

Dona tus órganos....

....Prolonga la vida

INDICE

- DONAR: Dar a un ser sin esperanza....
La esperanza de vivir
- Donantes Potenciales
- Los receptores
- El receptor de trasplante cardíaco
- El receptor de trasplante de córnea
- El receptor de trasplante hepático
- El receptor de trasplante renal

DONAR:

Dar a un ser sin esperanza...

La esperanza de vivir

Razones por las cuales todos deberíamos ser donantes de vida:

- ✓ Porque a diario miles de personas en el mundo fallecen por la insuficiencia terminal de uno y/u otro órgano.
- ✓ Porque el trasplante es el único tratamiento médico que requiere del apoyo incondicional de la sociedad: "Sin Donantes.....No hay trasplantes". Es un acto benéfico y solidario que aporta la sociedad a sus integrantes enfermos a través de los Servicios de Salud.
- ✓ Porque con este gran acto de solidaridad, generosidad y misericordia nosotros contribuiríamos a disminuir cada vez más el número de pacientes en lista de espera para un trasplante, única alternativa para mejorar su calidad de vida.
- ✓ Porque si en vida fuimos serviciales al prójimo, Entonces, ¿porqué no seguir siéndolo después de haber dejado de vivir?
- ✓ Porque en lugar de dejar los órganos al destino de la descomposición y posterior putrefacción, sería mejor dejarlos a la noble y más solidaria causa de mejorar la calidad de vida de pacientes que viven dependientes de aparatos médicos para poder sobrevivir, aunque sea por un corto lapso de tiempo más. Dependencia, que les impide llevar normalmente una vida activa a nivel laboral, social y familiar.
- ✓ Porque con las córneas que donemos le cumpliríamos el deseo a ciertas personas de poder ver el mundo que los rodea, oportunidad, de la cual gozamos nosotros en vida.
- ✓ Porque con nuestros huesos que donemos, podríamos darle la oportunidad a un prójimo de volver a caminar.
- ✓ Porque sabía Usted, que por cada persona que done todos sus órganos y tejidos (sin que se le note), se pueden beneficiar muchos pacientes.
- ✓ Porque nosotros mismos no sabemos si algún día haremos parte de una lista de espera de los que necesitan trasplante de componentes anatómicos.
- ✓ Porque la mayoría de las religiones considera la donación de órganos como el más grande acto de bondad y solidaridad para con los prójimos enfermos.

- Cuando donamos un órgano damos algo más que una parte de nosotros. Damos a un ser sin esperanza.....la esperanza de vivir
- La donación es un acto altruista, lo que significa no recibir nada a cambio de la noble acción, pues se trata de un acto de solidaridad.
- La gran recompensa posible para el donante y sus familiares es la de salvar una vida.

Todos somos posibles donantes – salvo que en vida hayamos manifestado expresamente lo contrario -, y para que así conste, el decreto 2493 de 2004 así lo legisla. Pero, aunque la ley lo autorice y exprese la posibilidad de realizar la extracción, los médicos, por respeto a los sentimientos y a la libre voluntad, pedirán la autorización a los familiares del paciente fallecido.

Cualquier persona que haya cumplido los dieciocho años puede hacerse **donante voluntario**, expresando el deseo de que una vez que se produzca el fallecimiento (por muerte encefálica o paro cardio-respiratorio irreversible) sus órganos y/o tejidos sean utilizados para ayudar a salvar vidas o para mejorar la calidad de vida de los enfermos que los necesiten. En lo que respecta a los menores de edad que sean mayores de siete (7) días de nacidos, en caso de presentar muerte por criterio neurológico (muerte encefálica), se solicitará la autorización de donación a sus familiares o responsables directos. Es importante aclarar que acorde a lo contemplado en la normatividad vigente, si pasadas seis (6) horas luego de diagnosticarle a un paciente la muerte encefálica o antes del inicio de una necropsia, no aparecen responsables del fallecido puede aplicar la donación por presunción legal.

Para ser un Donante Voluntario de órganos y tejidos podemos hacerlo de cualquiera de estas formas:

- Basta con **manifestar a los familiares** cercanos la intención de donar. Realmente no hay forma de asegurar que alguien va a ser donante, ya que es imposible predecir en que circunstancia va a fallecer. Es necesario compartir la decisión con la familia y solicitar que en caso de fallecimiento, su voluntad de donación sea respetada.
- **Gestionando el carné** del donante voluntario a través de la página web del Instituto Nacional de Salud, INS : www.ins.gov.co. Portar el carné es un acto simbólico que representa el deseo de donar componentes anatómicos al momento de fallecer, sin embargo, el carné por si solo no basta, es necesario haber compartido previamente la decisión con los familiares, ya que ellos son los que autorizarán o no la donación. Se aclara que al tener el carné de donante, **los órganos no pertenecen a ninguna institución trasplantadora ni fomentadora de la cultura de la donación**. Los órganos serán destinados a los miembros de la comunidad que sean genéticamente compatibles atendiendo criterios de asignación de la Red de Donación y Trasplantes. Portar el carné no conlleva peligro alguno, ya que no es garantía de que una persona sea apta para donar. Para determinar la compatibilidad genética entre el donante y el receptor debe intervenir personal de salud capacitado y con

amplia experiencia. Un trasplante es un procedimiento que requiere una avanzada tecnología y un conocimiento muy específico, no es algo que se pueda practicar en cualquier lugar. Además, las leyes colombianas y la vigilancia y control actual por parte de las Coordinaciones Nacional y Regionales de la Red de Donación y Trasplantes hacen imposible traficar clandestinamente con órganos.

- Cuando no se cumple ninguna de las anteriores normas, queda una última alternativa para que puedas donar: una **autorización por parte de tus familiares**. En este caso un profesional capacitado para ello hará la petición, con la suficiente sensibilidad y el máximo respeto. Una vez autorizada la donación por parte de los familiares, se hará legal el trámite, que supondrá la vida para uno o más pacientes gravemente enfermos. El médico Coordinador Operativo de Trasplantes es el encargado de mantener al donante con el corazón latiendo, buena tensión arterial y ventilación artificial para asegurar que el oxígeno administrado llegue a los órganos que todavía puedan servir para ser trasplantados. Él también envía muestras al laboratorio para descartar enfermedades infecciosas (que podrían descartarlo como donante) y muestras para su tipificación genética (para la búsqueda del receptor más compatible). Todo este proceso demanda tiempo, tiempo que es muy valioso para el enfermo receptor, pues la muerte (por parada cardio-respiratoria o muerte encefálica) implica un progresivo y rápido deterioro de otros órganos importantes como el corazón, hígado, riñones... en cualquier momento el donante puede presentar paro cardíaco y por consiguiente se perderán los órganos donados, quedando el donante solo apto para donar tejidos (córneas, huesos, piel, tendones, músculos, válvulas cardíacas....). Es por este motivo, que toma gran importancia la concientización de la comunidad en el tema de la donación, ya que, una donación temprana da mayor posibilidad para que el donante llegue a ser un donante efectivo.

Es necesario saber que, para proteger la intimidad de vuestras emociones, evitar cualquier tipo de soborno y comercio poco escrupuloso de órganos, la ley prohíbe enfáticamente que los familiares del donante y el receptor (quien recibe el órgano) establezcan cualquier tipo de contacto. El anonimato será absoluto; su quebrantación implicará una trasgresión legal penada por la ley, al igual que el turismo de trasplantes y la comercialización de los órganos y tejidos donados con fines de lucro particular.

Los gastos por la atención del donante potencial, los exámenes necesarios para determinar si es apto como donante, el proceso de la extracción de los órganos, la valoración pre trasplante al receptor y la mayoría de los trasplantes son asumidos por la EPS o la entidad del Estado que tiene el deber de proteger el derecho a la salud de la persona que recibe el trasplante. En ningún caso la familia del donante debe asumir costo alguno relacionado con la extracción de los órganos o tejidos. Y la EPS o la entidad del Estado o la familia responsable por el donante, asumen el costo relacionado con el tratamiento del donante hasta aquel momento en que se le practica la segunda valoración y segundo diagnóstico de la muerte encefálica, o sea hasta el momento en que el paciente legalmente fallece.

DONANTES POTENCIALES

Un paciente es considerado como donante potencial solo cuando le sea diagnosticada la muerte encefálica. Este es un diagnóstico que se hace con la ayuda de dos valoraciones médicas, separadas una de la otra por un tiempo prudencial según se tenga la certeza del diagnóstico; una de ellas, obligatoriamente tiene que hacerla un especialista en ciencias neurológicas (ya sea un neurólogo o un neurocirujano). **Ambos médicos por ley, no pertenecerán para nada a los grupos de extracción y Trasplantes de órganos.**

El cerebro es el órgano que controla de forma consciente o inconsciente (“automáticamente”) todas las funciones de nuestro cuerpo. En el cerebro, dichas funciones están reguladas por diferentes zonas; y es así, como existen centros que tienen que ver con nuestro lenguaje, el centro de la visión, el centro de la audición, centros del equilibrio, centro de la sed, centro del hambre, centros para la memoria, centros que tienen que ver con la locomoción (nuestros movimientos tanto voluntarios como involuntarios), centro de la respiración (el cual da la orden para que nuestra caja torácica ejecute los movimientos de la respiración), centro cardiomotor (el cual da la orden para que el corazón acelere o disminuya su actividad según las necesidades, siendo necesario recordar que el corazón es un órgano que tiene **automatismo**, o sea, que es capaz de trabajar por si mismo y por un tiempo determinado en respuesta a diferentes estímulos, como por ej, a **estímulos eléctricos** – uso de marcapaso, desfibriladores cardíacos; **químicos** - uso de medicamentos; **mecánicos** – uso del masaje cardíaco), centro termorregulador (para la regulación de la temperatura del cuerpo), partes que tienen que ver con la actividad hormonal de nuestro cuerpo, entre muchos otros centros más. Es por este motivo, que cualquier afección que lleve a la necrosis (muerte) de una parte del cerebro conlleva consigo la pérdida de las funciones que desempeñaba dicha región cerebral. Esto nos explica, como una trombosis o un derrame puede dejar a una persona parálitica – No por que se halla sufrido una lesión en nuestras extremidades, sino por que parcial o totalmente ha muerto (se ha necrosado) una parte del cerebro que tenía que ver con las funciones de locomoción, y por consiguiente, no existe ya tejido cerebral funcionando que ordene a las extremidades ejecutar sus movimientos. En los casos de ahogamiento, sofocación, infartos de miocardio, paro cardíaco, hemorragias, intoxicaciones, estrangulación, es la falta de oxígeno en el cerebro la que causa la muerte o las determinadas secuelas (en caso de que no se produzca la muerte) – Recordemos que **el cerebro sólo puede vivir unos escasos minutos sin aporte de oxígeno.**

Cualquier tipo de enfermedad o trauma ocasionado al cerebro (golpe, hemorragia intracraneana, trombosis cerebral, tumor cerebral primario) o cualquier lesión que produzca un insuficiente aporte de oxígeno al cerebro pueden llevar a la muerte encefálica (de los hemisferios cerebrales y del tallo cerebral). Por ejemplo, cuando una persona sufre un infarto de miocardio, que consiste en la muerte de

una parte del corazón, entonces, dependiendo de la extensión del infarto, el corazón podría dejar de funcionar como una bomba efectiva, y dejaría de aportar la sangre suficiente al cerebro, el cual también podría morir en corto tiempo debido a la falta de aporte de oxígeno y nutrientes. En el caso anterior, la persona fallecería por muerte de su masa encefálica (cerebro y tallo cerebral), aún cuando parte del corazón todavía se encontrase con vida. Otro caso - Cuando una persona ha recibido un trauma en la cabeza, el edema (hinchazón) y la sangre acumulada dentro del cerebro “estancan” (obstruyen) la circulación dentro del cerebro (lo que ocurre con gran facilidad, porque el cerebro tiene la consistencia “**como de una gelatina**”), lo que conlleva a que grandes extensiones, o incluso todo el cerebro se queden sin aporte de oxígeno y nutrientes, lo que sumado a las zonas ya muertas por el efecto directo del trauma determinan el mal pronóstico, y muy frecuentemente, la muerte del paciente. Debido a lo delicado e **irreversible** de las lesiones cerebrales expresadas (las neuronas muertas no se recuperan, ni son remplazadas por nuevas neuronas – Los seres humanos “**nacemos con las neuronas contadas**”), quien las padezca, por lo general necesita hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para su adecuado tratamiento. **Son muy pocos** los pacientes ingresados en Cuidados Intensivos que llegan a un estado de muerte encefálica, condición en la que sus hemisferios cerebrales y tronco (tallo) cerebral se han necrosado (muerto) pero que continúan con actividad cardíaca y respiración artificial. El Donante Potencial se encuentra en un estado caracterizado por ausencia total de respuesta al más intenso estímulo doloroso; ausencia de respiración espontánea (se encuentra conectado a una máquina de respiración mecánica, llamado ventilador y que reemplaza la función de los pulmones); pupilas dilatadas que no responden al estímulo de luz intensa, el corazón todavía funciona (está latiendo gracias a su automatismo y los medicamentos administrados), además, los resultados de los exámenes reportan daños severos e irreversibles del cerebro y tronco cerebral.

El miedo a ser enterrado con vida o que se extraigan órganos estando aún vivo ha sido una preocupación relativamente extendida. Lo anterior es debido a que las personas frecuentemente confunden la muerte encefálica con los conceptos de coma y estado vegetal. Se aclara que **el coma** es un trastorno de la consciencia reversible o irreversible (pasajero o definitivo) en el cual se puede estar poco o mucho tiempo (años), despertar y volver a ser la misma persona, o por el contrario, empeorar e incluso fallecer. Por otra parte, **el estado vegetativo** es un trastorno más severo del cerebro, con daños irreversibles en la corteza cerebral (su parte más evolucionada), en el cual se puede estar poco o mucho tiempo (años), estado que de presentar alguna mejoría de igual manera la persona no será la misma que antes, necesitando siempre del apoyo de sus familiares para la alimentación, aseo y otras actividades simples que ya no puede ejecutar. En esta condición la persona ya no es la misma como ser social (no interactúa con los demás, no posee movimientos voluntarios...), pero conserva funciones del tallo cerebral (respiración, regulación de la temperatura, pulso, presión arterial, equilibrio de líquidos y electrolitos en el cuerpo...). En estos dos tipos de lesión cerebral se puede guardar la esperanza y tener fe en la recuperación del paciente, pues él está vivo desde el punto de vista médico, ético y legal.

La muerte encefálica es la pérdida irreversible de todas las funciones de los hemisferios cerebrales y del tronco cerebral, y **en Colombia**, es considerada ética, médica y legalmente como el fallecimiento del paciente. En este estado, con ayuda de la tecnología actual, el corazón y los pulmones mantendrán su actividad aportando oxígeno y sangre a los diferentes órganos del posible donante en espera de la confirmación o no de la donación. Es importante recalcar que **el paciente con diagnóstico de muerte encefálica ya ha fallecido** (por lo tanto, ya no es un enfermo), independientemente de que se acepte o no la donación de sus órganos. En muerte encefálica no hay esperanza alguna de recuperación, y por más que se esfuercen los médicos el corazón dejará de latir en menos de tres (3) días, desde el momento en que el paciente presentó la muerte encefálica. Hoy día el diagnóstico de muerte encefálica es riguroso e indiscutible, estando los requisitos contemplados en el Decreto 2493 de agosto 04 de 2004.

Es de importancia mencionar que la mayoría de los donantes potenciales son pacientes jóvenes que han ingresado a los hospitales por eventos traumáticos, se trata por lo general de un fallecimiento inesperado para los familiares, que por el mismo motivo tienden a no aceptar la muerte de su familiar y de la donación de componentes anatómicos con fines de trasplante. **Si la donación no es aceptada, el único gran perjudicado será el receptor, para quien el tiempo se acaba.** El servicio de los trasplantes es uno de los pocos servicios que lo presta la comunidad para la misma comunidad a través de las diferentes instituciones trasplantadoras. Salvarle la vida a un prójimo con una enfermedad grave depende de la decisión que tomen los familiares de un paciente fallecido que se encuentra en el estado de muerte encefálica – **Sin donantes no hay trasplantes.**

Lo que se refiere a la donación y los trasplantes en Colombia **están reglamentados** por la leyes 9 y 1172 de 1979, la ley 73 de 1988, el decreto 2493 de 2004, resoluciones 2640 y 5108 de 2005, resoluciones 1011 y 1043 de abril de 2006 y la resolución 2680 de 2007.

La extracción de órganos y tejidos es un procedimiento quirúrgico en el que se tiene el mayor cuidado para no alterar la apariencia física del donante. La Ley Colombiana señala que no se debe causar ninguna desfiguración, y en la práctica esto se cumple a cabalidad.

En vida una persona puede donar un riñón, un pulmón, una porción del hígado y parte de la médula ósea. Esto puede hacerse siempre y cuando exista un alto grado de compatibilidad genética entre el donante y el receptor. Además:

Recordemos que donando sangre también contribuimos a salvar vidas.

En cuanto a la posición de la religión en el tema de la donación de órganos y tejidos del cuerpo humano, es muy gratificante saber, que los últimos pontífices han animado a todos los católicos a que se expresen en vida a favor de la donación. La mayoría de las religiones también se encuentran a favor de la donación al considerarla como un acto muy humanitario. Si hay dudas se aconseja consultarlo con su líder religioso.

Después de haber accedido a la donación es necesario tener paciencia para que se haga efectiva la donación – mientras llegan los equipos de extracción de órganos y/o tejidos se hará el tratamiento del donante potencial por médicos coordinadores operativos de trasplantes, con el fin de corregir lo máximo posible las alteraciones que se vayan presentando como consecuencia del fallecimiento y que pueden llevar a una parada cardíaca con la consiguiente pérdida de los órganos donados; también se tomarán muestras para descartar enfermedades infecciosas que puedan afectar al potencial receptor, entre otras, se tomarán muestras para confirmar grupo sanguíneo y determinar la información genética del donante para la escogencia del potencial receptor entre las listas de espera. Luego de efectuada la extracción, teniendo en cuenta que por lo general se trata de casos judiciales, es necesario esperar a que se le practique el levantamiento del cadáver por la autoridad competente, la cual a su vez ordenará la necropsia que será practicada por el médico forense de turno (en caso de muerte violenta, ya sea accidental o infringida, procedimientos que por ley **son de obligatorio cumplimiento**, independientemente de que se acepte o no la donación). Los coordinadores operativos de trasplantes aportarán a los representantes de la Fiscalía y Medicina Legal toda la información concerniente a la extracción de los órganos y tejidos, teniendo en cuenta, de que según lo contemplado en la ley, **nunca se extraerán órganos o tejidos que aporten evidencia en las investigaciones legales o que no fueron donados.**

LOS RECEPTORES

Los receptores son los enfermos que se beneficiarían con el trasplante de órganos y/o tejidos. Dependiendo del tipo de Donante que se presente varían las indicaciones de selección de los posibles receptores, lo que **limita aún más la posibilidad de otorgar a un enfermo receptor** un órgano idóneo, debido a su escaso número.

Es así por ejemplo, como **EL RECEPTOR DE TRASPLANTE CARDÍACO** requiere de un donante de características especiales: idealmente su edad no debe ser mayor de los 35 años; podría ser de mayor edad, pero el riesgo postrasplante se elevaría, y de existir el donante, es imprescindible realizar un examen que demuestre la ausencia de lesiones coronarias. Además, han de

descartarse en el donante antecedentes de enfermedades cardíacas, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Durante el mantenimiento hemodinámico del Donante Potencial la tensión arterial, el ritmo cardíaco y la oxigenación de la sangre deben permanecer dentro de límites normales, no debe existir traumatismo cardíaco ni ningún tipo de infección en el organismo, tampoco, durante el tiempo de permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos antes y después del diagnóstico de la muerte encefálica no debe haber presentado paro cardíaco, aunque se haya recuperado con las maniobras de reanimación. El grupo sanguíneo debe ser compatible para donante y receptor. Los problemas de espacio – por tamaño del corazón – generalmente no se presentan cuando la superficie corporal del donante es mayor que la del receptor; pero si el donante es de superficie claramente menor puede fracasar el injerto por exponer al corazón trasplantado a una excesiva sobredistensión, al recibir un volumen de sangre muy superior al que estaba acostumbrado en el cuerpo del donante.

Antes de extraer el corazón donado se realiza una última verificación: visual, por medio de la cual se inspecciona el órgano para descartar lesiones producidas por traumas o masaje cardíaco – no detectadas – y el aspecto del latido cardíaco; si todo está en orden, el cirujano procederá a la extracción del órgano.

Como podemos apreciar, son múltiples y variadas las causas por las cuales un donante no llega a ser un donante efectivo.

Casi el 90% de los pacientes trasplantados de corazón pueden abandonar el hospital en condiciones estables y, más del 50% llegan a vivir más de cinco años. Las dificultades para encontrar corazones adecuados de donantes y la lista de espera cada vez más creciente, obligan desplazarse a realizar extracciones en otras Regionales del país, cualquiera que sea el hospital o clínica (con UCI) donde se haya producido la defunción.

Para que el corazón pueda mantenerse fuera del organismo sin sufrir daño ni lesiones tras recorrer largas distancias, es conservado en una solución especial a bajas temperaturas por un tiempo de más o menos 4 horas, máximo seis (6) horas. Es por este motivo que los equipos quirúrgicos deben trabajar muy coordinados, supeditados siempre a los tiempos de conservación del órgano.

EL RECEPTOR DE TRASPLANTE HEPÁTICO: Este es un paciente muy inestable. Durante el proceso de selección del receptor, solo una pequeña parte de los enfermos pueden ser mantenidos con vida, debido a que la insuficiencia hepática no tiene todavía un tratamiento de soporte análogo al que se utiliza en pacientes renales (riñón artificial o máquina de diálisis). Ello implica que la mayoría de lo enfermos en lista de espera no pueden ser mantenidos con vida demasiado tiempo mientras aparece el donante apropiado. La enfermedad hepática irreversible altera (entre muchas otras cosas más) la coagulación de la sangre, lo que significa, que de producirse una hemorragia por varices en el esófago el paciente corre un alto riesgo de morir. Como este síntoma podríamos mencionar muchos más.

El problema es claro: **si no se encuentra rápidamente un hígado, la muerte sobreviene.** De este surge otro problema igualmente serio, y es la selectividad del donante; parece claro que no puede ser altamente discriminativa, ya que puede costarle al enfermo la única oportunidad, pero tampoco exageradamente relajada, pues puede precipitar el desenlace de un rechazo o pérdida de la función del hígado ya trasplantado.

Los receptores que padecen de una falla hepática aguda fulminante son los de mayor riesgo, han de ser trasplantados a la mayor brevedad posible, ya que el proceso de su enfermedad los llevará a la muerte en cuestión de horas o pocos días, por lo que es preciso recurrir en (situaciones extremas) a tener que trasplantar un hígado incompatible, con el elevado riesgo de rechazo agudo que esto implica, pero que ofrecen al cirujano y al paciente lo que necesitan: **tiempo !.** De producirse por cualquier motivo la pérdida de la función del injerto se llevaría a cabo un retrasplante, con lo cual se estarían utilizando dos donantes para un solo receptor. Nada de esto ocurriría si más personas o familiares aceptaran la donación; no se tendría que exponer al paciente a una situación tan crítica y cada receptor recibiría un órgano con características más idóneas... se salvarían más enfermos.

Con los niños las dificultades son mayores; la insuficiencia hepática es severa, conduciéndolos a una muerte inevitable en un tiempo relativamente corto y predecible, en espera de un donante infantil, que rara vez llega. Ellos no solamente sufren un deterioro físico; también tienen deterioro afectivo y en su emotividad. La insuficiencia hepática tiene un aumento notable en época decembrina, época en la que ocurren frecuentemente los envenenamientos por fósforo blanco.

Las razones por las cuales parte de la comunidad niega la donación en casos de fallecimientos de niños por lo general son varias: "religión", ternura, temor "a que les causen daño o dolor", una "injusticia" o trato inhumano por el Personal de Salud, dudas sobre la muerte encefálica, no aceptación de la muerte quedando a la espera de un Milagro...Todas son válidas, todas son respetables.....Pero dichos argumentos le han costado la vida o la esperanza que tenían muchos niños en salvarse.... Por tal motivo, es necesario recordar que la muerte encefálica es el fallecimiento de la persona, estado en el que el corazón dejará de latir máximo a los tres (3) días de instaurada, y no es un coma o estado vegetal, cuando todavía hay esperanzas de algún tipo de recuperación del paciente.

En tanto la comunidad reflexiona, los cirujanos han debido buscar una solución a tan serio problema, y la han hallado en el trasplante parcial de hígado. Aunque este tipo de trasplante es tan efectivo como el total, también es cierto que es mucho más dificultoso e implica un mayor trabajo quirúrgico, estando reservado a una minoría de equipos de cirujanos con una muy buena preparación.

Es grato saber que al año después del trasplante, la sobrevida del trasplantado hepático es de aproximadamente el 80%; su calidad de vida es buena y la casi totalidad se reintegran a su vida social y laboral normal.

EL RECEPTOR DE TRASPLANTE RENAL: Este paciente es una persona que padece de una insuficiencia renal avanzada. Para su selección en el programa de trasplantes debe de cumplir una serie de requisitos como, por ejemplo, no presentar ninguna otra enfermedad grave incontrolable que haga prever su fallecimiento en breve tiempo. Aunque el número de trasplantes renales ha aumentado notablemente, es todavía insuficiente para cubrir las necesidades. Es importante saber que la supervivencia del receptor trasplantado es superior al 80% en el primer año después del trasplante. La necesidad de aumentar el número de donantes de riñón disponibles para trasplante planteó la posibilidad de aceptar *el donante vivo*.

El donante vivo relacionado en Colombia, por ley, debe tener algún grado de parentesco con el receptor, bajo declaración notarial, siendo preciso asegurarse de que **la decisión ha sido tomada racionalmente, de manera libre y consciente.**

El donante vivo no relacionado – Se trata de una persona que no tiene consanguinidad con el receptor (Esposa(o), Padrastro, Madrastra, amigo...) que toma racional, libre y concientemente la decisión solidaria de ayudar al receptor, también bajo declaración notarial.

Los casos de Donante Vivo son sometidos a auditoría médica interna por la IPS trasplantadora, como también pueden ser auditados por el nivel regional y/o nacional de la Red de Donación y Trasplantes de Colombia.

Es necesario tener en cuenta que el receptor de riñón por lo general, no fallece rápidamente en la lista de espera, como ocurre con el receptor cardíaco y el hepático, pero se encuentra atado de por vida a una máquina de diálisis que, si bien mantiene su organismo en condiciones estables, también es cierto que no reemplaza todas las funciones de un riñón normal; además, altera la vida del paciente, su dinámica, carácter y personalidad por la noción de **dependencia ilimitada...** incluso, altera su entorno familiar, ya que tres o más veces a la semana por tres a cuatro horas, debe desplazarse a la IPS acompañado de un familiar, para su terapia de diálisis..... Hasta que aparezca un **donante**.

EL RECEPTOR DE TRASPLANTE DE CÓRNEA: Este tipo de receptor parece ser el menos exigente. No establece ningún tipo de diferenciación entre grupos sanguíneos, ni edad para la selección del donante. Puede utilizarse la córnea de niños, jóvenes, adultos, ancianos; las de mejor pronóstico son las córneas de donantes de quince a veinticinco años de edad.

Es importante recordar que por un donante de córneas son dos las que se obtienen.

Las córneas de los donantes deberán ser biomicroscópicamente normales (el examen visual por si mismo no es suficiente); ello implica que de presentar opacidades, alteraciones de sus membranas, cicatrices o signos de infección,

entre otros, las córneas se descartarán de inmediato. Por otra parte, la extracción debe efectuarse dentro de las ocho horas postmortem. *La miopía, el astigmatismo, la hipermetropía y la presbicia* no constituyen en absoluto un impedimento a la donación. En la actualidad existen soluciones en las cuales se pueden mantener las córneas durante algunos días.

Como podemos apreciar, en términos generales, el receptor de trasplante de córnea no cuenta más que con un obstáculo para conseguir un donante idóneo: **la falta de concientización y sensibilización por parte de la comunidad.**

Así podríamos seguir hablando de otros tipos de receptores (pulmones, páncreas, hueso, etc.), siendo también importante y para tranquilidad de la comunidad informar que desde el año 2004, para asegurar la transparencia en el proceso Donación-Trasplantes se creó la Red Nacional de Donación y Trasplantes, estando la vigilancia y control durante las 24 horas del día a cargo de las Coordinaciones Regionales y Nacional de la Red, es decir, a cargo de las Secretarías Departamentales y/o Distritales (según lo disponga el Ministerio de Salud y de Protección Social) y del Instituto Nacional de Salud. Todo lo anterior para evitar el tráfico de componentes anatómicos, de influencias, la comercialización de los componentes anatómicos con fines de lucro particular y el turismo de trasplantes.