

LA ADMINISTRACION ANTE LA EXTRACCION Y EL TRASPLANTE DE ORGANOS

Miguel Angel Zamarrón Moreno

Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo.
Coordinador Nacional de Trasplantes

Me corresponde analizar, en esta reedición del librito sobre «Donación y Extracción de Organos para Trasplante», la visión desde la Administración, el papel que pretendemos para los coordinadores y también el diseño y funciones de la Organización Nacional de Trasplantes. Aunque tratando de no repetir el capítulo que el doctor Conde Olasagasti redactó para la anterior edición de esta fascículo, obviamente seguiré en parte sus esquemas, pues es lógico que el criterio global sea coincidente.

I. Aspectos generales (organización, propaganda, coordinación y logística, etc.).

El pilar básico, Ley 30/1979 sobre Extracción y Trasplante de Organos, creo que es adecuado y vigente, es más, al decir de expertos, es una de las legislaciones más avanzadas en comparación con otros países. Aunque ya hay voces cualificadas que propugnan modificar algunos de sus preceptos, en relación fundamentalmente con el diagnóstico de muerte cerebral; pero, tanto en estos aspectos como posibles controversias de ejecución que pudiesen derivarse de las competencias del Estado y Comunidades Autónomas, opino que, quizás, aconsejen la realización de un nuevo Real Decreto que sustituya el 426/1980.

Se han producido, en el presente año 1986, tres hechos positivos desde la Administración: la O. M. de 7 de marzo sobre nombramiento de Coordinadores de Trasplantes; el nombramiento de quien esto suscribe (1 de junio), que significa un paso importante en el desarrollo de la Resolución de 27 de junio de 1980 sobre la Organización Nacional de Trasplantes, y la plasmación en la O. M. de 8 de agosto sobre retribuciones en INSALUD, RASSSA e ICS de capítulos específicos en relación con el tema trasplantes de órganos.

Estos hechos, con todas las imperfecciones que pueden contener, son, si se contempla desde la óptica de la Administración —por alguien que conozca su dinámica—, verdaderos acontecimientos, fruto de una firme voluntad política (reléase el artículo del doctor Conde en la anterior edición y téngase en cuenta

lo que en él se dice con fecha de 5 de octubre de 1986). Con todo y eso no nos encontramos nada más que al inicio de unas actuaciones que pretenden apoyar unas realizaciones que, afortunadamente, se han venido desarrollando en nuestros centros asistenciales y dinamizar la solución de unos problemas sociosanitarios urgentes e importantes.

En relación con los comentarios anteriores del doctor Conde, en cuanto a propaganda, etc., también ya se ha llevado a cabo un vídeo que se está pasando en los colegios y un corto en las salas cinematográficas, y quien esto suscribe ha tenido más de 20 intervenciones en prensa, radio y TV en los últimos cuatro meses. La colaboración de los profesionales de la información es magnífica y quiero, desde aquí, manifestarles nuestro agradecimiento.

En cuanto a la logística, la dedicación de todos aquellos que, por su profesión y empleo, son los verdaderos autores de toda acción sanitaria, ha hecho que nuestros resultados en número y calidad hayan tenido una estimabilísima progresión, como se ve en las cifras anexas.

En otro orden de cosas, la concienciación ciudadana está dando una respuesta acorde con la importancia del problema.

Otras instituciones, como las FF.AA., han hecho posible en muchos casos la realización de un trasplante disponiendo los medios para traslados, etc.

Es un problema potencial de todos y a cuya solución hemos de cooperar todos los ciudadanos.

II. El Coordinador de Trasplantes.—Figura clave en el desarrollo de la política de trasplantes es, a mi entender, el Coordinador, en sus diferentes ámbitos de competencia, desde el hospital al Estado.

Partiendo de una realidad incontrovertible, cual es que, sin suficientes donaciones de órganos, cualquier objetivo en este campo sería solamente teórico. Y teniendo en cuenta, incluso con las estimaciones más cicateras, el margen que aún nos queda desde donde estamos hasta donde podemos llegar al respecto. Analizando experiencias propias y ajenas se concluye que, en aquellos hospitales donde una persona o un grupo de ellas estén motivadas por impulsar la donación de órganos, los resultados no se hacen esperar, algunos grupos refieren un incremento del número de extracciones de un 300%.

El Coordinador de Extracciones y Trasplantes, en términos generales, detectará y hará un seguimiento de todos los donantes potenciales que se produzcan en su hospital, en relación íntima con los Servicios donde pueda haber donantes, con la Dirección (Médica y Enfermería), con Asistencia Social, Servicio de Atención al Paciente, Admisión, con los familiares de los donantes potenciales, etc., y, así mismo, velar por el funcionamiento de la Comisión de Trasplantes.

Cabe un segundo/tercer escalón, que es la Coordinación a nivel provincial-

regional/autonómico, y cuya finalidad es la de responsabilizarse del buen funcionamiento del programa de trasplantes de su demarcación, recoger la información clínica y administrativa, coordinar los flujos de donaciones-trasplante en su zona y tener comunicación con los responsables de la Administración Sanitaria de su área y con la Organización Nacional de Trasplantes.

Por último el Coordinador Nacional, figura que, personalmente, veo unida indistintamente a la Organización Nacional de Trasplantes, dentro de ésta como máximo responsable de dicho órgano técnico.

III. La Organización Nacional de Trasplantes.—Pretendemos que esta sea realmente un apoyo eficaz, tanto hacia arriba (Secretaría General de Asistencia Sanitaria y Dirección General de Planificación Sanitaria) como hacia abajo a todos quienes intervienen en el hecho de los trasplantes de órganos.

Los cometidos que pretendemos cubrir son de tres tipos: promoción y propaganda; coordinación, logística e información, y seguimiento y análisis de resultados. Quizá el aspecto que implique una mayor dificultad, por requerir una cierta inversión económica, es el segundo, donde pretendemos crear una red teleinformativa y una estructura que, en todo momento, pueda atender la interlocución entre centro extractor y trasplantador, facilitar el transporte de los equipos y órganos, mantener actualizadas las listas de espera, etc.

E.D.T.A.: European Dialysis and Trasplant Association. Engloba países del área europea y mediterránea.

D.P.C.A.: Diálisis Peritoneal. Continua Ambulatoria.

D.P.I.: Diálisis Peritoneal Intermitente.

H.D.D.: Hemodiálisis Domiciliaria.

I.R.C.: Insuficiencia Renal Crónica.

COSTES DE UN TRASPLANTE

Cifras absolutamente estimativas o en referencia a datos de otros países:

- Trasplante renal, 1.200.000 a 3.000.000 de pesetas (*Cuadernos de Planificación Sanitaria*, núm. 2. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Un año de tratamiento a un enfermo con insuficiencia renal crónica, entre 1.250.000 y 2.100.000 pesetas (*id.*, *ídem.*).
- Un trasplante de corazón, 50.000 a 100.000 dólares (según Pennock, J. L. y cols., 1982, y Shumway, N. E., 1983).

(1) Algunos centros han llevado a cabo trasplantes de estos órganos sin contar formalmente con la acreditación, pero sí con la autorización explícita para el caso en cuestión.

DATOS COMPARATIVOS. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
(Por millón de habitantes)

	España	C.E.E.	E.D.T.A.	Comentarios
Centros de diálisis	5,2	4,3	3,2	—
Pacientes en diálisis	77	82-95	—	Los otros tipos de tratamiento son: DPCA, 5,3%; HDD, 3,5%; DPI, 1,2%; trasplante funcionan, 13% (España).
Máquinas de H. D.	71	53	—	
Incidencias de nuevos pacientes	38	37,1	26,9	
Prevalencia (pacientes en tratamiento, total)	260,5	220,5	143	Aprox. 10.000 en 1985 (España).

TRASPLANTES RENALES EFECTUADOS
(Por millón de habitantes)

	España	R.F.A.	Holanda	Noruega	Italia
1981	7,5	11	18	31	2
1982	15	16	26	36	7
1985	25	—	—	—	—

NUMERO TOTAL DE TRASPLANTES REALIZADOS

	1982	1983	1984	1985
Renales	393	688	836	968
		Δ 75%	Δ 21,51%	Δ 15,78%
Córneas	545	498	722	749
		Δ 8,62%	Δ 44,97%	Δ 3,73%
Corazón	—	—	9	23
Hígado	—	—	13	4
Páncreas	—	—	14	2
Médula ósea	54	79	95	131
		Δ 46,29%	Δ 20,25%	Δ 37,89%

Δ : Incremento.

**NUMERO DE HOSPITALES ACREDITADOS PARA
TRASPLANTES DE ORGANOS**

Comunidades Autónomas	RIÑON					
	Extrac- ciones	Tras- plantes	Médula ósea	Córnea	Corazón (1)	Hígado (1)
Andalucía	15	4	2	5	1	—
Aragón	3	1	—	2	—	—
Asturias	4	1	—	2	—	—
Baleares	1	1	—	1	—	—
Canarias	3	1	—	1	—	—
Cantabria	1	1	1	1	1	—
Castilla-La Mancha ...	3	—	—	1	—	—
Castilla-León	8	1	1	4	—	—
Extremadura	2	—	—	1	—	—
Galicia	6	2	—	3	—	—
Cataluña	24	8	2	3	2	3
Madrid	12	10	5	11	2	2
Murcia	1	1	—	1	—	—
Navarra	3	1	1	2	1	—
País Vasco	5	1	1	5	—	—
La Rioja	1	—	—	1	—	—
C. Valenciana	6	2	1	4	—	—

Los centros trasplantadores son extractores, luego en la primera columna están comprendidos.

	Cardíaca	Vascular	Infecciosa	Otras
Causas de fallecimiento de los enfermos con insuficiencia renal crónica (I.C.R.)	34%	24%	15%	27%
1. ^{er} año	5. ^o año	10. ^o año	—	—
Supervivencia global de todos los pacientes con I.R.C.	83%	64%	37%	—
1. ^{er} año				
Supervivencia de los trasplantes:				
— Del injerto	85%	Existe por tanto una mayor supervivencia de estos pacientes que del global de I.R.C.. Ello se confirma igualmente en las cifras de la E.D.T.A.		
— Del paciente	95%			
1. ^{er} año	5. ^o año	6. ^o año		
Supervivencia de los trasplantes cardíacos . . .	80%	—	47%	—
Supervivencia de los trasplantes hepáticos . . .	65%	55%	—	—
Supervivencia de los operados (curativos) de cáncer de estómago	—	—	5%	—
Supervivencia de los operados (curativos) de cáncer de esófago	—	—	2%	—