

Coordinador de trasplantes hospitalario: ¿por qué no un intensivista?

J. L. Escalante

Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

La disponibilidad de órganos de donante cadáver permanece siendo la mayor limitación mundial al trasplante, ya que la necesidad de dichos órganos supera con mucho el número de órganos donados.

A fin de establecer un medio eficaz y ágil de detección y seguimiento de los posibles donantes, así como para asegurar la colaboración de los distintos estamentos implicados en el trasplante y resolver los aspectos prácticos (médicos, sociales y legales) que la extracción de órganos de cadáver conlleva, se ha creado (a nivel mundial) la figura del Coordinador de Trasplante Hospitalario. Podríamos definirlo como la persona que tiene como primera misión aumentar al máximo las extracciones de órganos de cadáver para trasplante y ofrecer su apoyo a los equipos médicos en toda la problemática de obtención de órganos.

Tanto la identificación y selección del donante potencial, como el mantenimiento del donante real, son misiones que corren a cargo de las Unidades de Cuidados Intensivos, ya que el donante debe ser considerado como un enfermo crítico que precisa una estrecha vigilancia de sus constantes vitales, así como la necesidad de soporte ventilatorio. Por todo ello, en el médico intensivista concurren una serie de características ventajosas para desarrollar dicha Coordinación de Trasplantes. Las características citadas pueden resumirse, por un lado, en el conocimiento de la patología crítica y, por lo tanto, de las implicaciones clínicas de la muerte cerebral y, por otro lado, la costumbre de tratar con las familias de enfermos en situación muy grave. A todo esto, se une su «sensibilización ante el trasplante» ya que, en la mayoría de los casos, es el encargado del cuidado postoperatorio inmediato del enfermo trasplantado.

A mediados de 1990 comenzó a funcionar en nuestro hospital (gran hospital universitario con marcada tradición trasplantadora) un nuevo Equipo de Coordinación de Trasplante Hospitalario (ECT) compuesto, inicialmente, por un médico intensivista al que, cuatro meses des-

pués, se unieron dos enfermeras, todos ellos con dedicación a tiempo completo y disponibilidad las veinticuatro horas del día, mediante un sistema de localización permanente. Actualmente, están funcionando tres programas de trasplante de órganos sólidos (riñón, hígado y corazón) y uno de tejidos (córnea).

En cuanto a la detección de donantes se refiere, hemos establecido un sistema de trabajo basado en la realización de una visita diaria a todas las unidades de hospitalización de enfermos críticos y en la valoración clínica de ingresos y exitus diarios, fundamentalmente en UCI y Reanimación; en Urgencias, esta estructura de trabajo se ve muy dificultada por la gran cantidad de enfermos atendidos diariamente (400-500 enfermos/día) y la complejidad de su seguimiento.

Con este protocolo de trabajo hemos analizado nuestra actividad durante los siete primeros meses (junio-diciembre) para valorar la influencia que la incorporación del nuevo ECT ha podido tener en la obtención de órganos sólidos para trasplante. Durante ese período hemos registrado un total de 1.590 muertes hospitalarias (incluyendo todas las especialidades), de las cuales 192 (12,1 %) lo fueron en alguna de las unidades de enfermos críticos (UCI/Reanimación). Entre estas últimas, hemos detectado 35 donantes potenciales (2,2 %), de los cuales 23 donaron algún órgano (1,4 %); dos de los donantes fueron detectados y mantenidos hasta la extracción en Urgencias.

En las figuras 1 y 2 pueden verse, de una forma gráfica, el número total de donantes reales durante los cinco últimos años, y su relación con el número de muertes hospitalarias de cada uno de esos años; se expresa como número de donantes reales por cada 100 muertes hospitalarias anuales.

Recientemente, se ha publicado un trabajo con los datos recogidos de 258 Unidades de Cuidados Intensivos de Inglaterra (lo que supone el 93 % de las UCIs de ese país), durante los tres primeros meses de 1989; la recogida de datos de dicho estudio proseguirá hasta finales del mismo año¹. Los resultados más significativos recogidos son los siguientes: 1) el número estimado de muertes en dichas UCIs fue de 3.085, de las cuales se pudieron recoger datos fiables de 2.985 (92 %). 2) El diagnóstico de muerte cerebral se confirmó en 282 casos

Correspondencia: J. L. Escalante Cobo.
Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital General Gregorio Marañón.
Doctor Esquerdo, 46.
28007 Madrid.

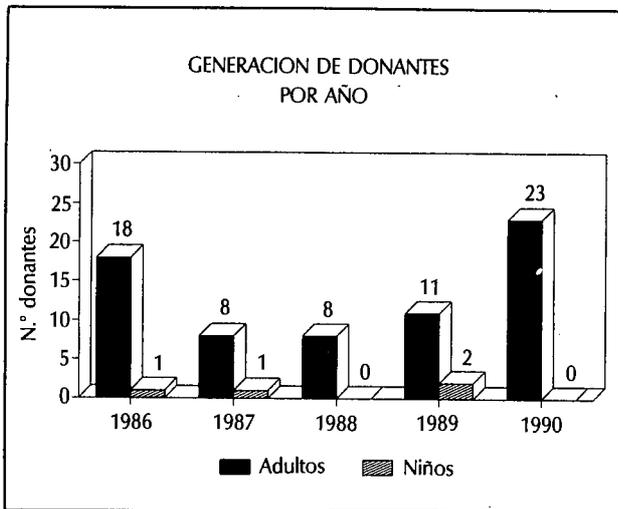


Fig. 1.—Número de donantes reales anuales (incluyendo adultos y niños) entre los años 1986 y 1990.

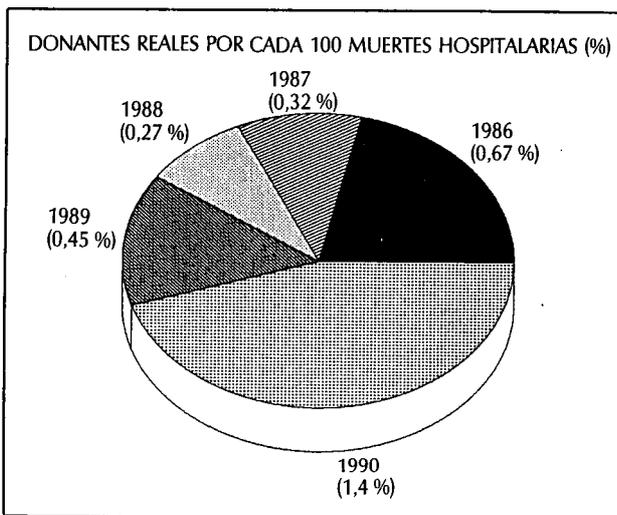


Fig. 2.—Porcentaje de donantes reales por cada 100 muertes hospitalarias anuales existentes entre los años 1986 y 1990.

(10 %). 3) De los 282 casos confirmados, 48 fueron excluidos por contraindicaciones médicas para la donación (2 %). 4) De los 234 casos restantes (8 % de todas las muertes de las UCIs), se solicitó la autorización familiar en 218 casos y se obtuvo el consentimiento para la extracción en 152 (70 %), lo que supone que, aproximadamente, donaron algún órgano el 5 % del total de las muertes de las UCIs.

Al analizar pormenorizadamente los resultados de nuestro trabajo durante esos siete primeros meses y compararlos con los del estudio multicéntrico nos hemos sentido gratamente sorprendidos. De las 192 muer-

tes registradas en nuestras unidades de enfermos críticos, hemos tenido confirmación de muerte cerebral en 35 casos (18,2 %); 12 de estos donantes potenciales no llegaron a donar por diversas razones: 1) cuatro presentaron alguna contraindicación médica (11 %), lo que representa el 2 % de las muertes de UCI/Reanimación; 2) en cinco casos la familia denegó su autorización (16 %); 3) en dos casos el juez no autorizó la extracción (6 %) por interferir con el desarrollo del sumario, y 4) en un caso no se solicitó autorización a la familia por tratarse de una situación familiar compleja. Finalmente, en 23 casos (12 %) se llevó a cabo la extracción.

El número de muertes cerebrales detectadas por nosotros representan, por tanto, el 2,2 % del total de muertes hospitalarias y el 18,2 % de las muertes de UCI. Estas cifras son significativamente superiores a las citadas en nuestro país (el 1 % de los exitus hospitalarios serían donantes potenciales)², y en el estudio multicéntrico (el 10 % de las muertes de UCI serían donantes potenciales)¹. En otros países se citan cifras incluso menores³.

En la obtención del consentimiento familiar para la donación de órganos se imbrican una serie de condicionantes sociales, culturales, raciales, religiosos, etc. En nuestro país, al igual que en la mayoría, existen grandes diferencias en este punto, describiéndose unas tasas de negativas familiares que van desde el 16 al 60 % de las peticiones realizadas¹⁻⁶. En nuestro caso, hemos tenido una tasa del 16 %, cifra con la que estamos muy satisfechos.

En dos casos, y a pesar de disponer de consentimiento familiar, el Juez nos denegó su autorización para proceder a la extracción por interferir con el desarrollo del sumario; se trataba de un caso de asesinato por herida cardíaca por arma blanca y de un caso de muerte accidental por explosión. La negativa judicial es una situación poco frecuente en nuestro país, pero que puede llegar a ser preocupante en otros (v.gr., Inglaterra)⁷.

En cuanto al número de donantes reales conseguidos, nuestros datos también contrastan de forma llamativa con los obtenidos, tanto en nuestro país (0,45-0,55/100 fallecidos hospitalarios)⁸, como en los de nuestro entorno (5 % de las muertes de UCI)¹.

Sobre la base de lo hasta aquí expuesto merece la pena hacer dos reflexiones. Por un lado, los resultados obtenidos en nuestro hospital no son extrapolables al resto de las UCIs de otros hospitales de nuestro país, ya que se trata de un hospital universitario con gran cantidad de urgencias diarias y dotado de recursos humanos y materiales de todas las especialidades medicoquirúrgicas; sin embargo, sí pueden servir como punto de referencia.

Por otro lado, es demasiado simplista pensar que la mera incorporación de un médico intensivista como Coordinador de Trasplantes es suficiente para incrementar el número de órganos obtenidos para trasplante. Se trata, más bien, de que, a la luz de nuestros resultados, un intensivista puede desarrollar dicha coordinación al

menos tan bien como cualquier otro especialista. A mi modo de ver, son varios factores los que pueden incidir en el número de órganos obtenidos: 1) Estructurar un Equipo de Coordinación de Trasplante más que una figura única como coordinador; la composición y nivel de dedicación de los integrantes del ECT debe ir en consonancia con el volumen de actividad que se desarrolle, aunque, por supuesto, pienso que los intensivistas tienen su lugar en ese ECT, sobre todo en aquellos hospitales que son, únicamente, extractores. En un hospital de características similares al nuestro, el equipo debería estar formado por dos-tres médicos (para poder repartir la alerta de veinticuatro horas) más una enfermera por cada programa de trasplante de órgano sólido. 2) Establecer un protocolo de trabajo para la detección de los donantes, que incluya una visita diaria por los servicios generadores de donantes. 3) Procurar resolver y «dinamizar» todos los problemas que implica una donación de órganos para evitar que se transforme en algo tedioso, complicado o que colapse el resto de las actividades hospitalarias. 4) Los integrantes del ECT deberían poseer una cierta «habilidad» en las relaciones humanas ya que la obtención/trasplante de órganos abarca a una gran cantidad de profesionales médicos y de enfermería, que trabajan en situaciones límite y con los que no siempre es

fácil la comunicación. 5) No se trata de que sea una u otra especialidad médica la que desarrolle la Coordinación de Trasplantes, sino aquella o aquellas personas que puedan obtener más órganos.

Bibliografía

1. Gore SM, Hinds CJ y Rutherford AJ: Organ donation from intensive care units in England. *Br Med J*, 299:1193-1197, 1989.
2. Aranzábal J y Perdigo L: Organ procurement organization in the Basque Autonomous Community: Present achievements and future prospects. *Transplant Proc*, 22:335, 1990.
3. Roberts R, Ballin N y Weech M: Availability of suitable kidney transplant donors from a ICU population: A pilot study. *Transplant Proc*, 21:3975-3976, 1989.
4. Cubero JJ, Robles NR, Esparrago JF y Sánchez Casado E: Donación de órganos: Ausencia de comprensión social. *Nefrología*, 10:212, 1990.
5. Martín-Reyes G, Cabello M, Burgos D, Valera A, Frutos MA, González-Molina M y López de Novales E: Registro muerte cerebral, 1985-1989. *Nefrología*, 10 (Suppl. 4):87, 1990.
6. Smith F, Pearson IY, Tyler C, Roby H, Currow H, Wincop P y Francis A: Brain death and organ donation: A two-year experience in ICU, Westmead Hospital. *Transplant Proc*, 21:3828-3829, 1989.
7. Bodenhan A, Berridge JC y Park GR: Brain stem death and organ donation. *Br Med J*, 299:1009-1010, 1989.
8. Aranzábal J: Obtención de órganos: problemática actual y posibles acciones positivas. *Nefrología*, 10:234-238, 1990.