recipient: a clinician's viewpoint. *PediatrTranspl* 2009; 9: 398-407.