

Los nefrólogos como responsables de la donación de órganos: Experiencia en el Hospital 12 de Octubre

A. Andrés, S. Vázquez y M. P. Cebrián

Servicio de Nefrología. Coordinación de Trasplantes. Hospital 12 de Octubre.

Los avances en las técnicas quirúrgicas y la introducción de mejores drogas inmunosupresoras como la ciclosporina A han contribuido a optimizar los resultados de los trasplantes de órganos sólidos que han pasado a ser una realidad cotidiana en la actividad de muchos hospitales. Sin embargo, la aplicación de esta terapéutica se ve enlentecida por la baja disponibilidad de órganos para trasplante.

Esta escasez de órganos obedece a causas muy diversas según los países y entornos que se analicen¹⁻³. En general, en los países occidentales (Europa y América) los mayores obstáculos para la obtención de órganos están en la detección de donantes válidos y en el consentimiento familiar para que se realice la extracción¹. No obstante, hay países desarrollados donde el problema es mayor ya que, al no tener legalmente reconocida la muerte cerebral, es prácticamente imposible realizar trasplantes de cadáver.

Afortunadamente en nuestro país desde hace diez años existe una ley que regula el diagnóstico de muerte cerebral y la donación de órganos; y además en 1986 se creó la figura del coordinador de trasplantes hospitalario, encargado de la detección y manejo de los posibles donantes. Por tanto, en este momento poseemos una estructura legal y una organización de personal para abordar estos dos grandes muros que obstaculizan la generación de órganos.

No cabe duda que las alertas sobre muertes cerebrales vienen siempre de las unidades de cuidados intensivos o de las reanimaciones neuroquirúrgicas. Por tanto, es fundamental mentalizar a los profesionales que trabajan en estas áreas para que informen sobre la presencia de posibles donantes. Ahora bien, es más discutible que sean estos médicos, al cuidado de pacientes críticos, los que tengan que llevar a cabo todos los trámites legales, familiares y de coordinación para que pueda realizarse una extracción de órganos. La propia tensión a la que es-

tán sometidos estos médicos en su trabajo al frente de unidades de cuidados intensivos puede ser un lastre para llevar a buen fin todo el camino que va desde la detección de un donante hasta la extracción de sus órganos. Deberían ser, por tanto, otros profesionales diferentes a los que trabajan en estas unidades los que coordinen todo el proceso de donación.

¿Quién o quiénes deben ser esas personas responsables de la obtención de órganos? Evidentemente no existe un prototipo definido dentro de los profesionales de la sanidad, a pesar de lo cual en cada hospital se han ido configurando espontáneamente, con el paso del tiempo, la persona o las personas encargadas de esta tarea.

Desde el punto de vista cronológico fueron los nefrólogos los primeros en implicarse en la obtención de riñones de cadáver cuando, a mediados de los años setenta, comenzaron a realizarse de forma casi rutinaria trasplantes renales en los hospitales de la Seguridad Social. Ellos comenzaron a acercarse por las unidades de cuidados intensivos preguntando sobre la existencia de posibles donantes. Esta tradición se ha conservado en algunos hospitales, entre ellos el nuestro, donde el coordinador de trasplantes fue, desde el primer momento, un nefrólogo formando equipo con el resto de compañeros del Servicio y responsabilizándose, todos en conjunto, de los trámites que conlleva la donación de órganos.

Pero no sólo es la tradición lo que hace bueno que los nefrólogos coordinen todo el proceso de obtención de órganos, sino que existen otras razones que hacen ideal esta estructura de coordinación.

Como comentábamos previamente, siendo absolutamente esencial para la obtención de órganos la detección de las muertes cerebrales, quizá la etapa más tensa del proceso sea la entrevista familiar⁴. Aunque nuestra ley establece que será donante de órganos toda aquella persona que no haya expresado lo contrario en vida, en la práctica es absolutamente necesario el permiso familiar para que la extracción se lleve a cabo. Por tanto, esta entrevista deben hacerla personas especialmente motivadas hacia el trasplante, conocedoras de su utilidad y con argumentos y experiencia suficiente para convencer

Correspondencia: Dr. A. Andrés Belmonte.
Servicio de Nefrología.
Hospital 12 de Octubre.
Carretera de Andalucía, km 5,400.
28041 Madrid.

a la familia sobre la bondad de la donación⁵. No cabe duda que la voluntad familiar hacia la donación depende de muchos factores difícilmente controlables por el profesional que realiza la petición (religión, nivel cultural, tradiciones, etc.), pero si hay un grupo de médicos con férreos argumentos y mentalización para hacer las peticiones de órganos, éstos son los nefrólogos que, a diario, ven cómo los enfermos en diálisis siguen esperando un trasplante.

Pero nefrólogo o no, es muy difícil que una sola persona pueda realizar la coordinación de todos los donantes que surgen en un gran hospital como el nuestro (1.500 camas de hospitalización). Es necesario, por tanto, la formación de un grupo de profesionales que asuman por turno estas tareas y, si es posible, sin que tengan que dejar su actividad sanitaria habitual: Si ese grupo puede ser homogéneo en su motivación se habrá conseguido un grupo ideal de coordinación. Nosotros actualmente somos cuatro nefrólogos y dos enfermeras los encargados de las labores de obtención de órganos.

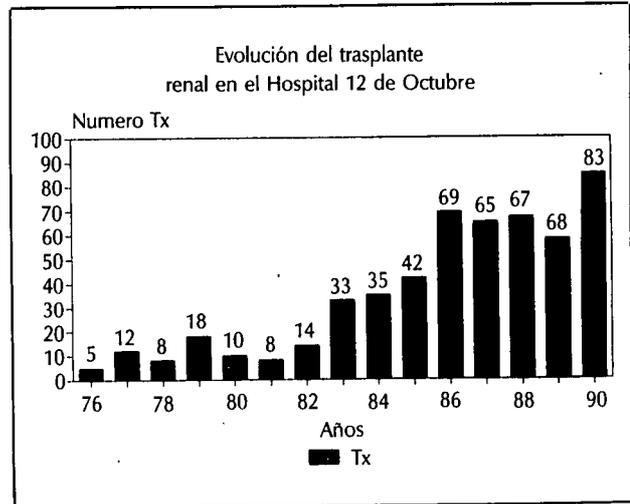


Fig. 1.—Evolución del trasplante renal en el Hospital 12 de Octubre desde 1976.

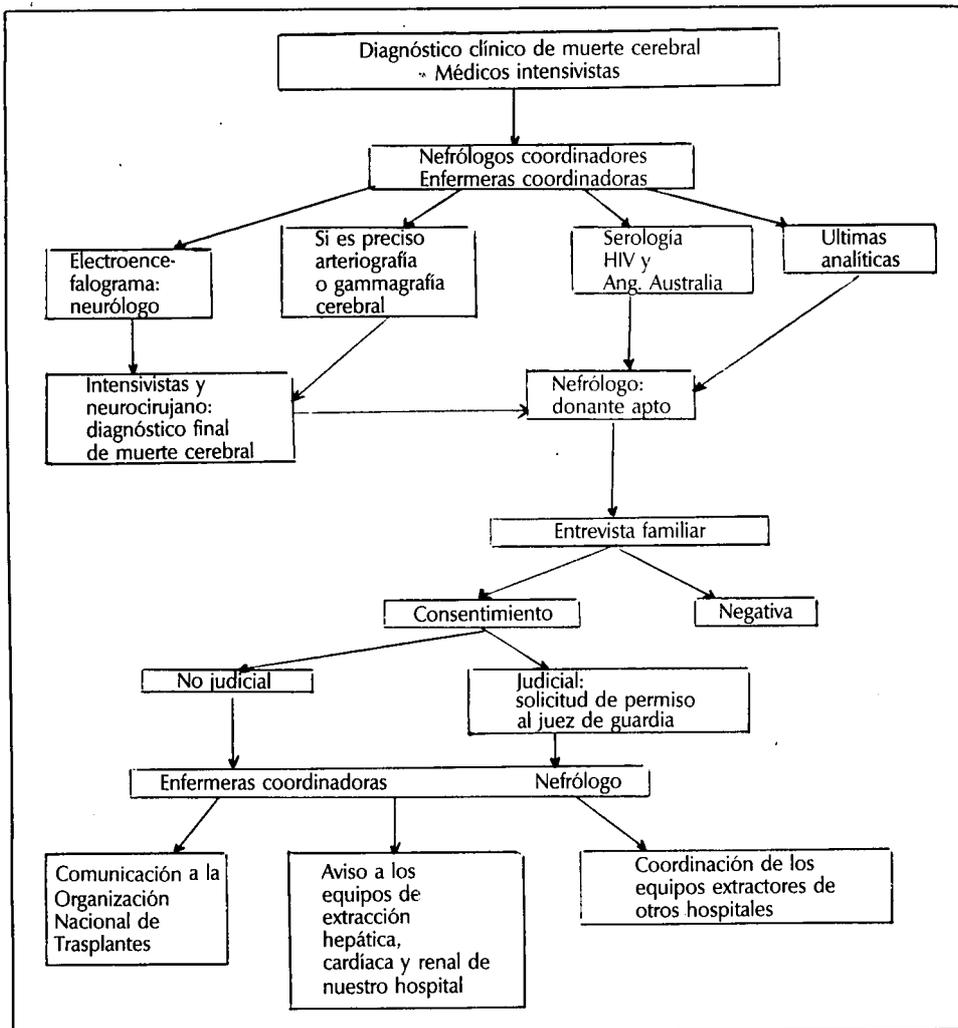


Fig. 2.—Sistema operativo de detección y manejo de donantes de órganos.

El coordinador de trasplantes del hospital es uno de nosotros, pero todos nos ocupamos de las labores relacionadas con el seguimiento de donantes y la obtención de órganos. Para nosotros esta labor es una más dentro de la práctica de la nefrología.

Con mayor o menor grado de estructuración desde 1976 los nefrólogos de este hospital se han encargado de los procesos de donación. Con este sistema se ha logrado realizar en el hospital 512 trasplantes renales que son índice del número de donantes reales manejados (aproximadamente la mitad: 250). En la figura 1 se muestra la evolución de los trasplantes renales durante estos catorce años. Como puede observarse se produce un gran incremento de trasplantes y, por ende, de donantes desde 1986 coincidiendo con un aumento similar en toda España y con una mejor estructuración en nuestro grupo de coordinación. En la figura 2 representamos esquemáticamente el sistema operativo que ponemos en marcha al detectarse una muerte cerebral.

En el período noviembre 89-noviembre 90 se han observado en el hospital 73 pacientes con muerte cerebral, que supone el 5,9 % del total de fallecimientos hospitalarios (1.232); de ellos, 54 fueron aptos para ser donantes, pero sólo en 35 se obtuvo el permiso familiar. Diecinueve familias se negaron a la donación de órganos, lo que supone un 35,2 % de las entrevistas realizadas. Este porcentaje de negativas es similar al que se produce en Inglaterra³ e inferior al que existe en USA², donde alcanza un 50 %. Mejorar esta cifra de negativas es algo que no parece depender ya de los profesionales que realizamos las entrevistas, sino más bien de campañas institucionales que consigan mejorar la actitud de la población hacia la donación de órganos. Indudablemente, una reducción en el número de negativas familiares incrementaría la cifra de órganos disponibles, pero quizá no sea tanto este el problema, sino más bien una eficaz detec-

ción de posibles donantes. Un grupo cohesionado de nefrólogos puede mentalizar a estamentos claves del personal sanitario y realizar un eficaz manejo de la detección de donantes.

Por tanto, creemos que, por la tensión que genera todo el proceso de donación de órganos, debe ser un grupo de médicos y no uno sólo los que se responsabilicen de esta tarea, sobre todo en hospitales con gran número de muertes cerebrales. Este trabajo en equipo permite a estos profesionales seguir ejerciendo sus labores habituales de especialista, evitando así distanciamientos de su trabajo cotidiano que, a la larga, pueden resultar contraproducentes. Este grupo de médicos encargados de la coordinación de trasplantes pueden ser perfectamente los nefrólogos, que están especialmente motivados, ya que el trasplante es una indicación habitual en su especialidad. Pero, no obstante, creemos que lo que en última instancia definiría a un grupo hospitalario encargado de la obtención de órganos no sería la especialidad de las personas que lo integran, sino el entusiasmo hacia una labor que, aunque tensa en su primera fase, es altamente gratificante en sus resultados.

Bibliografía

1. Bart KJ, Macon EJ, Whittier FC, Baldwin RJ y Blount JH: Cadaveric kidneys for transplantation. *Transplantation*, 31:379-382, 1981.
2. Bart KJ, Macon EJ, Hamphries AL, Baldwin RJ, Fitch T, Pope RS, Rich MJ, Langford D, Teustch SM y Blount JH: Increasing the supply of cadaveric kidneys for transplantation. *Transplantation*, 31:383-387, 1981.
3. Gore SM, Hinds CJ y Rutherford AJ: Organ donation from intensive care units in England. *Br Med J*, 299:1193-1197, 1989.
4. Wakeford RE y Stepney R: Obstacles to organ donation. *Br J Surg*, 76:435-439, 1989.
5. Smithers BM, Cooksey G, Foster MC y Blamey RW: Availability of organs for transplantation: a three years study. *Br Med J*, 293:923, 1986.