

La Organización Norte-Trasplante: desarrollo, esquemas de funcionamiento y resumen de su actividad (1979-1983)

A. PURROY * I. LAMPREABE ** M. ARIAS y J. GONZALEZ-COTORRUELO ***

Clínica Universitaria de Pamplona **, C. S. «Enrique Sotomayor», de Bilbao ***, H. «Marqués de Valdecilla», de Santander.

RESUMEN

La Organización Norte-Trasplante coordina la infraestructura necesaria para el intercambio de órganos y la potenciación en la aplicación del trasplante renal en el ámbito geográfico de País Vasco, Navarra, Cantabria, Burgos, Asturias, Palencia, La Rioja y, parcialmente, Valladolid y León.

Su creación comienza en 1976 y la primera lista de espera conjunta se establece en mayo de 1979. La zona geográfica que abarca la Organización ha estado dividida en tres zonas dependientes de idéntico número de centros de trasplante ubicados en la Clínica Universitaria de Pamplona, la Ciudad Sanitaria de Cruces, en Bilbao, y el centro Médico «Marqués de Valdecilla», en Santander. El número inicial de hospitales fue de 16, siendo en la actualidad de 20 y han funcionado cinco laboratorios de histocompatibilidad.

Desde sus comienzos se han extraído 333 riñones y se han realizado 303 trasplantes, con un aumento paulatino de la actividad que en el año 1983 ha sido espectacular con 116 trasplantes realizados. El intercambio de órganos ha sido fluido y eficaz y los resultados obtenidos demuestran que es posible conseguir un trabajo coordinado, aunque se trate de centros hospitalarios de muy diversas características.

La población actual de la zona geográfica que cubre Norte-Trasplante es aproximadamente de unos seis millones de habitantes, por lo que con 150-175 trasplantes anuales debería producirse una estabilización en la lista de espera, objetivo que puede cumplirse si se mantiene la curva ascendente de actividad desarrollada el último año.

Palabras clave: Trasplante renal. Intercambio de órganos. Organizaciones de trasplantes.

THE ORGANIZATION OF «NORTE TRANSPLANTE» (TRANSPLANTATION ORGANIZATION OF NORTHERN SPAIN)

SUMMARY

The Organization «Norte Transplante» (Transplantation Organization of Northern Spain (O.N.T.) was created in 1976 to coordinate the necessary activities for organ exchange and promote a more extensive use of kidney transplants in País Vasco, Navarra, Cantabria, Burgos, Asturias, Palencia, La Rioja and partially Valladolid and Leon, with a total estimated population of 6 millions served by 20 local hospitals which send patients to three transplantation centres (Clínica Universitaria of Pamplona, Ciudad Sanitaria Cruces of Bilbao, and Centro Médico Marqués de Valdecilla of Santander).

From its beginning a total of 333 kidneys were obtained and 303 kidney transplants done, 116 of them in 1983, a large increase over previous years. The results of the program and the growing ease of exchange proved the validity of the organization, despite the different characteristics of the Centres involved.

The projections allow us to expect that a yearly transplantation rate of 150-175 cases should result in a stable waiting list, a goal that seems to be attainable if we maintain the present rate of increase.

Key words: Kidney transplant. Organ exchange organizations. Transplant organizations.

Correspondencia: Dr. A. Purroy.
Clínica Médica Universitaria.
Pamplona (Navarra).

ANTECEDENTES Y DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN NORTE-TRASPLANTE

En el desarrollo evolutivo de la Sociedad Nefrológica del Norte pronto se vio la necesidad de poner en marcha una estructura con ámbito regional de trasplante renal que permitiese crear la infraestructura necesaria para asegurar una eficacia suficiente en la aplicación de este tratamiento. En la reunión que la Sociedad celebró en Santander en noviembre de 1976 fue donde se plantearon por vez primera los requisitos básicos para la organización de lo que luego llegó a ser el Norte-Transplante. Un dato importante a reseñar es que desde el primer momento la idea contó con el entusiasmo e incluso con la aportación económica de los miembros de la Sociedad Nefrológica.

Durante los años 1977 y 1978, y basados fundamentalmente en criterios de France Transplant y en las experiencias todavía modestas de los Centros de la región que habían iniciado la realización de trasplantes, se fueron elaborando los criterios que posteriormente llegarían a constituir un protocolo común. En dicho Protocolo se incluían las condiciones para entrar en lista de espera, las características del donante tanto vivo como cadáver, los criterios de selección del receptor, los criterios para intercambio de órganos, el sistema de envío, etc.

Importante también fue determinar las características del centro de trasplante, que debía tener determinadas condiciones:

1. Equipos médico-quirúrgicos e infraestructura de medios diagnósticos suficientes. Ello incluye laboratorios, radiología, bacteriología, isótopos y anatomía patológica. Todo ello encaminado a permitir un seguimiento adecuado del paciente trasplantado, asegurar la continuidad del procedimiento y justificar la existencia de un personal dedicado de forma exclusiva a este tratamiento.

2. Ser capaces de realizar entre 20-25 trasplantes-año.

3. Incluir en lista de espera y en condiciones de igualdad a pacientes de centros de diálisis vecinos, responsabilizándose de su tipaje y seguimiento periódico de anticuerpos.

Todo ello encaminado a obtener un número de trasplantes que permitiese la óptima utilización de recursos con los adecuados resultados. En estos dos años se establecieron las relaciones entre los centros de trasplante, las relaciones entre los centros de diálisis y los centros de trasplante y de todos con la Secretaría Regional. Una característica fundamental que ha permitido el ulterior desarrollo de la Organización fue plantear ésta dentro de una gran autonomía donde la confianza entre los centros fue total: de los centros de trasplante entre sí, de la Secretaría con estos centros y viceversa y con los centros de trasplante y viceversa. No obstante, se definieron las preferencias a la hora de elegir un determinado receptor, manteniendo el criterio de que de los dos riñones uno de ellos quedaba a la libre decisión del centro extractor (inicialmente coincidía con los centros de trasplante). El otro riñón se intercambia-

ba preferentemente entre los centros de la región con criterios inmunológicos y éstos muy matizados por criterios clínicos. Es decir, que en la elección del receptor el peso ha recaído fundamentalmente en el clínico tanto del centro de trasplante como del correspondiente centro de diálisis.

A finales de 1979 se concretan de forma definitiva las condiciones de colaboración que serían la base de la futura Organización Norte-Transplante y se aprueba el protocolo común.

Con el objetivo de poder disponer de forma actualizada de los datos de todos los enfermos en lista de espera del Norte-Transplante y de esta forma orientar una mayor selección inmunológica de un posible receptor, desde el comienzo del programa ha existido una lista de espera informatizada siendo la Secretaría Regional la encargada de mantenerla al día con los datos que cada centro de diálisis envía, pero siempre a través de su respectivo centro de trasplante. Esta lista inicialmente fue costeada por la Sociedad Nefrológica del Norte, para posteriormente depender de cada uno de los centros de diálisis en relación al número de enfermos incluidos en la lista. Cualquier centro de la zona de influencia de la Sociedad Nefrológica del Norte ha podido quedar incluido en el Norte-Transplante mediante petición expresa y escrita del director del centro, el cual nombra al representante de dicho centro en la Organización. Cada uno de los centros tiene un voto en la Junta Directiva del Norte-Transplante, de la que también forman parte con voz, pero sin voto) el presidente y secretario de la Sociedad Nefrológica del Norte, ya que el Norte-Transplante es una sección operativa de dicha Sociedad. La Junta Directiva se reúne una vez al año y sus misiones son el control de funcionamiento, elaboración de normas y modificaciones de los protocolos conjuntos. Además de la Junta Directiva está la Comisión Permanente, que estará constituida por un representante de cada uno de los centros de trasplante y por el presidente, secretario y tesorero de la Sociedad Nefrológica del Norte. La Comisión se reúne al menos tres veces al año y sus misiones consisten en coordinar el funcionamiento y la información. También representaría a la Organización de cara a otros organismos de trasplante o a la Administración Pública. La Organización, de acuerdo con sus ideas fundacionales, ha estado siempre abierta a todos los centros de diálisis que han querido formar parte de ella y, asimismo, a los centros que cumpliendo la normativa vigente se han convertido en centros extractores. Tampoco ha habido criterios restrictivos para aceptar nuevos centros de trasplante, siempre y cuando se ajusten a la normativa legal y adquieran la responsabilidad completa de seguimiento, tanto en el pre como en el postrasplante de aquellos enfermos que estuviesen en su zona de influencia, como de hecho empieza a suceder en Asturias, donde se han realizado los primeros trasplantes en 1983, estando actualmente en una situación de transición hacia su organización definitiva. Finalmente, y también como criterio recogido en el protocolo, el seguimiento del enfermo trasplantado se realiza

inicialmente en el centro de trasplante y a partir de los doce meses vuelve a su centro de diálisis.

ACTIVIDAD DESARROLLADA Y RESULTADOS OBTENIDOS

La actividad desarrollada por la Organización Norte-Transplante ha aumentado progresivamente desde su comienzo en mayo de 1979, tanto en el número de extracciones realizadas como en el de los intercambios entre Centros y, como es lógico, en el volumen de trasplante (tablas I, II y III).

En el año 1983 se han realizado 116 trasplantes renales de los que sólo dos han sido de donante vivo. La actividad de trasplante global está resumida en la figura 1.

Los resultados de la Organización Norte-Transplante se expresan globalmente en las curvas actuariales de la figura 2, en la que se incluyen todos los pacientes, todas las causas de mortalidad, cualquiera que sean, y todas las pérdidas de injertos, con lo que se observa una superviven-

cia actuarial del 88 % de los pacientes a los tres años y del 48 % de los injertos al final del mismo período.

Si se analizan los resultados en relación con las identidades HLA (Fig. 3) se objetiva a los 3 años una mejor supervivencia de los injertos en los casos de 3-4 identidades HLA A y B, con respecto a los de dos y 0-1 identidades, aunque sin significación estadística demostrable.

Las transfusiones en nuestra serie inciden también en los resultados, observándose que el grupo que los tiene mejores es el que ha recibido entre 5 y 10 transfusiones, mientras que los que no han recibido ninguna obtienen los peores. Los grupos de 0-5 y el de más de 10, obtienen resultados intermedios, igualmente sin significación estadística (Fig. 4).

La presencia de anticuerpos no incide de forma significativa en la supervivencia del injerto a los 3 años para los grupos «sin anticuerpos» y «con anticuerpos» hasta un 50 % del panel (+ y ++), siendo a los 3 años del 48 %. Sin embargo, el pequeño grupo de hipersensibilizados (10 enfermos) tienen mejor supervivencia del injerto a 3 años (75 %).

TABLA I

NORTE-TRASPLANTE (1983)

Extracciones útiles	1079	1980	1981	1982	1983	Total
Riñones obtenidos en Norte-Transplante	20	70	70	50	123	333
Riñones enviados a otras organizaciones	4	9	12	1	11	37
Riñones recibidos de otras organizaciones	0	0	0	3	4	7

TABLA II

ACTIVIDAD POR CENTROS

Centro	Total pacientes trasplant.	Total extrac. realizadas	Pacientes Lista espera XII-1983
C. S. Cruces (Bilbao)	53	68	66
H. C. Basurto (Bilbao)	4	27	16
C. N. Bañalá (Bilbao)	15	—	16
R. Ortiz Zárate (Vitoria)	6	2	18
C. Universitaria (Navarra)	17	24	23
H. Provincial (Navarra)	—	—	1
R. Virgen Camino (Navarra)	8	—	9
H. S. Juan de Dios (Navarra)	—	—	9
R. Antonio Coello (Logroño)	12	1	21
H. Santiago Apóstol (Victoria)	14	37	21
H. S. Juan de Dios (S. Sebastián)	9	—	10
R. Virgen Aránzazu (S. Sebastián)	14	16	44
P. Guipuzcoana (S. Sebastián)	8	—	76
H. Marqués Valdecilla (Santander)	49	96	66
R. General Yagüe (Burgos)	22	10	40
R. Lorenzo Ramírez (Palencia)	3	1	5
R. Onésimo Redondo (Valladolid)	6	—	22
Hospital General (Asturias)	26	20	41
C. S. Covadonde (Asturias)	33	31	49
R. Nuestra Señora del Rosario (Asturias)	3	—	7

TABLA III
NORTE-TRASPLANTE 1983

Trasplantes renales	1979	1980	1981	1982	1983	Total
C. S. Cruces	4	16	13	17	25	75
C. U. Pamplona	3	18	12	11	38	82
H. G. Asturias	0	0	0	0	5	5
C. S. Co. Oviedo	0	0	0	0	6	6
C. M. Va. Santander ...	10	27	33	24	42	135

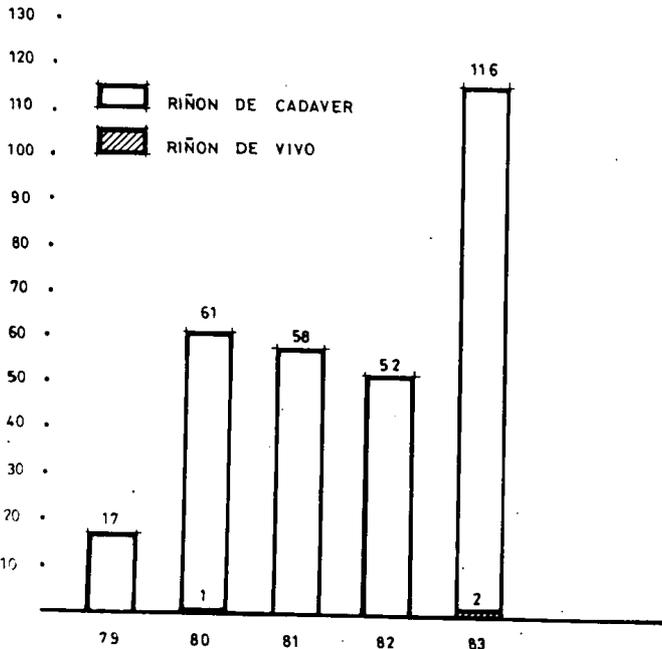


Fig. 1.—ONT. Trasplantes renales, 1979-1983.

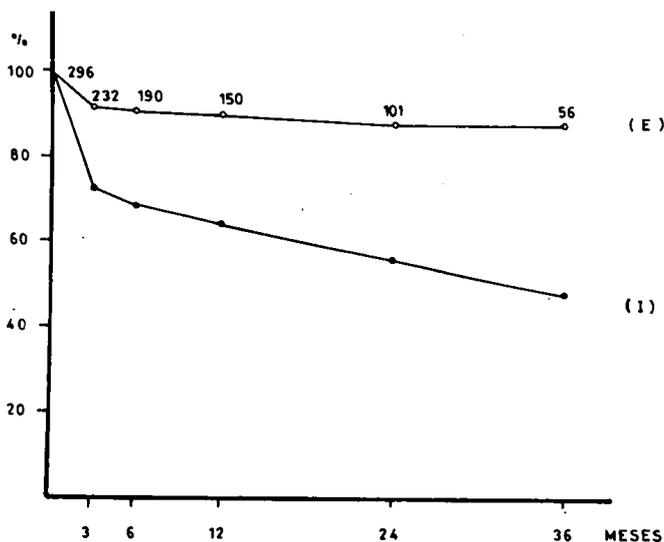


Fig. 2.—ONT. Trasplantes de cadáver: curva de supervivencia actuarial de enfermos (E), e injerto (J).

La edad en nuestra serie no ha influido ni en la supervivencia de los pacientes ni de los injertos, que es igual cuando se analizan por separado para los menores y mayores de 50 años.

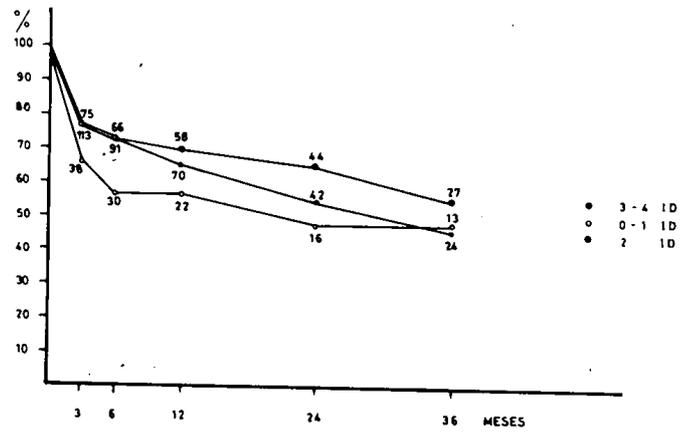


Fig. 3.—ONT. Trasplantes de cadáver: curva de supervivencia actuarial según identidades HLA, A y B.

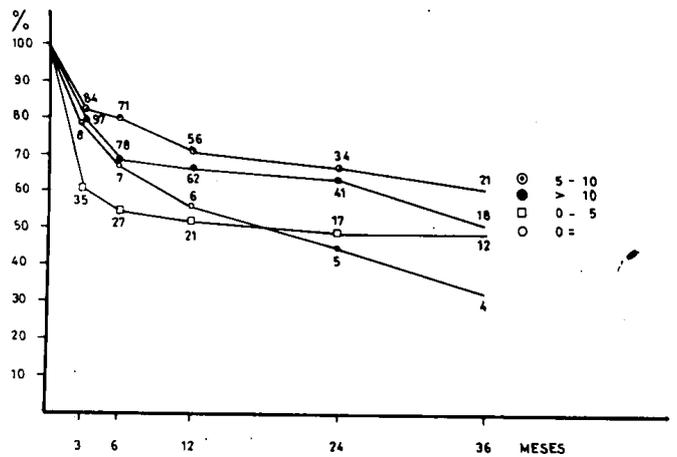


Fig. 4.—ONT. Trasplantes de cadáver: curva de supervivencia actuarial en relación con el número de transfusiones.

OPERATIVIDAD, VENTAJAS DE LAS ORGANIZACIONES REGIONALES DE TRASPLANTE

Los resultados obtenidos demuestran que es posible conseguir un trabajo coordinado y eficaz, aunque se trate de centros hospitalarios de muy diversas características. Todo ello aceptando como premisas previas la igualdad de derechos entre hospitales y centros de diálisis y prescindiendo de protagonismos individuales.

El intercambio de órganos ha sido fluido y eficaz. Se ha realizado sin desconfianzas, gracias a disponer de una información descentralizada. En ese mismo sentido es necesario valorar el alto espíritu de colaboración de los equipos quirúrgicos, incluyendo los equipos móviles de extracción, así como el alto grado de colaboración de las unidades de cuidados intensivos.

De los datos expuestos se deduce que como objetivo fundamental de una organización de trasplante nos vamos acercando en este último año a cubrir las necesidades de la población con insuficiencia renal crónica de nuestra región. La zona geográfica que cubre Norte-Trasplante se ha ampliado con las incorporaciones parciales de Valladolid, León y Palencia, con lo que tiene una población que

ronda los seis millones de habitantes, que actualmente se resume en una lista de espera de unos 560 pacientes de 20 centros diferentes. Esto supone que anualmente alrededor de 300 personas alcanzan una situación de insuficiencia renal terminal tratable mediante terapéutica sustitutiva. Una política activa de trasplante y en la que el riesgo del propio trasplante no supere sus ventajas y permita trasplantar a cerca de un 50 % de los enfermos que inician un programa de diálisis. Por ello, para atender a toda la población en espera sería preciso realizar al año alrededor de 150 trasplantes. Como se aprecia en la figura, durante 1983 nos hemos acercado a este objetivo.

Desde otro punto de vista, y entrando en el terreno de número de trasplantes mínimos por centro para compatibilizar la rentabilidad de la estructura necesaria y la eficacia en cuanto a resultados, todos los centros de la región han superado los 25 trasplantes, con las diferencias relacionadas con el volumen de la lista de espera. La proporción de trasplantes en relación a la lista de espera ha sido similar en cada uno de los centros y del orden de un 20 %.

Si este es el pasado del Norte-Trasplante, ¿qué esperamos del futuro? Demostrada la operatividad, pretendemos centrar nuestros objetivos como Organización en potenciar la lista de espera, completar la valoración inmunológica del receptor y fomentar las extracciones.

En lo referente a la lista de espera, ésta ha pasado al centro de informática del Gobierno Vasco, y aprovechando el cambio se han modificado datos a incluir pensando en el valor que la lista puede tener en el seguimiento evolutivo de los enfermos incluidos en la lista y, sobre todo, se han incluido unos criterios de selección informatizados tratando de afrontar el problema que supone el número creciente de enfermos sensibilizados y retrasplantados. Dentro de los objetivos a medio plazo —un año— está el poder disponer cada centro de trasplante de una terminal del ordenador para trabajar a tiempo real y de esta forma aplicar con facilidad criterios de selección acordados.

En cuanto a los aspectos inmunológicos, se pretende —y mientras no varíen los métodos de tratamiento actuales— generalizar definitivamente la determinación de los antígenos DR en el donante cadáver, conocer la especificidad de los Ac. citotóxicos y ampliar el Crossmatch frente a linfocitos B, T y monocitos.

Tema más difícil de abordar es el fomento de las extracciones. Las campañas masivas de sensibilización pública no han probado la eficacia de los resultados, por lo que, sin dejar de informar a la población sobre la importancia de la donación nuestro objetivo, va a estar encaminado a los propios hospitales que en su día solicitaron el ser centro extractor y ya lo son. Una realidad evidente es la importancia que para los resultados del trasplante tiene la extracción. Para ello será necesario que las Unidades de Cuidados Intensivos, cuando no puedan hacer más por los enfermos, se preocupen de conseguir la obtención de sus órganos que pueden servir para otro enfermo y que el resto de los equipos médicos que deben participar en la extracción se mentalicen de que la obtención de órganos de cadáver es un procedimiento con fines curativos. La Administración, en todos sus niveles, deberá de favorecer por los medios a su alcance la operatividad del trasplante para que éste no sea una carrera de obstáculos tanto para la familia que accede a la donación como para los médicos que intervienen tanto en la donación como en la colocación del riñón.

Por último, quisiéramos señalar el hecho de que una Organización que nació independientemente de la Administración, en general le puede plantear algún problema el hecho de contar con varias autonomías diferentes dentro de la zona de influencia de la Organización.

Esperamos que el apoyo y comprensión de éstas en un tema de evidente interés médico, social y, sobre todo, humano nos permita continuar con el entusiasmo y la ilusión que ya desde el comienzo tuvimos la suerte de compartir con César Llamazares, verdadero artífice de lo que ha llegado a ser Norte-Trasplante, y mantenedor constante del espíritu cooperativo, que siempre ha predominado en la Organización Norte-Trasplante.

AGRADECIMIENTO:

Este informe pretende recoger el esfuerzo colaborativo realizado por numerosos profesionales de la Sanidad. Su dedicación personal, muchas veces anónima y habitualmente poco reconocida, ha permitido que casi 300 pacientes de la zona geográfica que cubre la Organización se hayan beneficiado de un trasplante de riñón.

Queremos dedicar, muy especialmente, la tarea realizada en estos años a la memoria de nuestro compañero desaparecido César Llamazares, al que nunca olvidaremos.