

MARZO DE 1998

Nº 3

REVISTA PERUANA DE
TRANSFUSION



PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA
DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

AV. PETIT THUARS 4350 - OF. 408 - MIRAFLORES:
TELE 2221078 - FAX: 441-7071

SOCIEDAD PERUANA DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

JUNTA DIRECTIVA

| | |
|--|--------------------------|
| PRESIDENTE | DR. MIGUEL MELGAR |
| VICE- PRESIDENTE | DR. ERNESTO MANRIQUE V. |
| SECRETARIO | DR. SANTOS HINOSTROZA O. |
| TESORERO | DRA. CARMEN ESTACIO |
| VOCAL | DR. JULIO VIDAL |
| VOCAL | DR. ENRIQUE ARGUMANIS |
| PAST PRESIDENTE | DR. ALEJANDRO PADRON |
| DR. ERNESTO MANRIQUE VALENCIA DIRECTOR REVISTA PERUANA DE TRANSFUSION | |

SUMARIO

| | |
|---------|---|
| Pag. 7 | Editorial |
| Pag. 8 | La Enseñada de la Hemoterapia o Banco de Sangre en el Perú. Dr. René Cardenas |
| Pag. 10 | Registro Nacional de Hemoterapia, Bancos de Sangre y Hemoderadores. Asoc. de Clínicas y Hospitales Particulares |
| Pag. 12 | Hepatitis C (HVC) en gestantes Javier Paucar - María Fernandez D. Enrique Villanueva G. - Ricardo Ruhr H. |
| Pag. 20 | XIII Congreso Latino Americano de Patología Clínica. IV Congreso Peruano de Patología Clínica. I Congreso Peruano de Hemoterapia y Banco de Sangre. |
| Pag. 28 | CXXIII Aniversario del Hosp. 2 de Mayo y sus Jornadas Científicas. |
| Pag. 30 | Algunas Enfermedades que pueden ser transmitidas por transfusiones. Dr. Ernesto Manrique V. |
| Pag. 34 | Entrevista al Decano del Colegio Médico del Perú: Dr. Marx Cardenas |
| Pag. 36 | Eventos Médicos |
| Pag. 38 | Congresos Médicos. |
| Pag. 40 | El Vínculo donado una Revisión de TITMUSS. Federación Internacional de Sociedad de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. |
| Pag. 44 | La Fundación de Instituto Hipólito Unánue: Premios Científicos. |

EDITORIAL



Al leer en una publicación de carácter médico las declaraciones del Presidente de la Academia Nacional de Medicina, el profesor Germán Garrido Klinge, nos hizo recordar las épocas en que éramos uno de sus alumnos, aún como anécdota, podemos contarles que en aquel recordado Pabellón 4 del Hospital Loayza, nos preguntaba en el exámen final de Clínica, la interpretación de un análisis de orina de una paciente, diciéndonos: "es lo lo menos que podemos preguntar a quien se dedica al Laboratorio", eran los años 50, mozos aún, trabajábamos, durante varios años, en el Laboratorio Central y el profesor lo sabía.

Pero no queremos referirnos a la reformulación de los requisitos para la creación de facultades de medicina, que ya, muchos años atrás, en el Concejo Nacional de Salud, vimos que habría una explosión de médicos, aún sin aumentar las facultades de medicina, que no tendrían donde ejercer, con una competencia que a veces la vemos hasta desleal, siendo una de las causas, pensamos, el deterioro de la imagen del médico.

Lo que queremos resaltar, es su referencia con respecto a la deshumanización de la medicina, es cierto, esa relación médico-paciente no es la de antes, el galeno de la familia prácticamente no existe y sabemos que la fé en nuestro médico hacía que nos recuperáramos mas rápido.

Por otro lado, muchas veces el doctor no sabe escuchar, leíamos a Ralph Ranson y nos impresionó como el enfocaba la forma de triunfar en la vida, considerando que hay una « escalinata misteriosa», la cual tiene ocho pasos esenciales para el éxito, siendo la primera grada dicha escalinata de la vida, EL APRENDER HA ESCUCHAR.

Todos sabemos escuchar?. Creemos que pocos lo hacen, dicen que el hombre sabio escucha y el necio habla; posiblemente no hay nada mas difícil que el aprender escuchar, por que no solo debemos oír lo que nos dicen, sino y que lo valioso es absorber las palabras del que habla, identificarnos con sus puntos de vista con sus sentimientos, interpretar lo que hay detrás de sus palabras, hay que dejar que esa persona ingrese en nosotros, en nuestro pensamiento, en nuestra conciencia, en suma, debemos usar la empatía y tener la firme convicción de que por mas baladíes que sean sus palabras, hay algo válido que tiene que decirnos, algo que puede enseñarnos con tan solo escucharlo.

Muchas veces a nuestros pacientes no los escuchamos, creemos que lo que nos dicen no tiene importancia, no nos identificamos con ellos, perdiendo la oportunidad de tener éxito por no saber escuchar y comprenderlos, por que pareciera que el escuchar cambia la personalidad, que hiciera de nosotros una mejor persona, que nos enseñara a tener paciencia, a tener más sensibilidad, a ser francos e intensamente humanos, que es lo que se necesita en nuestra profesión.

Y ahora desearía que me «escucharán» mis colegas de las Sociedad de Patología Clínica, Hemoterapia y Banco de Sangre, necesitamos que colaboren presentando sus trabajos (temas libres) para . El XIII Congreso Latino Americano de Patología Clínica, IV Congreso Peruano de Patología Clínica y el I Congreso Peruano de Hemoterapia y Banco de Sangre, que se desarrollarán conjuntamente del 8 al 12 de Noviembre de éste año, además de los cursos pre congresos que se realizarán previamente y que señalaremos próximamente.

**DR. ERNESTO MANRIQUE V.
DIRECTOR.**

LA ENSEÑANZA DE LA HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE O MEDICINA TRANSFUSIONAL EN EL PERU

RESUMEN DE LA CHARLA REALIZADA EN LA OPS, CON OCASION DEL TALLER SOBRE LA LEY Y REGLAMENTO DE HEMOTERAPIA Y Bco. SANGRE.

DR. RENÉ CÁRDENAS -

Jefe del Centro de Medicina Transfusional del Hosp. GUILLERMO ALMENARA

I) FACULTADES Y/O ESCUELAS DE FORMACION PROFESIONAL EN TECNOLOGIA MEDICA

1.- U.N.M.S.M. FAC. de MEDICINA - ESCUELA de TEC. MEDICA

- Curso de Banco de Sangre
- Créditos: 4
- Año Académico: 4to. año 1er. semestre
- Internado (Pract. Pre-profesionales): 2 meses

2.- U.N.F.V. FAC. de TEC. MEDICA - ESCUELA de TEC. MEDICA

- Curso de Hematología y Banco de Sangre
- Créditos: 4
- Año Académico: 2do. año 2do. semestre
- Internado (Pract. Pre-profesionales): 2 meses

3.- ESCUELAS SUPERIORES DE LABORATORISTAS CLINICAS

- a) Escuela Superior de Laboratorio de la P.N.P.
- Curso de Banco de Sangre
 - Año Académico: 4to. año 1er. semestre
 - Prácticas Pre-profesionales: 2 meses

- b) Escuela Superior de Laboratoristas Clínicos del IPSS.
- Desactivado 1985

II) FACULTADES DE MEDICINA

1.- PRE-GRADO

- Curso de Hematología Clínica
- Curso de Patología Clínica
- Ninguna de las 18 Fac. de Medicina tienen en su Currícula el Curso de Medicina Transfusional.

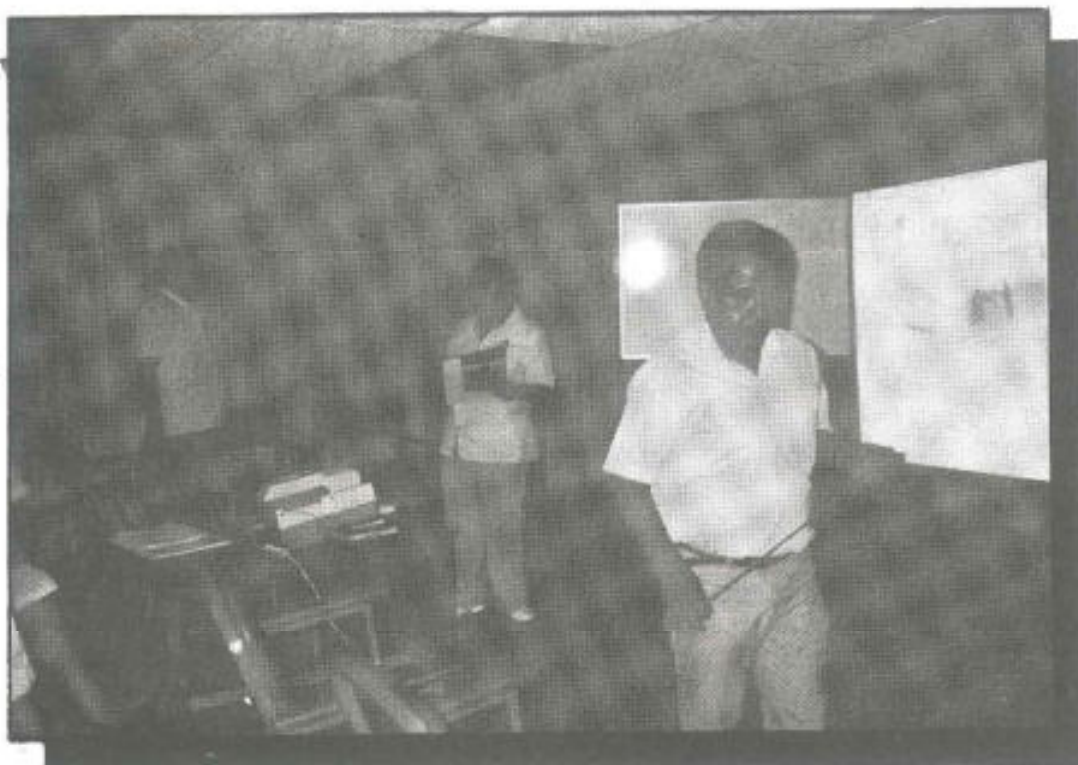
2.- POST-GRADO

- ESPECIALIDAD PATOLOGIA CLINICA

- * 1er. año: Tiempo de entrenamiento: 2 meses.
 - Control de donantes y extracción de sangre.
 - Fraccionamiento sanguíneo
 - Pruebas de compatibilidad
 - Técnicas de detección de enf. infectocontagiosas (Elisa y Aglutinación)
- * 2do. o 3er. año: Tiempo de entrenamiento: 4 meses
 - Fraccionamiento sanguíneo
 - Procedimientos de Aféresis
 - Transfusiones de sangre y/o componentes
 - Evaluación inmunohematológica
 - Estudio de la E.H.R.N.
 - Estudio de A.H.I.
 - Procedimientos inmunohematológicos especiales
 - Fenotipaje de los diversos grupos sanguíneos
 - Evaluación de reacciones adversas a la donación y transfusión de sangre
 - Administración de los servicios de Hemoterapia y Banco de Sangre
 - Docencia e investigación
 - Evaluación Final



Dr. René Cardenas explicando en el Auditorium del Hospital Guillermo Almenara, los alcances sobre la enseñanza de los medicamentos Transfusional.



El hermano de la exposición , el Dr. René Cardenas se retira del Auditorium del hospital Guillermo Almenara, en donde se ocupa la terapia del Banco de Sangre.

III) SOCIEDAD PERUANA DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

1.- CURSO BASICO TEORICO-PRACTICO DE INMUNOHEMATOLOGIA APLICADO AL BANCO DE SANGRE

- Teoría : 21 horas
- Prácticas : 30 horas

2.- CURSO AVANZADO TEORICO-PRACTICO DE INMUNOHEMATOLOGIA APLICADO AL BANCO DE SANGRE

- Teoría : 21 horas
- Prácticas : 30 horas

3.- CURSO NACIONAL TEORICO-PRACTICO DE INMUNOHEMATOLOGIA APLICADO AL BANCO DE SANGRE

- Teoría : 30 horas
- Prácticas : 36 horas

NOTA: Estos cursos estan dirigidos para el personal que presta servicios en los diversos Bancos de sangre del Pais: Medicos, Tecnólogos, Médicos, Biólogos, Farmaceuticos, Ing. Químicos, Tecnicos Asistenciales, etc.

HEPATITIS C (HVC) EN GESTANTES

(A propósito de un caso)

Javier PAUCAR SANCHEZ +
Enrique VILLANUEVA GUITOVICH ++

María FERNANDEZ DIAZ +
Ricardo RUHR MULLER ++

RESUMEN

Se presenta el primer caso de hepatitis C (HVC) en una gestante del tercer trimestre, asintomática, que concurrió al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Policía Nacional del Perú «Augusto B. Leguía».

Los análisis previos al Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (HIV), Antígeno de Superficie (HBs Ag) y Anticuerpo Central B (Anti HBc) por el método de ELISA resultaron negativos y la Alanina Amino Transferasa (ALT) resultó normal.

Las determinaciones serológicas por el método de enzimo inmuno ensayo (ELISA) al anticuerpo de la hepatitis C (HVC) resultaron positivas contra las proteínas estructurales y no estructurales del virus C; empleándose los reactivos de la casa SANOFI DIAGNOSTICS PASTEUR de segunda generación para las proteínas NC450 y la 409.1-1; ABBOTT HVC EIA primera generación para las proteínas C 100-3; ORTHO DIAGNOSTICS SYSTEMS de segunda generación para las proteínas C 22-3 y C 200. AUBIO DOT anti HVC de segunda generación del Centro de Ingeniería Genética de La Habana para las proteínas C 22-3.

Se revisa el caso y la literatura correspondiente.

INTRODUCCION

Si es verdad, que en la actualidad existen medidas preventivas en la transmisión vertical madre niño en el caso de la Hepatitis B, a través de una vacuna (1) todo lo contrario sucede y se complica en la prevención de la transmisión vertical de la hepatitis C; y el desconocimiento del papel que desempeña la transmisión perinatal en el mantenimiento del reservorio de portadores del mismo y teniendo en cuenta las secuelas crónicas causadas por la infección al HVC (2), con un progreso a la cronicidad en el 50% a los 10 años de seguimiento (20), llama la atención la presentación de uno de éstos casos, que sin ser único, por lo menos es el primer caso reportado en nuestro Hospital.

MATERIAL Y METODOS DE LABORATORIO

Se estudia la serología del VHC en una embarazada del tercer trimestre de gestación que acudió al consultorio externo del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital PNP. «Augusto B. Leguía»

A través de una encuesta epidemiológica se valoró si pertenece a grupo de alto riesgo.

Se empleó un fotómetro Metertech Modelo 6 con rango de absorvancia de 0,000 - 2,000 O. D.

Para la búsqueda de los anticuerpos anti-VHC se empleó reactivo de enzimo inmuno ensayo (ELISA) indirecta de segunda generación SANOFI DIAGNOSTIC PASTEUR que detecta anti cuerpos contra las proteínas de la cápside NC-450 de la región estructural y la 409.1-1 NS2/NS3 de la región no estructural.

* Departamento de Laboratorio Clínico.

** Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Policía Nacional del Perú «Augusto B. Leguía» - Rimac.



Del mismo modo, con otra alícuota del suero se trabajó con reactivos de la Casa ABBOTT LABORATORIOS DIAGNOSTIC de primera generación (ELISA 1) identifica los anti-cuerpos contra las proteínas de la parte no estructural C100-3 de la región NS3/NS4.

Un polipeptido de 365 aminoácidos que provoca una respuesta de anticuerpos anti HVC especialmente en infecciones crónicas.

Con el reactivo ORTHO DIAGNOSTIC SYSTEMS de segunda generación (ELISA 2) que identifica los anticuerpos contra las proteínas recombinante de la cápside 022 - 3 región estructural: y la C200 de 1 región no estructural.

Igualmente, con otra alícuota de suero se empleó el reactivo AUBIO-DOT del Centro de Ingeniería Genética de La Habana que es un inmuno ensayo indirecto de la fase sólida que emplea inmunosondas de oro amplificadas con reveladores de plata y que nos va a detectar la proteína C22-3 de la cápside de la región estructural del genoma de HVC. (Ver figura N° 2).

En todas las determinaciones se consideró positivo cuando presentó una densidad óptica por encima del umbral, al menos en 2 determinaciones.

CASO REPORTADO

Descripción del caso

J.R.R., de 29 años, natural de Lima, con Historia Clínica 104513.

Antecedentes Fisiológicos

Menarquía a los 13 años.

Antecedentes Obstétricos

Gestaciones 3. Cesareada 2 anteriores (1986 y 1988). Tercer embarazo el actual. FUR: 08-02-93.

Antecedentes Patológicos

Sólo hepatitis en 1986.
Niega transfusiones sanguíneas.
Niega enfermedades de transmisión sexual.

Enfermedad actual

Paciente niega: ictericia, vómitos, orinas, colúricas, heces hipocélicas.
Ligera fatiga al caminar.
Presión arterial 130/80.

Exámen de Laboratorio

Hemoglobina: 9.33 gr. Hematocrito: 28%
Neutrófilos: 72 (Segmentados: 66; Abastionados: 06)
Eosinófilos: 02
Basófilos: 00
Monocitos: 05
Linfocitos: 21

Grupo Sanguíneo y Factor RH:

Grupo «A» RH Positivo

VDRAL: No reactivo

Tiempo de Protambina

12 segundos (Control 11 segundos)

| | |
|--------------------|-------------|
| Glucosa: | 70 mg/dl. |
| Colesterol: | 266 mg/dl. |
| Proteínas totales: | 5.85 gr/dl. |
| Albuminas: | 3.78 gr/dl. |
| Globalinas: | 2.07 mg/L. |
| TGP: | 30 mg/L. |
| TGO: | 25 mg/L. |

Marcadores de Hepatitis B:

- HBsAg = Negativo
- Anti HBs (Anticore total) = Negativo
- Anti HVC: Resultó positivo con los reactivos anti HVC de segunda generación SANOFI DIAGNOSTICS PASTEUR, ABBOTT LABORATORIOS DIAGNOSTIC de primera generación RIBA 2 ORTHO DIAGNOSTIC SYSTEMS de segunda generación y AUBIO DOT - Anti HCV del Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de La Habana - Cuba que detectaron positividad a los anticuerpos contra las proteínas de la región estructural y no estructural del genoma del virus C. Ver figura N° 01.



FIGURA Nro.-01

GENOMA DEL VIRUS HVC

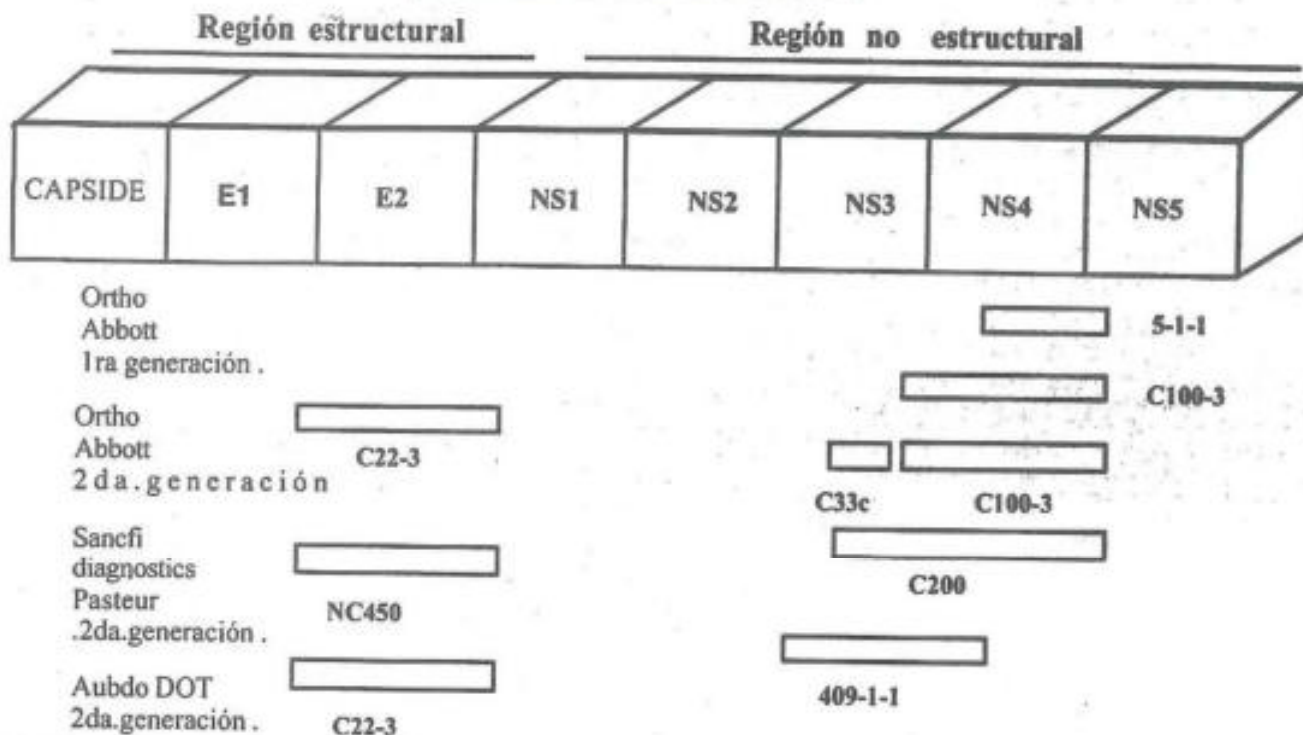


FIGURA Nro.-02 : REACTIVOS Y SUS PROCEDIMIENTOS

| NOMBRE | SANOFI DI AGNOSTICS PASTEUR | ABBOTT | ORTHO | ORGANON | AUBIO DOT |
|---|------------------------------------|---|--|---|--------------------------|
| Proteínas | NC450(capside) 409.1.1(NS2/NS3) | CORE(Capside) C200(NS3/NS4) C100-3(NS3/NS4) | C22-3(Capside) C200(NS3/NS4) C100-3(NS3/NS4) | Capside peptide fusión peptide = capside+ NS3/ NS4 | Capside-peptide C22-3 |
| Principio de reacción | EIA Indirecto | EIA Indirecto | EIA Indirecto | EIA Indirecto | EIA Indirecto |
| Fase sólida. Dilución de muestra. | 8 pozos 1/10 | perlas 1/40 + Transferin | 12 pozos 1/10 | 12 pozos 1/10 | 6 pozos 1/5 |
| Tiempo de incubación | 60'+60'+30' | 60'+30'+30' | 60'+60'+30' | 60'+60'+30' | 20'+20'+30' |
| Numeros de controles | 2 negativos 3 positivos | 3 negativos 3 positivos | 1 blanco 3 negativos 2 positivos | 2 controles mini- mos por tira utilizada | 1 positivos |
| Pasos de lavado | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| REACTIVOS | Preparado para usar | Preparado para usar | Preparado para usar | Liofilizado. Suero control. Reactivos tiene que ser reconstruido. | Preparado para usar |

DISCUSION

En 1988, al identificarse el virus de la Hepatitis C (HVC) (32, 33) se desarrolló un método para detectar anticuerpos frente a dicho agente (Anti HVC) utilizándose un antígeno recombinante de una región no estructural del virus C.100,3) (30 y 31).

En 1991, se han introducido métodos de segunda generación para la detección de Anti-HVC, que incluyen 3 antígenos que representan a las regiones core, NS3 y NS4 (C.22, C.33 y C.100) para conseguir un aumento de la sensibilidad para detectar portadores de Anti-HVC (en este test empleando antígenos diferentes al C-100-3), se ha comprobado también un aumento de la sensibilidad alrededor de un 20% (34).

Posteriormente, aparecen otros reactivos de inmuno blot de 4 antígenos (c 511, C 100, C 33, C 22, Riba 2 Ortho Diagnostic), considerándose positivo cuando se presentaban más visibles que el control negativo dos o más bandas de anticuerpos, indeterminado cuando existía una sola banda positiva y negativo si no era visible ninguna de las dos bandas (34).

En el presente caso de una gestante de 29 años con positividad para los anticuerpos contra la Hepatitis C y que fue estudiada y confirmada con reactivos de alta sensibilidad y especificidad.

Se investigó los factores epidemiológicos de alto riesgo. Si es verdad, que la mayoría de los estudios sobre prevalencia del HVC se han realizado en grupos con alto riesgo de (11) así como en personal hospitalario (12).

Actualmente es discutido el papel de la vía sexual en la infección (drogadictos, hemofílicos, transfusiones de sangre y enfermedades de transmisión sexual (ETS)) (3, 7); otros llevados a cabo en poblaciones de bajo riesgo se han centrado sobre todo en donantes de sangre (8, 9, 10).

En el presente estudio la existencia de antecedentes epidemiológicos de hepatitis en 1986, así como de su pareja sexual, es confirmatorio como de alto riesgo. Los pacientes con ETS se comportan como grupo de alto riesgo de la infección por virus de la Hepatitis B (VHB). El mecanismo exacto no se conoce, pero la demostración de HBsAg en distintos fluidos corporales (23 y 24) habla en favor de éstos como vehículos de infección. El hallazgo reciente del ADN del VHB en forma libre en el líquido seminal y en forma integrada en los espermatozoides de enfermos en fase aguda confirma la posibilidad de transmisión de la Hepatitis B como ETS (22). La coinfección o superinfección del HVC con el hvb JUGARIA UN ROL IMPORTANTE (28).

Se ha comunicado mayores tasas de prevalencia de infección por VHB e personas con antecedentes de ETS (y adictos a drogas veno-parenterales concomitante (25, 29 y 35).

Según algunos autores (21), los mecanismos de transmisión parenteral serían fundamentalmente la drogadicción por vía intravenosa y la transfu-

sión de hemoderivados como vías de contagio en mujeres gestantes para el HVC.

La inoculación accidental con agujas contaminadas es baja (11) así como en personal hospitalario (12).

Actualmente es discutido el papel de la vía sexual en la propagación del HVC.

Trabajos previos no han conseguido demostrar diferencias en la prevalencia de infección entre parejas sexuales y contactos familiares de Hepatitis C (13, 14).

Por otro lado, no siempre ha sido posible detectar el ARN viral con técnicas de reacción en cadena de la polimerasa en secreciones vaginales y semen (16, 17).

Se han observado que en homosexuales, la infección por el HVC se asocia fundamentalmente al antecedente de drogadicción parenteral más que por la actividad sexual (18).

Varios autores (11, 13) han encontrado una mayor prevalencia de anti HVC en contactos familiares de sujetos infectados por el HVC que en un grupo de control. Quizás cierto número de casos sin factores de riesgo evidente podrían haberse originado dentro del círculo familiar por algún mecanismo no aclarado que incluiría la posibilidad de transmisión vertical (6, 19) y horizontal (sexual y parenteral inaparente). Se ha demostrado la replicación del HVC en saliva y se ha descrito un caso anecdótico de transmisión por mordedura humana (26, 27).

No existen diferencias de complicaciones perinatales en mujeres con anti-HVC positivo comparadas con las mujeres con anti-HVC negativo (3), que si existe en el caso de la Hepatitis B.

No es recomendado el Screening para HVC en gestantes con bajo riesgo epidemiológico pero si se recomienda en gestantes con alto riesgo (5, 10).

Basado en los pocos casos reportados la infección materna crónica o aguda en el tercer trimestre puede resultar en una infección neonatal en un promedio de 45 a 87,5% (5).

Desde el punto de vista pediátrico tiene especial importancia la transmisión materno fetal. Dicha transmisión ya fue sugerida en un estudio realizado en hijos de gestantes con hepatitis aguda no A no B en el tercer trimestre del embarazo (39).

Hasta el momento los resultados son contradictorios debido fundamentalmente a las diferentes técnicas empleadas (ELISA, RIBA, PCR) (6) y a la confusa correlación entre ellas.

Diferentes estudios realizados en pequeñas poblaciones de pacientes sugieren que la transmisión materno fetal de HVC es posible (15, 36), especialmente en aquellos casos en los que la madre está además coinfectada por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (19,37,38).

La transmisión perinatal de la infección por el HVC puede ser más frecuente en las madres infectadas por el HIV y HVC. Sin embargo, el mo-

mento en que esto ocurre no está definido, por lo que serán necesarios nuevos estudios dirigidos a establecer si la infección se produce intraútero o en el momento del parto.

Por otro lado, y dada la posibilidad de reactivación de una cirrosis hepática en pacientes con anticuerpos anti VHC y cifras normales de transaminasas, sería recomendable un seguimiento de los mismos a largo plazo (36).

REFERENCIAS

- 1.- **STEVENS C.E.** Perinatal hepatitis B virus infection: Screening of pregnant women and protection of the infant. *Ann Intern. Méd.* 1987; 107: 412-413.
- 2.- **FORTUNY C. ENCILLA M. G.; Barrera JM et al** HCV vertical transmisión. Prespective study in infants born to HCV sero positive mothers. En: Hollinger F.B.; LEMON SM.; MARGOLIS H.S. eds. *viral hepatitis and liver disease.* Baltimore, Williams and Wilkins. 1991.
- 3.- **BOHMAN VR; STETTLER RV; Little B.B.; Wendel GD; SUTOR LJ; CUNNINGHAM F.G.**

Seroprevalence and risk factor fors hepatitis C virus antibody in pregnant women *Obst. Gynecol.* 1992 Oct.; 80 (4): 609-13.
- 4.- **ROUDOT THORAVALE; DEFORGES L; GIROHET PP; Maria B; etc. al.** Prevalence of hepatitis C virus antibodies in a population of pregnant women in france. *Gastroenterology-clin.biol.* 1992; 16(3), 255-9.
- 5.- **LYNCH SALOMON D; COOMBS CA.** Hepatitis C in Obstetrics and Ginecology *Obst. Gynecol.* 1992. *APRI* 79 (4): 621-9.
- 6.- **NOVATI R; THIERS V; MONFORTE AD, et al** MOTHER TO CHILD TRANSMISSION of Hepatitis C virus detected by nested polimerase. *CHAIN REACTION J. INFECT. DIS* 1992 *APR*; 165 (4) 720-723.
- 7.- **ESTEBAN JL, VILADOMIU L, GONZALES A et al** Hepatitis C virus antibodies among risk groups in Spain. *Lancet* 1989; 2: 294-297.
- 8.- **ESTEBAN J.L.; LOPEZ-TALAVERA JC; GENESCA J, et al.** Whit antibodies to hepatitis C virus. *An Intern. Méd.* 1991; 115: 443-449.
- 9.- **STEVENSCE, TAYLOR PE; PINDYCK J, et al.** Epidemiology of hepatitis C virus. A preliminary study in volunter blood donors. *JAMA* 1990; 263: 49-53.
- 10.- **PAUCAR, Javier; CRESPO, Nilda y VALENZUELA, Edwin.** Seroprevalencia de hepatitis C (HVC) en donantes de sangre aparentemente sanos. *REVISTA de Sanidad Policia Nacional del Perú.* Vol. 53 Nro. 01. Pág. 22-27. 1992.
- 11.- **KIYOSAWA K.; SODEYAMA T.; TANAKA E, et al** Hepatitis C in Hospital employees with needlestick-injuries. *Ann Intern. Méd.* 1991; 115: 367-369.
- 12.- **JOCHEN ABB. OCCUPATIONALLY** acquired Hepatitis C virus infection. *Lancet* 1992; 339:304.
- 13.- **RIESTRA S., RODRIGUEZ M. SANCHEZ E, et al** INTRAFAMILIAL SPREAD of Hepatitis C virus infection 1991; 1:431-433.
- 14.- **PEREZ ROMERO M., SANCHEZ QUIJANO A., LISSWN-E.** TRANSMISSION OF HEPATITIS C VIRUS ANN-INTER. MED. 1990; 113:411.
- 15.- **NAGATAI; SHIRAKIK; TANIMOTO K, et al** MOTHER TO INFANT TRANSMISSION OF HEPATITIS C VIRUS *J. PEDIATR.* 1992. *MAR*; 120 (3): 432-4.
- 16.- **HSU HH, Wriugh TL, LUBA D, et al.** FAILURE TO DETEC Hepatitis C virus genome in Human ecretions-with the polymerase Chain Reaccion. *Hepatology* 1991; 14:763-767.
- 17.- **FRIED-MW; SHINDO-M; FONG TL.; FOX PC, HOOFNAGLE JH, DIBISCEGLIE AM.** ABSENCE of Hepatitis C viral RNA FROM Saliva and semen of patitnts with Chronic Hepatitic C. *GASTROENTEROLOGY* 1992; 103:1306-1308.

ALAPAC

Asociación Latinoamericana de Patología Clínica

SPPC

Sociedad Peruana de Patología

SPHBS

Sociedad Peruana de Hemoterapia
y Banco de Sangre



**XIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE PATOLOGIA CLINICA
IV CONGRESO PERUANO DE PATOLOGIA CLINICA
I CONGRESO PERUANO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE
DEL 8 AL 12 DE NOVIEMBRE 1998**

SECRETARIA Y COMUNICACIONES.
DR ENNIO PASSALACQUA
AV JAVIER PRADO ESTE 499
LIMA 27 PERU
TEL/FAX 51-1-442-9181

SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

El XIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Patología Clínica, IV Congreso Peruano de Patología Clínica y I Congreso de Hemoterapia y Banco de Sangre,

Se llevará a cabo en la ciudad de Lima del 8 al 12 de noviembre de 1998. Ud. encontrará la información referente al organigrama del evento en las siguientes páginas.

ORGANIZACION DEL CONGRESO

LOCAL DEL CONGRESO

Auditorium del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Dirección: Angamos Este 2530 Lima 34 - PERU

DIRECTORIO DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA DE PATOLOGIA CLINICA

Dr. Carlos Alvarado Ortíz Ureta, Presidente (Perú)
 Dr. José Carreón M., Presidente Alterno (Bolivia)
 Dr. Ennio Passalacqua G., Secretario General (Perú)
 Dr. José Fuentes Rivera Salcedo, Tesorero (Perú)
 Dr. Francisco Feo-zupparti, Vicepresidente de Actividades Gremiales y Coordinación (Uruguay)
 Dr. Enrique Navarrete Cadena, Vicepresidente de Publicaciones (México)
 Dra. Rosa María García E., Vicepresidenta de Actividades Científicas y Educación continua (México)

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD PERUANA DE PATOLOGIA CLINICA

| | |
|-----------------------------|-----------------------|
| Dr. Ennio Passalacqua G., | Presidente |
| Dr. Manuel Leiva Beraun, | Vicepresidente |
| Dr. José L. León Vega, | Secretario |
| Dr. Carlos Jamieson V., | Secretario de Actas |
| Dr. Gerardo Ronceros M., | Secretario Científico |
| Dra. Julia G. Avila A., | Dirección de Revista |
| Dra. Alicia Vivanco Mciggs, | Tesorera |

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Dr. Miguel Melgar Vásquez, | Presidente |
| Dr. Ernesto Manrique Valencia, | Vicepresidente |
| Dr. Santos Hinojosa Orihuela, | Secretario |
| Dra. Carmen Estacio Rojas, | Tesorera |
| Dr. Julio Vidal Escudero, | Vocal |
| Dr. Enrique Argumanis Sánchez, | Vocal |
| Dr. Alejandro Padrón Bernal, | Past-presidente |

DIRECTORIO DEL COMITE ORGANIZADOR DEL CONGRESO

Dr. Guillermo Contreras Palacios,
 Dr. Carlos Alvarado Ortíz Ureta,
 Dr. Ernesto Manrique Valencia,
 Dr. Ennio Passalacqua Guzmán,
 Dra. Carmen Estacio Rojas,
 Dra. Norma Berrios Toro,
 Dr. Santos Hinojosa Orihuela,
 Dr. René Cárdenas Morales,
 Dr. Francisco Gonzales Montalvo,
 Dra. Mariela Delgado Burga,
 Dra. Martha Miranda Watanabe,
 Dr. Víctor Senisse Coquis,
 Dr. Manuel Leiva Beraun,
 Dr. José Luis León Vega,
 Dr. Tulio Santa Cruz Guerrero,
 Dr. Sergio Alvizuri Pastor,
 Dr. Julio Vidal Escudero,

Presidente
 Vicepresidente
 Vicepresidente
 Vicepresidente
 Tesorera
 Protesorera
 Secretario
 Coordinación de Actividades Científicas
 Coordinación de Actividades Científicas
 Coordinación de Actividades Sociales
 Coordinación de Actividades Sociales
 Coordinación de Actividades Sociales
 Coordinación Comercial y Stands
 Coordinación Comercial y Stands
 Coordinación Comercial y Stands
 Coordinación Comercial y Stands



ALGUNAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN SER TRANSMITIDAS POR TRANSFUSIONES



DR. ERNESTO MANRIQUE
Director del Centro de Medicina Transfusional de la
Clínica Ricardo Palma

Mucho se ha hablado últimamente sobre las transfusiones sobre todo por las implicancias derivadas de algunas transfusiones que han sido colocadas y que han transmitido el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Haremos una sucinta relación de algunas enfermedades que pueden adquirirse mediante las transfusiones y que debe alertarnos para tener el cuidado necesario al entrevistar y examinar a los donantes de sangre.

Para todos es conocido que la sangre total o sus componentes, han salvado muchas vidas a lo largo de todo el tiempo que se viene practicando las transfusiones, pero así como es un elemento salvador de vidas, también puede ocasionar serios problemas y aún la muerte a quien recibe la transfusión. Por eso es necesario puntualizar que la Hemotransfusión es un acto Médico, que todo servicio de Hemoterapia (Te-

rapia por la Sangre) debe ser dirigido por un especialista en Medicina Transfusional, cualquiera no puede realizar una transfusión sino ha sido entrenado para ello.

Existe una iniciativa mundial para dar seguridad hemotransfusional, apoyando el establecimiento de servicios de transfusión sanguínea seguros y eficaces en todos los países. Intervienen el Programa Mundial sobre el SIDA, la Organización Mundial de la Salud mediante el Servicio de Tecnología de Laboratorio de Salud y Seguridad Hematológica, la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Sociedad Internacional de Transfusión de Sangre, contando también con el apoyo de la Federación Mundial de Hemofilia. Lo principal será orientar la formación de normas dirigidas a reducir el riesgo de transmitir agentes infecciosos mediante

la Sangre Total, sus componentes y derivados, para lo cual debemos tener mucho cuidado en seleccionar los donantes y realizar las pruebas de detección de los agentes infecciosos apropiadamente. Nosotros ya tenemos un Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre que felizmente mediante la Ley de Hemoterapia y Banco de Sangre, fue aprobado en el Congreso Constituyente Democrático, y que está, este Programa, bajo el Comando del ministro de Salud. Entonces todas las coordinaciones de las actividades de transfusión sanguínea se podrán realizar mediante este Programa. Es de suma importancia comenzar por educar al público en cuanto a las donaciones, ya que estas no dan lugar a riesgos, donar sangre en forma altruista, lo cual entre nosotros, pienso que se debería comenzar por los Colegios, desde Primaria, para que cuando estén en la edad adecuada donen sin miedo de que su salud pueda sufrir menoscabo.

Cuando se realizan las pruebas de detección en la sangre donada, el jefe de servicio de transfusión es responsable de la confidencialidad de ellas, así como el de tener normas para notificar y orientar a los donantes cuyas pruebas han salido positivas y que han sido confirmadas con los métodos que actualmente se realizan. Si se siguen escrupulosamente las recomendaciones con respecto al uso de los equipos, materiales y reactivos, así como las normas dictadas por entidades de reconocido prestigio como la American

Association Blood Banks, el Programa de Sangre de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Sociedad Peruana de Hemoterapia y Banco de Sangre, y ahora el PRONAHEBAS, estamos seguros, se estará en menor riesgo de transmitir enfermedades por medio de las hemotransfusiones.

Muchas son las enfermedades que pueden ocasionarse mediante las transfusiones, mencionaremos algunas.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tanto el VIH -1 como el VIH -2 éste último mucho menos extendido que el primero, ya que el VIH -1 está diseminado por casi todo el mundo, mientras que el VIH- 2 prevalece en Africa Occidental.

Cuando se transmite alguno de estos Virus, se produce una infección, la cual se mantiene por varios años, sin dar mayor sintomatología, el sujeto infectado luce bien saludable, pero si se le extrae sangre y es colocada a otra persona, puede infectarla. Debemos puntualizar que cuando a una persona se le transmite el Virus, pasan algunos meses, más o menos seis, antes de que sus análisis para evidenciar que está infectado, salgan reactivos (Positivos). Después de unos ocho o diez años a veces menos, se presenta la enfermedad del SIDA, las defensas se deterioran tanto que cualquier enfermedad puede llevarlo a la muerte, es invadido por hongos, hay fiebre, diarreas que no ce-



den, adelgazamiento progresivo, aún un tipo de cáncer llamado Kaposi y la muerte no se hace esperar.

En cuanto a la hepatitis, éstas son un grupo de enfermedades que tienen un cuadro clínico parecido y pueden ser causadas por diferentes virus que se denominan A, B, C, D, E, F, G, etc., posiblemente se descubran más y tendremos que realizar más pruebas a la sangre, si se comprueba que pueden producir alguna enfermedad. Las más importantes dentro de las hepatitis post-transfusional son los virus de la hepatitis B, C y D, no así los de la hepatitis A y E. Sin embargo, la obligación de realizar las pruebas para detectar el denominado antígeno de superficie de la hepatitis B (AgsHB) ha logrado disminuir espectacularmente la transmisión de hepatitis B por transfusiones. También debemos realizar la búsqueda de anticuerpos del Core del virus de la hepatitis B, ya que muchas veces, el antígeno de Superficie del virus de la hepatitis B es negativo y el anticuerpo del core está presente. La hepatitis D, es conocida como la Hepatitis Delta, pero tiene como característica el depender del virus de la hepatitis B (VHB), dando lugar a una coinfección, cuando infecta al mismo tiempo que el VHB o produce una infección sobre añadida o cuando se suma a un portador crónico del VHB. La coinfección puede ser mortal, mientras que la infección sobre añadida da lugar a una hepatitis

aguda, luego a una hepatitis crónica activa que puede desevocar en cirrosis. Hay pruebas para detectar el virus de la hepatitis D, pero no se realizan porque la sangre infectada con el virus Delta da resultado positivo cuando se hacen las pruebas del antígeno de Superficie de la hepatitis B.

También hay que realizar en la sangre de los donantes la búsqueda del virus de la Hepatitis C (VHC), que si bien en oportunidades puede curar espontáneamente, hay un 50% de casos que se hacen portadores crónicos y no sólo queda en ese estado sino que pueden continuar a la Cirrosis y Carcinoma Hepato - Celular. El virus de la hepatitis C puede estar entre el 80% y el 90% de los sujetos que han padecido de la hepatitis no A no B, pudiendo el porcentaje restante corresponder a otro tipo de virus no conocido aún.

Hay otro virus, el Citomegalovirus (CMV) que puede transmitirse por hemotransfusión, pero hay más del 50% de los adultos y a veces hasta el 100% que presentan los anticuerpos contra el CMV y consecuentemente pueden ser portadores de este virus por lo que hay que tener cuidado sobre todo con los recién nacidos de bajo peso, con los pacientes inmunodeprimidos y los infectados con VIH que necesitan recibir sangre.

Se puede evitar transmitir este virus cuando la sangre del donante es

negativa al CMV o separando los Glóbulos Blancos de la Sangre.

El *Treponema Pallidium*, la espiroqueta causante de la Sifilis, se puede transmitir por transfusión de sangre, pero existe hace muchos años pruebas capaces de detectar esta enfermedad, aunque se ha comprobado que la sangre conservada a 4°C, como se acostumbra en los Bancos de Sangre, es inactivada con respecto a *Treponemas* después de 72 horas.

Existen unos parásitos Protozoarios, los *Tripánomas*, que dan dos tipos de enfermedades: la enfermedad del sueño (*Tripánoma Brucei*) y la enfermedad de Chagas (*Tripánoma Cruzi*). Como en su ciclo de vida ellos infectan la sangre, pueden ser transmitidos mediante la transfusión. En Latinoamérica es un problema de salud pública, entre nosotros se ha encontrado sobre todo en el Sur (Arequipa, Tacna, etc.), en Lima, recién en los últimos años se han reportado casos de portadores, que pensamos, se deba a las migraciones que se realizan a la capital. El *Tripánoma Cruzi* se transmite a los humanos mediante los mamíferos silvestres o domésticos infectados por intermedio de Chinchas reduvidas hematófagas. En despistaje ya es obligatorio en nuestro país.

El Paludismo está resurgiendo en todo el mundo, su incidencia se calcula en unos cien millones de casos al año

y que mueren unos 9 millones, sobre todo cuando la infección es por el llamado *Plasmodium Falciparum*. Los parásitos (*P. vivax*, *P. falciparum* y *P. ovale*) pueden permanecer viables en la sangre que se conserva entre 2°C y 4°C por lo menos 1 semana, siendo el Paludismo post-transfusional muy peligroso sobre todo en gestantes e inmunodeficientes, por eso se debe interrogar a los donantes respecto a si han permanecido antes en zonas palúdicas, ha tenido Paludismo o está en tratamiento. Las heces de animales domésticos pueden infectar con un parásito denominado *Toxoplasma Gondii*, infección que comúnmente no produce síntomas, pero si los hay, nos encontraremos con Retinitis, lesiones encefálicas focales, linfadenopatías, aborto y afecciones congénitas. Los parásitos se localizan en los Glóbulos Blancos, por lo que hay que tener cuidado en las transfusiones de Plaquetas o Glóbulos Blancos.

Entre nosotros se ha encontrado los virus del HTLV-I y HTLV-II, asociados a Leucemia y Paraparesia espástica, aunque en muy pequeño porcentaje, por lo que ahora en nuestro país es obligatorio realizar el despistaje de estos elementos, en los donantes de sangre. En el país, ciertos hospitales han comenzado a realizarlo. Había que tener en cuenta el costo-beneficio.

EL COLEGIO MEDICO Y LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD EN EL PERU



El Decano del Colegio Médico del Perú Max Cárdenas, manifestó que el sector salud debe priorizarse porque el desarrollo de un país, el recurso humano es fundamental.

En su opinión, el sector médico requiere que se rescisen la Ley de la Modernización de la Seguridad Social y la Ley General de Salud.

Por otro lado, dentro de la libre competitividad manifestó que se deben dar los lineamientos y adecuadas condiciones para que los pacientes puedan optar entre las clínicas privadas y sus similares del sector público.

Señaló que una de las causales del encañecimiento de los servicios del sector privado es la falta de incentivos tributarios, especialmente en la adquisición de equipos modernos y lograr así un mayor acceso a la población en general, ya que las clínicas privadas tienen como objetivo contribuir al mejoramiento del sistema de salud en el país.

Estas opiniones fueron vertidas por el Dr. Cárdenas en el reciente evento «El Colegio Médico ante las reformas de Salud», patrocinada por la Organización Contacto Médico.

El Decano manifestó asimismo, que su representada busca una adecuada coordinación entre el Ministerio de Salud, el IPSS y el sector médico privado para que los pacientes elijan libremente de acuerdo a la calidad de servicios que opten los diversos centros de salud.

Además, en lo referente al Tarifario Médico que nadie pueda imponer tarifas en alusión a las aseguradoras y a los médicos, pues deben respetarse los derechos del público usuario.

Por último precisó que el Colegio Médico a pedido a un grupo de expertos estudien la Planificación Familiar y que se suspenda ésta para un mejor estudio, cuyo objetivo prioritario es dar confianza a la población, para que este programa se desarrolle en forma técnica y éticamente favorable pues es necesario erradicar toda desconfianza y que las autoridades reflexionen si hubiera imprecisiones y se den las correcciones del caso para el bien común del país.

**DECLARAN EL DÍA 23 DE MAYO DE CADA AÑO,
COMO «DÍA NACIONAL DEL DONANTE VOLUNTARIO
DE SANGRE».**

Hace muchos años que la Sociedad Peruana de Hemoterapia y Banco de Sangre viene propiciando la donación voluntaria, por lo que vemos con suma satisfacción que el PRONAHEBAS, mediante el Ministerio de Salud implante el Día Nacional del Donante Voluntario de Sangre.

Creemos que debe ser el inicio para que nuestra población tome conciencia de la importancia de ésta disposición.

El PRONAHEBAS realizará una serie de actividades, con éste motivo en las cuales la Sociedad Peruana de Hemoterapia y Banco de Sangre se ha comprometido para desarrollar la parte científica, por ello su órgano oficial la registra Peruana de Transfusión, colaborará en dicha realización.

A continuación reproducimos la respectiva Resolución Ministerial:



Resolución Ministerial

Lima, 15 de abril de 1998.

Visto el Oficio FGSP N° 615-98 del Director General de Salud de las Personas; y

CONSIDERANDO:

Que mediante Ley N° 26454 se declara de interés nacional la obtención, donación, conservación, procesamiento, transfusión y suministro de sangre humana, sus componentes y derivados;

Que es importante que la población tome conciencia de que la donación de sangre es un acto altruista, que puede salvar la vida del prójimo;

Que en tal virtud es conveniente establecer el «Día Nacional del Donante Voluntario de Sangre», para motivar y sensibilizar a la población;

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 584 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 002-92-SA; y,

Con la opinión favorable del Vice Ministro de Salud;

SE RESUELVE:

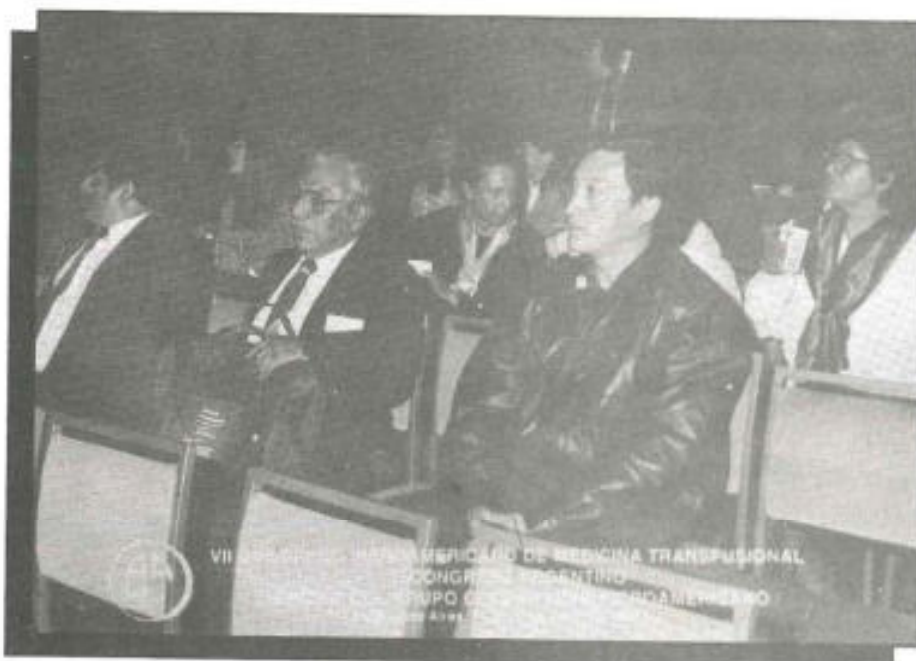
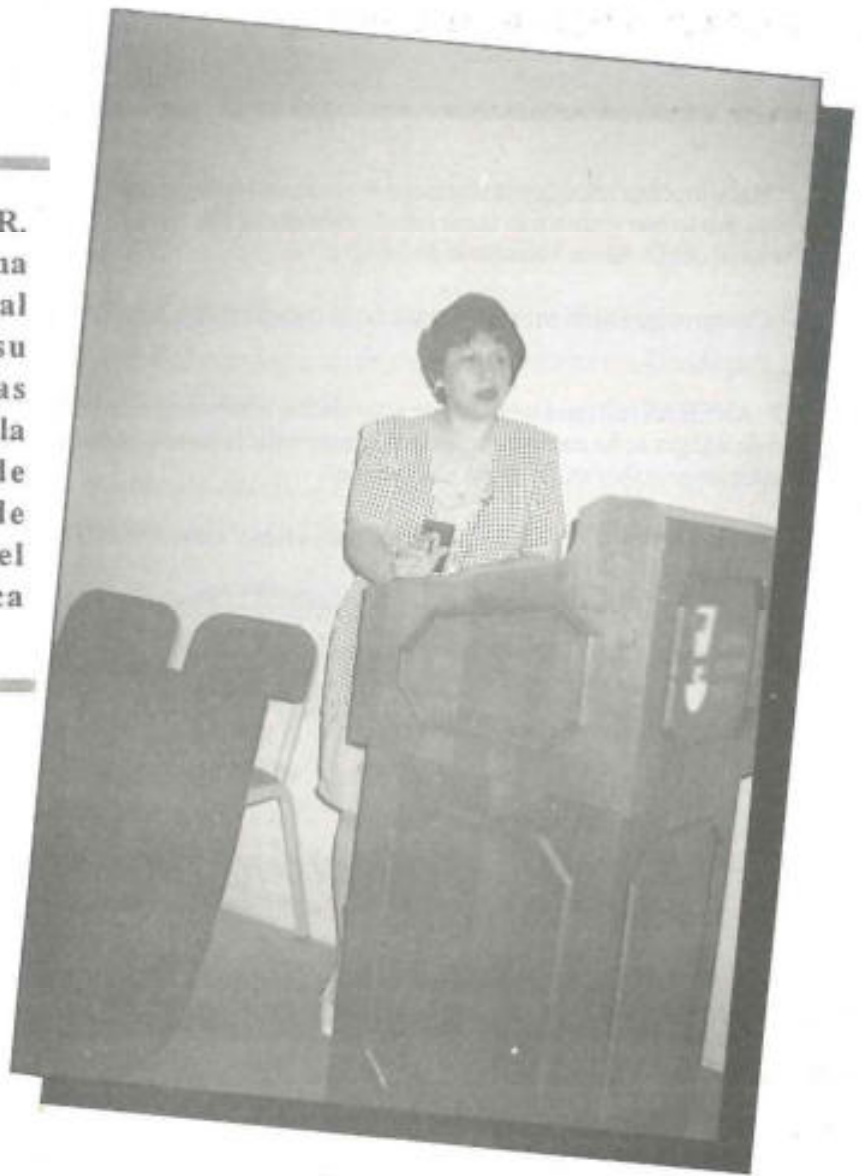
Establecer el día 23 de mayo de cada año, como «DÍA NACIONAL DEL DONANTE VOLUNTARIO DE SANGRE».

Regístrese, comuníquese y publíquese.

DR. JOSE MONTOYA RAMIREZ
Secretario General
MINISTERIO DE SALUD

DR. MARINO COSTA BAUER
Ministro de Salud

La Dra. Elizabeth Carrillo R. jefa del servicio de medicina transfusional del Hospital Ricardo Rebagliti , en su exposición durante las actividades científicas que la Sociedad Peruana de Hemoterapia y Banco de Sangre desarrolla en el auditorio de la Clínica Ricardo Palma.

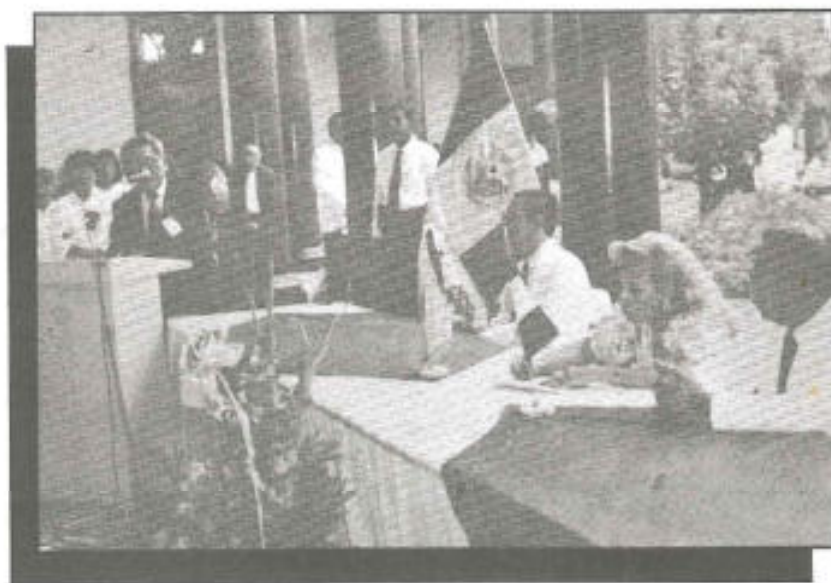


El Dr. Juan Zubieta, el Dr. Ernesto Manrique y el Dr. Julio Santa Cruz en el VII Congreso Iberoamericano de Medicina Transfusional, VI Congreso Argentino, I Simposio del Grupo Cooperativo Iberoamericano



Dr. Susana del Carpio jefe Bco. Sangre Hospital Hipolito Unanue en su exposición sobre el control de calidad en los bancos de Sangre y su incorporación a la Sociedad Peruana de Hemoterapia y Banco de Sangre, evento que se realizó en el auditorium de la Clínica Ricardo Palma.

El Dr. Ernesto Manrique V. el Dr. Li , el Dr. Cardenas entre otros médicos en el I Curso Regional del Centro, sobre Inmunohematología, que contó con la participación de 200 participantes.



La Dra. María Fé Malaspina, Directora general de la Sub Región del Salón de Lima, el Dr. Leoncio Varranzuela, escuchando atentamente el discurso del Dr. Gonzales Guerrero Director del Hospital Dos de Mayo.

EL VINCULO DONADO - UNA REVISION DE TITMUSS

A propósito de leer el artículo publicado en Transfusión Internacional N° 70 - Julio de 1997, en la cual el profesor Robert Beal, editor de la revista, comenta el libro publicado por Sig Titmuss en 1970 y que nos da una idea como la donación de sangre siempre ha sido una de las preocupaciones en todo el mundo, cuales han sido sus progresos, sus ventajas y desventajas que si bien es cierto Titmuss lo hizo desde le punto de vista social y económico, fue el artífice de la donación de sangre voluntaria.

En nuestro país creo que estamos por la época de los 60 pues los que dan sangre (dadores, no donantes, según el Dr. Juan Zubieta) o son remunerados o son aquellos que se ven obligados a dar sangre por una institución Marina, Ejército, Policía, etc.), o los pacientes tienen que depositar previamente la sangre o reponer la que han utilizado en su tratamiento.

Durante muchos años en la Cruz Roja Peruana luchamos porque directivos de esta entidad tomarán el liderazgo en este aspecto de pro-

mover la donación voluntaria y altruista y por supuesto tener un Banco de Sangre donde se depositara la sangre en forma continua y no realizar sólo una colecta anual, la Cruz Roja tiene todavía la oportunidad, porque posee todas las características de entidad humanística y el respaldo moral que tiene toda las instituciones como la Cruz Roja y la Medio Luna Roja en el mundo y poder así captar los donantes necesarios para abastecer a los hospitales e instituciones de salud donde se utilizan transfusiones.

El Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre (PRONAHEBAS) posiblemente dentro de sus planes ya estará programando este aspecto tan álgido en nuestro país.

A continuación la transcripción con la autorización de: Transfusión Internacional: N° 70 - Julio 1997 de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

El vínculo donado - una revisión de Titmuss

En 1970, un catedrático economista inglés publicó un libro que tuvo un efecto notable en la medicina de la transfusión de todo el mundo. El libro se titulaba *The Gift Relationship - From Human Blood to Social Policy* (El vínculo donado - De la sangre humana a la política social) pero, desafortunadamente, en la actualidad está agotado y es difícil encontrar algún ejemplar. Su autor, Richard Titmuss, de la Facultad de Economía de Londres, fue un sorprendente promotor de la donación

de sangre altruista, pues se le consideró como el máximo arquitecto del cambio social y socialista introducido en Gran Bretaña durante el gobierno de Harold Wilson.

A fines del decenio de 1960, cuando la donación de sangre remunerada era en Estados Unidos y en algunos países europeos más habitual que hoy, se produjo un álgido debate entre los economistas acerca de la sangre y su adquisición. Algunos decían que debía verse en la sangre un

producto comerciable escaso, y que su precio de mercado debía fijarse según las «leyes» de la oferta y la demanda. Titmuss adoptó un punto de vista diametralmente opuesto: afirmó que la donación voluntaria y no remunerada de sangre en beneficio de alguien desconocido era uno de los últimos actos de altruismo que aún subsistían (hacer el bien sin pensar en una recompensa), en un mundo en que se esperaba que los gobiernos socialistas proveyeran de

todo lo necesario para una vida cómoda sin que nadie pagase por ello.

En *The Gift Relationship*, el autor examina los aspectos científicos, sociales, económicos y morales relacionados con la adquisición, el procesamiento, la distribución, el empleo y los beneficios de la transfusión de sangre en el Reino Unido, Estados Unidos de América, la Unión Soviética y Sudáfrica.

Se trata de un estudio cuidadoso del estado de la medicina de la transfusión cuando mediaba el decenio de 1960, con una reseña

completa de la literatura sobre el tema, un análisis de las por entonces escasas estadísticas, que se completaban con un análisis detallado de un cuestionario sobre las actitudes de más de 3,000 donantes ingleses. Titmuss se benefició de una pequeña beca de investigación para recoger y analizar los datos, pero no para la posterior elaboración ni para los gastos de una voluminosa correspondencia con todo el que era alguien en el mundo de la transfusión. El libro fue una obra de amor redactada, en su mayor parte, durante los fines de se-

mana.

Este artículo examina algunos de los principios expuestos en la filosofía de Titmuss y los reconsidera a la luz del conocimiento y de la experiencia actuales.

Singularidad de la donación de sangre

Titmuss establece una relación de los atributos que hacen de la donación de sangre un hecho único; ninguno de estos conceptos ha perdido vigencia. En síntesis son los siguientes:

- * La donación es impersonal, a veces físicamente incómoda para el donante;
- * El receptor es desconocido y no se espera su agradecimiento;
- * La donación se rige por reglas externas, racionales;
- * No hay una penalización personal o predecible por NO dar sangre;
- * No existe la seguridad de recibir, recíprocamente, una donación;
- * El beneficio o el daño dependen en parte de la honestidad y la sinceridad del donante;
- * Tanto donantes como beneficiarios, en caso de conocerse, podrían tener desacuerdos por motivos religiosos, éticos o políticos, u otras objeciones:

Tipología de los donantes de sangre

| Tipo de donante | Características |
|--|---|
| A. Remunerado | La sangre se considera un producto comerciable |
| B. Profesional | Titmuss designaba así a los donantes por plasmaféresis que, cuando él escribía, eran casi todos remunerados. |
| C. Voluntario Inducido mediante remuneración | Remunerados por dar sangre, por ejemplo, bajo una presión del grupo |
| D. Depósito | Los pacientes que reciben sangre deben entregar un depósito que se devuelve cuando se reemplaza la sangre. |
| E. Crédito Familiar | Se deposita previamente una donación, a modo de "Seguro" para una eventual necesidad de sangre |
| F. Voluntario cautivo | Donantes que pueden verse obligados por una autoridad institucional, por ejemplo en las cárceles, en el Ejército o en la Policía. |
| G. Voluntario con beneficio marginal | Donantes voluntarios atraídos por una compensación concreta no monetaria, como licencia en el trabajo, comidas o atención médica gratuitas. |
| H. Comunidad de voluntarios | Donantes que dan gratuitamente un don humano sin ninguna compensación concreta. |

el anonimato es importante;

- * La sangre es un don muy perecedero cuya utilidad depende de otros;
- * Para el donante no es una pérdida irreversible; para el beneficiario, la sangre puede ser el don de la vida misma.

Tipología de los donantes de sangre

Quizá lo que más se recuerda del libro es la tipología de los donantes de sangre, que se resume en la tabla de la página siguiente.

Con muy buen criterio, Titmuss señala que, en cualquier país, el perfil general y la mezcla de esos ocho tipos se ven determinados por las estructuras sociales y políticas prevalentes y los sistemas de valores que apliquen y no apenas por las estructuras administrativas y organizativas.

El mercado privado y comercial

La situación estadounidense ha cambiado mucho en los últimos treinta años. No hay bancos comerciales de hemáties ni plaquetas. La mitad de la sangre recogida va a la industria del plasma y se controla con mucho más cuidado que en el decenio de 1960. Ya casi no se duda de que la mayor parte de la

industria del plasma tiene normas al menos tan altas como las del sector voluntario: la dependencia responsable del control de Alimentos y Medicamentos (FDA) no permitiría que fuese de otra manera.

Sin embargo, no ha cambiado la naturaleza de la clientela atraída al menos por una parte de las operaciones comerciales.

En 1970, además de reproches, anécdotas y retórica, Titmuss señaló cuatro diferencias importantes que se aplican al sector comercial con sus donantes de sangre remunerados.

- * Habida cuenta del tipo de personas que se ofrecen para vender sangre, existía mayor riesgo de infección para el beneficiario;
- * Había más riesgos eventuales para la salud del donante;
- * Era habitual la escasez estacional;
- * Existía la posibilidad de explotar a los donantes, a causa de la ignorancia y de la inconsciencia.

Desde nuestra posición, debemos preguntarnos: «¿Ha cambiado esto hoy?»

Criterios para la selección de donantes

Titmuss se adelantó mucho a su tiempo en mucho de lo

que escribió respecto de las cualidades necesarias de un donante de sangre: recordemos que escribió más de diez años antes de la aparición del VIH y del SIDA y en la época en que empezó la detección de la hepatitis B en laboratorio.

En un pasaje, Titmuss señala que ninguna sociedad en el mundo moderno ha dictado leyes ni establecido sanciones para obligar la donación de sangre ya que el donante dé una información veraz sobre su estado de salud sigue siendo correcta, en particular el VIH y el SIDA han sido responsables de que muchos países establecieran leyes que imponen penas por proporcionar información falsa o equivocada en el cuestionamiento que responde el donante.

Antes el Titmuss escribió que el donante voluntario debe mostrar congruencia, Regularidad, responsabilidad y honestidad, una afirmación bastante más definitiva que la que podríamos hacer hoy, aunque siendo verdadera. En otro pasaje, al hablar de la necesidad de apoyar la máxima veracidad, Titmuss ilumina el aspecto transaccional cuando escribe que la dehonestedad de los donantes puede ocasionar la muerte de personas desconocidas.

Progreso : algunas ventajas

Había mucho que mejorar en la época de Titmuss, y ha habido algunos avances importantes en los campos que él señaló como deficientes. Un tiempo de conservación más prolongado, los mejores sistemas logísticos y de almacenamientos y los procesos de administración perfeccionados desterraron las condiciones obsoletas de hace treinta años. Se produjo un aumento notable de las donaciones altruistas de sangre y plasma, pero aún es necesario un esfuerzo mayor en muchos países. Las funciones derivadas de la transfusión se han reducido mucho en la actualidad, pero el pasado reciente no fue una etapa cómoda o para quienes se ocuparon de este tema. La demanda de sangre y de hemoderivados, que aumentaba día a día en tiempos de Titmuss, se ha racionalizado en la actualidad gracias a un manejo atinado y a una mayor conciencia pública de los eventuales riesgos y de las disyuntivas.

Progreso : algunas desventajas.

Hay dos campos interesantes en los que el progreso no fue tan veloz como lo hubieran querido quienes es-

tán directamente interesados.

* Con razón Titmuss criticó considerable falta de información estadística útil y válida sobre la recogida y distribución de sangre y hemoderivado. También fue severo respecto a la falta de datos sobre la administración de la sangre y quienes la recibían. Hoy, en las reuniones de los comités especializados escuchamos comentarios y quejas sobre la disponibilidad y la validez sobre los datos algo que nos trae recuerdos de los que Titmuss denunció hace tres decenios,

* En el interesante capítulo "Who is my Stranger" (Quién es mi desconocido), Titmuss se ocupa de la motivación del donante, y observa que se disponía de una limitada información sobre los datos demográficos de los donantes. En un detallado estudio, se esfuerza por identificar el tipo de persona que en una continuidad dada podría ser donante de sangre voluntario y cual podría ser su motivación como todos en este asunto, antes y después, Titmuss termina el libro preguntándose sobre las características del donante "Universal", no el de grupo O RH Negativo, sino el tipo de persona que se alista sin aspavientos ni incon-

venientes, capaz de firmar una declaración del donante que comprende perfectamente y vuelve sin necesidad de ser convocado cada tres meses durante los siguientes treinta años. Titmuss no podía definirlo, y tampoco podemos nosotros, he ahí el secreto del esfuerzo y de la habilidad de captación de donantes.

Post scriptum

En este artículo, a través de la vocación de un importante libro de 1970, he tratado de identificar los campos en los que hubo un serio progreso en la medicina de la transfusión y señala algunas áreas en las que los progresos no fueron tan evidentes. Al hacerlo, emergieron varios puntos importantes que conservan hoy la misma vigencia que tenían hace 30 años: la importancia de la captación y de la retención de los donantes adecuados los que darán a otros sin pensar en una remuneración y que a pesar de las tensiones de la vida moderna permanecerán abiertos honestos, responsables y espontáneos en su trato con el servicio de transfusión en bien de la humanidad.

Prof. Robert Beal