



# El médico intensivista como coordinador de trasplantes

J. I. Sánchez Miret\* y J. J. Araiz\*\*

\*Coordinador Autonómico de Trasplantes. Diputación General de Aragón. \*\*Coordinador de Trasplantes Hospitalarios. Médicos Adjuntos de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

## INTRODUCCIÓN

En Europa durante los años 80 se asiste a un crecimiento progresivo de los programas de trasplante, lo que determina la necesidad de una figura que coordine todo el trabajo que debe de realizarse alrededor de una extracción multiorgánica o un trasplante para que todo ello se lleve a cabo con éxito. Así surge la figura del *Coordinador de Trasplante Hospitalario* como la persona que se responsabilizan en primer lugar en la detección de donantes potenciales continuando posteriormente como responsable de todo el proceso de la donación-trasplante de órganos (tabla I).

En España, los primeros coordinadores de trasplante surgen en Cataluña a mediados de los 80, pero es desde 1989, gracias al relanzamiento de la ONT, cuando progresivamente se ha implantado la red de coordinadores que ahora disponemos y que constituye un modelo de referencia para el resto del mundo.

Los coordinadores de trasplantes hospitalarios están disponibles las 24 horas del día y participan en cualquier actividad hospitalaria relacionada con obtención y trasplante de órganos, esta dedicación permanente hace necesario que sobre todo en hospitales con gran actividad de donaciones y/o trasplantes sea necesario hablar de verdaderos *Equipos de Coordinación de Trasplantes* (ECT), integrados por personas de distintos estamentos y especialidades. La procedencia o especialidad del coordinador del trasplante ha evolucionado progresivamente en esta década y aunque lo importante por encima de todo es que este sensibilizado en el ejercicio de su tarea, se ha visto en estos últimos años un aumento exponencial del número de intensivistas dedicados a la coordinación de trasplantes.

Efectivamente, han transcurrido ya más de diez años de la implantación del llamado modelo español<sup>1</sup>, durante todo este tiempo se ha ido desarrollando un modelo de trabajo y generando una experiencia acumulada reconocida por el resto de las

**Tabla I.** Cuadro de funciones del coordinador de trasplantes

- Detección del donante potencial.
- Evaluación y selección del donante potencial.
- Supervisión y validación del diagnóstico de muerte encefálica.
- Supervisión y control del mantenimiento del donante en muerte encefálica.
- Solicitud del consentimiento familiar.
- Solicitud del consentimiento judicial.
- Relación de ayuda con la familia del donante potencial.
- Resolución de problemas logísticos funerarios.
- Coordinación con la ONT para la distribución y o almacenamiento de los órganos y tejidos.
- Coordinación con los equipos extractores y trasplantadores.
- Coordinación de la logística intra y extra hospitalaria de la donación y el trasplante.
- Relación con los medios de comunicación.
- Elaboración de estadísticas e informes, análisis de resultados
- Mantenimiento del archivo de la actividad.
- Participación en la comisión de trasplante del centro y subcomisiones de cada programa de trasplante.
- Asesoramiento en la Gestión de los recursos económicos y subvenciones vinculados con la coordinación.
- Elaboración de campañas de información a la población general.
- Actividad docente en aspectos relativos a la donación y el trasplante. Fomento de la «cultura» de la donación y el trasplante.
- Relación con las asociaciones de enfermos vinculados al trasplante.
- Actividad investigadora en donación y trasplante.

comunidades trasplantadoras de los países socio-sanitariamente más desarrollados.

Por ello, pensamos que contamos con un bagaje científico suficiente para relatar nuestras experiencias en la compleja labor de coordinación de trasplante, y en el tema que nos ocupa, creemos sinceramente que tanto los médicos o enfermeras que se dedican a la coordinación hospitalaria que provienen de las Unidades de Cuidados Intensivos reúnen una serie de características que las hacen idóneos para tal fin. En este artículo trataremos de definir y detallar aquellas razones por las que creemos que siempre es necesario considerar la presencia de un Médico Intensivista en los ECT.

### ¿POR QUÉ UN COORDINADOR INTENSIVISTA?

De todos es conocido que el principal limitante de la actividad trasplantadora es la disponibilidad de órganos y tejidos y que el resultado del trasplante depende de todas y cada una de las fases del proceso. Este proceso es una cadena de eslabones de distinta resistencia y dependiendo por tanto del más débil de ellos. Por este motivo, la elección de un CT o un ECT debe ser considerada detenidamente si queremos que el proceso comience con posibilidades de éxito.

El Coordinador de Trasplante es aquel profesional de la sanidad que por su preparación, características personales y función que desarrolla, es el encargado de convertir el mayor número posible de donantes de órganos y tejidos potenciales en reales, de colaborar con el resto de profesionales participantes en los programas de donación-trasplante, garantizando en todo momento la calidad del proceso, a fin de obtener los mejores resultados, tanto cuantitativamente como cualitativamente. Todas estas funciones en la mayoría de los casos se ejercen además con una dedicación parcial, compaginando la labor asistencial adscrito a un servicio determinado con la coordinación de trasplante.

En primer lugar, la función primordial y fundamental del ECT es la *detección del donante potencial*, y de esta se derivarán otras muchas hasta dar un contenido pleno a los ECT. Los donantes potenciales se encuentran en aquellas áreas hospitalarias en las que pueda existir soporte vital avanzado con posibilidad de ventilación mecánica, estaremos por tanto hablando de áreas, de urgencias, reanimación y cuidados intensivos en todas sus modalidades, siendo preferentemente los pacientes con patología primitivamente neurológica los que aportarán el mayor número de donantes potenciales.

Si el ECT pertenece a la unidad de cuidados intensivos, de forma sencilla va a conocer sin mayor esfuerzo los pacientes de la unidad en cada momento, sabrá de la evolución clínica de estos pacientes fundamentalmente neurológicos y será capaz de seguir más de cerca aquellos que tienen más posibilidades de evolucionar hacia la muerte encefálica. Además, mantendrá más fácilmente una sintonía de comunicación con el resto del personal de la unidad, que determinará que las posibilidades de escapes de donantes potenciales se reduzcan a cero.

En segundo lugar, otra de las funciones principales de los ECT, es enfrentarse al difícil problema de la *comunicación con las familias* en momentos de crisis, para plantear la posible donación de órganos o tejidos. Nos volvemos a encontrar con otro aspecto que hace ideales a los médicos intensivistas

como miembros de un ECT. Los médicos de las unidades de intensivos están mucho más habituados que otras especialidades (nefrología, anestesia, etc) a tratar con *familias en duelo*. Por desgracia, el ejercicio de su profesión les depara esta experiencia con cierta frecuencia y deben ejercer entonces no solo como médicos, sino como confesores e incluso como amigos.

Somos conscientes de que en la actualidad la formación de los profesionales sanitarios no incluyen la preparación para la comunicación con las técnicas adecuadas para lograr eficacia y autoprotección. En este campo y girando entorno al trasplante se han acometido actividades tendentes a cubrir este vacío, tanto por parte de grupos sensibilizados por el problema, como por parte de la ONT importando y adaptando el programa EDHEP a nuestro país.

En nuestra experiencia, este programa EDHEP, por los motivos señalados con anterioridad, es seguido con más interés y aprovechado más eficazmente por médicos intensivistas, incluso no dedicados a la coordinación, que por otros estamentos o especialidades. Seguramente, estos médicos, sabedores de la importancia de comunicación con la familias en duelo, quieren estar preparados para afrontar estas situaciones con tanta profesionalidad como el resto de su labor.

En tercer lugar, la otra función importante del ECT consiste en garantizar un correcto *diagnóstico de la muerte encefálica* y colaborar en el *mantenimiento del donante de órganos*. Nadie mejor que los médicos intensivistas conocen la evolución del paciente con daño neurológico severo, la correcta realización de la exploración clínica y aquellas exploraciones complementarias necesarias para confirmar el diagnóstico de muerte cerebral según las circunstancias concretas de cada caso, con todas las garantías. Por otra parte, en esta evolución y una vez establecida la muerte encefálica, se desencadena una cascada de cambios fisiopatológicos que puede determinar la pérdida del donante o el deterioro de las funciones de los órganos a trasplantar. En este aspecto, nadie como ellos son capaces de reconocer y tratar precoz y eficazmente todas estas alteraciones.

Por último, es imprescindible el conocimiento del medio hospitalario en el que se realiza el proceso, debiendo mantener óptima sintonía con el resto de los profesionales que intervienen en el operativo de donación y trasplante. Común a otras actividades será realizar y custodiar la documentación generada, así como planificar y optimizar toda la actividad, elaborar estadísticas y memoria, orientar y asesorar a la Dirección Gerencia de los Centros sobre la implantación de nuevos programas, llevar a cabo labores formativas con los profesionales sanitarios,

consensuando protocolos de actuación en los diferentes apartados del proceso y evaluación periódica del cumplimiento de los mismos, sin olvidar las campañas de concienciación social hacia la donación y el trasplante. No olvidemos que frecuentemente es dentro del colectivo sanitario que nos rodea y que no participa en este proceso donde existe la mayor reticencia y freno para nuestro objetivo.

Para el desarrollo de toda esta actividad, analizando los cometidos de los diferentes profesionales hospitalarios parece lógico considerar como apropiado al profesional de las unidades de medicina intensiva<sup>2,3</sup>.

### EVOLUCIÓN DE LOS ECT

El análisis de la situación en España, desde los comienzos de los años 90 hasta el día de hoy ha cambiado sensiblemente. Por una parte, al comienzo de la década se produjo un aumento considerable del número de equipos de coordinación de trasplante, como consecuencia de la apertura de nuevos programas de trasplantes distintos al trasplante renal y el aumento de la acreditación de hospitales como extractores (fig. 1). Por otro lado, como lógica evolución natural del proceso, se ha producido la sustitución de los profesionales vinculados con la nefrología por los profesionales relacionados con las unidades generadoras de donantes potenciales, es decir de las unidades de medicina intensiva y unidades coronarias (fig. 2). Paralelamente se ha conseguido que más de 90% de los donantes de órganos en España en los últimos años, sean donantes multiorgánicos, es decir, donantes de al menos dos órganos diferentes.

En nuestra opinión y la de otros autores<sup>4</sup>, los equipos de coordinación de trasplante deben estar constituidos por al menos un facultativo, preferentemente intensivista, con dedicación a tiempo parcial, sin desvinculación con el servicio de procedencia, lo que le mantendrá en «el caldo de cultivo» de los donantes potenciales, próximo al área de generación y con fácil colaboración por parte del resto del servicio. En menos ocasiones, podrán ser miembros de estos equipos, facultativos de otras especialidades y profesionales de otros estamentos, los cuales en la mayoría de los casos procederán del área de enfermería y en contadas ocasiones de otros campos (asistente social).

Como en todo en esta vida, no existen titulaciones ideales, sino que resultará más eficaz, aquel equipo compuesto por personas que además de preparación y ubicación adecuada demuestren interés y dedicación, dado el alto grado de entusiasmo que

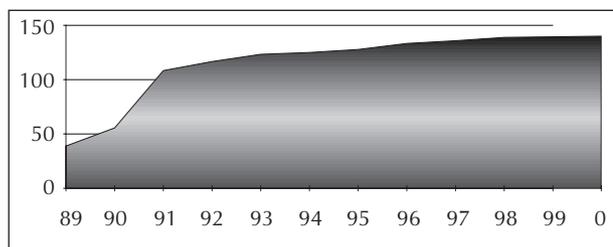


Fig. 1.—Número de ECT, 1990-2000.

hay que tener y transmitir al resto de las personas que intervienen en el proceso. La actitud idónea para la eficacia del sistema de detección de donantes potenciales será, la llamada detección «activa» es decir, ir en busca del donante potencial de órganos y tejidos y no esperar a ser avisados por la unidad generadora.

Otra consideración importante, es la no desvinculación de la actividad en su especialidad, sin pérdida del puesto de trabajo en el organigrama del servicio, permitiendo así una fácil reinserción en el momento en que por razones diversas frecuentemente el agotamiento físico o psíquico («burn-out»).

Es buen ejercicio preparatorio para asumir la responsabilidad de coordinador de trasplantes, saber que no es una actividad que se deba desempeñar «hasta la jubilación». En este sentido los miembros del equipo de coordinación procedentes del área de enfermería, frecuentemente de servicios de críticos, poseen una mentalidad más apropiada, pues el cambio de actividad en su carrera profesional es asumido *a priori* como algo inherente y consustancial con su labor, demostrando una versatilidad digna de encomio.

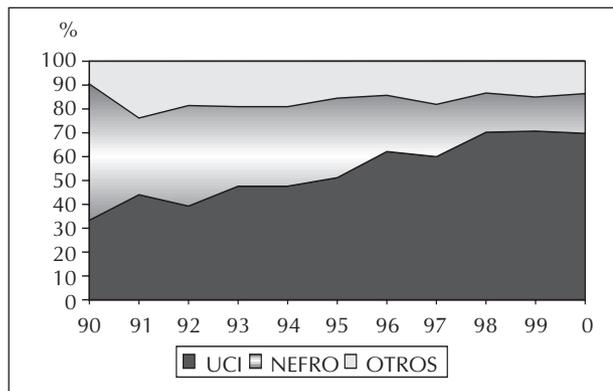


Fig. 2.—Procedencia (especialidad) de médicos ECT, 1990-2000.

Existen en general unos parámetros en los equipos de coordinación de trasplante en nuestro país, que siguen el mismo perfil, constituidos por un facultativo a tiempo parcial y tantos miembros de enfermería como programas activos de trasplante haya en el centro, realizando estos últimos actividad a tiempo completo. La necesidad de que siempre haya un facultativo en cada operativo a la hora de la validación del donante, hace que en la práctica, en este equipo de coordinación de trasplante haya dos médicos.

Cumplíndose el axioma de que «la función crea al órgano» la coordinación de trasplantes se ha convertido «de facto» en una súper especialidad<sup>5,6</sup>, independiente del resto de servicios del hospital y sobre todo lo más deseable para su eficacia, independiente de los equipos de trasplante. En sintonía con todos ellos y dependiente únicamente de las direcciones médicas y o gerencias de los centros. Actuando en muchas ocasiones como entes capaces de prestar servicios relacionados con la obtención de donantes reales, es decir, generando órganos y capaces de programar y desarrollar programas de gestión de recursos con el objetivo de alcanzar estándares de calidad con criterios de eficiencia, por lo que ya hace años que en nuestro país se ha acuñado el término «Transplant Procurement Management».

En nuestra opinión, habiéndose alcanzado y mantenido en los últimos años un promedio de 33 donantes de órganos por millón de población, ha llegado el momento de ir en busca de la Calidad del proceso, por lo que siguiendo la iniciativa de la Organización Nacional de Trasplante, nos hemos involucrado en el estudio que a nivel nacional se realiza desde hace ya tres años<sup>7</sup> y participamos así

mismo de la elaboración de un protocolo para la Acreditación de las unidades de coordinación y trasplante que en un próximo futuro deberá ver la luz.

Por todo lo expuesto, nos parece evidente que la figura del *coordinador de trasplante* ha sido el gran éxito del llamado modelo español y aunque siempre hay necios dispuestos a conjurar contra ello<sup>8</sup>, estamos de acuerdo con las palabras no publicadas de un amigo admirable: *este modelo es patrimonio de toda nuestra sociedad y motivo de admiración en medio mundo*. En todo este sistema, tal y como la realidad nos muestra, el médico intensivista integrado en el equipo de coordinación de trasplante hospitalario se ha consolidado como eje vertebrador eficaz para el éxito de este complejo proceso que es la donación y el trasplante de órganos en España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Matesanz R, Miranda B: Coordinación y trasplante. El Modelo Español. Grupo Aula Médica S.A., 1995.
2. Escalante JL: Coordinador de trasplantes hospitalario: ¿por qué no un intensivista? *Nefrología* 11: 35-37, 1991.
3. Aranzábal J: El Coordinador de Trasplante: perfil y funciones. *Rev Esp Trasp* 1995, 4: 294-300, 1995.
4. López-Navidad A: Características profesionales del coordinador de trasplantes. En: López-Navidad A y cols. *El donante de órganos y tejidos. Evolución y manejo*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1997.
5. López-Navidad A: Labor del coordinador de trasplantes. En: Miranda B, Matesanz R. *Coordinación y Trasplante. El Modelo Español*. Grupo Aula Médica, S.A., 1995.
6. Nanni Costa A: The transplant coordinator. *Ann Ist Super Sanità* 36: 247-51, 2000.
7. Araiz JJ, Sánchez Miret JI: Programa de garantía de calidad en el proceso de donación: evaluación externa. *Rev Esp Trasp* 2001 (en prensa).
8. Enrique Costas Lombardía: Detrás de las estadísticas de trasplante. *El País*. 27 de abril, 2001.