

EDITORIALES

Trasplante renal en España

Comité de Redacción de NEFROLOGÍA.

En los 18 años transcurridos desde el 1965 al 1983 el número de trasplantes renales realizados en España se ha incrementado de un modo considerable: de nueve al año, menos de uno al mes, a 687, casi dos diarios (Fig. 1). De sólo dos centros, Barcelona y Madrid, trasplantando en todo el Estado, a 36 hospitales (tabla I) en que se han realizado injertos en 18 provincias españolas.

De figurar en uno de los últimos puestos, decimoquinto, en el número total de trasplantes renales en el contexto de los países europeos occidentales (26 pacientes con injerto funcional en 1972) a ocupar la sexta plaza en 1982, 835 injertos funcionantes de 1.575 realizados, lo que supone además una supervivencia global más que aceptable si se compara con otras series de países desarrollados.

Llegado a este punto parece necesario analizar las causas de este incremento y sobre todo sentar las bases para que se mantenga en el futuro y se siga trapiantando en España no sólo en mayor número, sino sobre todo con mejores resultados.

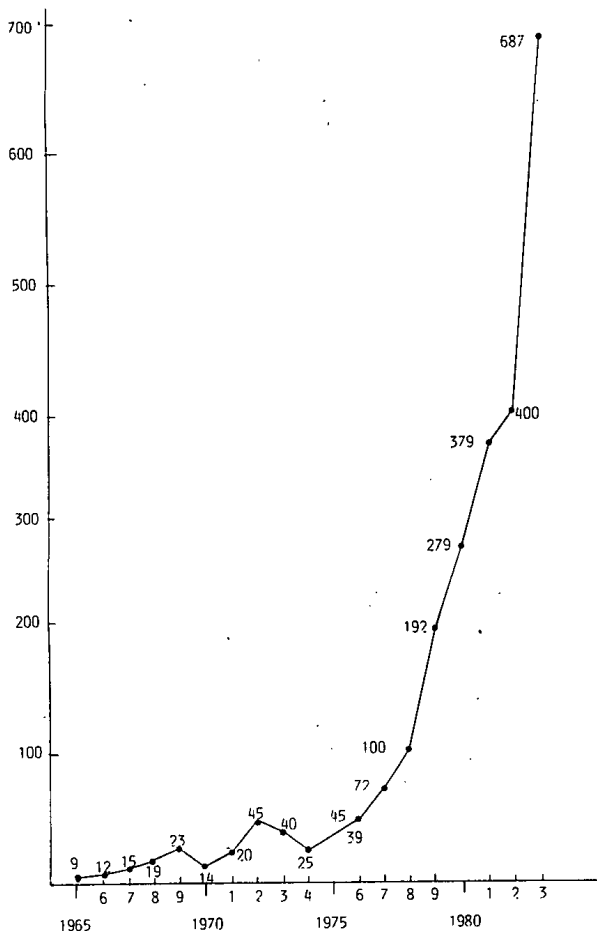


TABLA I

RELACION DE CENTROS AUTORIZADOS PARA TRASPLANTE RENAL Y NUMERO REALIZADO EN LOS ULTIMOS AÑOS

	1981	1982	1983
Andalucía			
Residencia Sanitaria «Fernando Zamacola» (Cádiz)	1	4	14
Ciudad Sanitaria «Reina Sofía» (Córdoba)	5	3	10
Hospital Clínico «San Cecilio» (Granada)	14	6	9
Ciudad Sanitaria «Nuestra Señora de las Nieves» (Granada)	—	—	6
Ciudad Sanitaria «Carlos Haya» (Málaga)	20	14	23
Hospital Universitario (Sevilla)	8	7	3
Ciudad Sanitaria «Virgen del Rocío» (Sevilla)	17	17	20
TOTAL	55	51	85
Aragón			
Hospital Clínico Universitario (Zaragoza)	3	—	7
TOTAL	3	0	7
Canarias			
Residencia Sanitaria «Nuestra Señora del Pino» (Las Palmas)	—	—	1
Hospital General y Clínico (Santa Cruz de Tenerife)	6	8	20
TOTAL	6	8	21
Cantabria			
Centro Médico Nacional «Marqués de Valdecilla» (Santander)	33	24	42
TOTAL	33	24	42
Castilla y León			
Hospital Clínico Universitario (Salamanca)	—	—	6
TOTAL	0	0	6
Cataluña			
Hospital General «Valle de Hebrón» (Barcelona)	11	28	29
Hospital de Bellvitge (Barcelona)	27	27	39
Hospital Santa Cruz y San Pablo (Barcelona)	4	17	22
Hospital General «Nuestra Señora de la Esperanza» (Barcelona)	9	9	25
Hospital Clínico y Provincial (Barcelona)	54	53	60
TOTAL	105	134	175

TABLA I (continuación)

	1981	1982	1983
Comunidad de Madrid			
Hospital General de la Cruz Roja (Madrid)	—	1	2
Hospital Clínico «San Carlos» (Madrid)	8	3	3
Fundación Jiménez Díaz (Madrid)	17	25	38
Hospital Militar «Gómez Ulla» (Madrid)	1	8	7
Clínica Puerta de Hierro (Madrid)	10	9	17
Ciudad Sanitaria «1.º de Octubre» (Madrid)	8	14	39
Centro Especial «Ramón y Cajal» (Madrid)	33	28	40
Ciudad Sanitaria Provincial (Madrid)	16	17	31
Ciudad Sanitaria Provincial Infantil (Madrid)	—	4	8
Ciudad Sanitaria «La Paz» (Madrid)	10	—	4
Hospital del Aire (Madrid)	—	—	2
TOTAL	103	109	191
Comunidad Foral de Navarra			
Clínica Universitaria (Pamplona)	12	11	38
TOTAL	12	11	38
Comunidad Valenciana			
Ciudad Sanitaria «La Fe» OValencia)	30	8	38
Ciudad Sanitaria «La Fe» (Infantil) (Valencia)	—	7	16
TOTAL	30	15	54
Galicia			
Hospital Clínico de Galicia (La Coruña)	—	5	1
Ciudad Sanitaria «Juan Canalejo» (La Coruña)	5	12	26
TOTAL	5	17	27
Islas Baleares			
Residencia Sanitaria «Virgen del Lluch» (Mallorca)	4	14	5
TOTAL	13	17	25
Principado de Asturias			
Hospital General de Asturias (Oviedo)	—	—	5
Ciudad Sanitaria «Nuestra Señora de Covadonga» (Oviedo)	—	—	6
TOTAL	—	—	11
TOTALES	379	400	687

Madrid, 31 de diciembre de 1983.

En el Plan Nacional de Nefrología, con especial atención al tratamiento de la IRT elaborado por el SEN en 1978, se recogían como principales razones para el escaso número de trasplantes realizados entonces:

- La falta de una ley de trasplantes.
- El escaso apoyo de la Administración a los grupos que trasplantan.
- La falta de un entorno hospitalario adecuado para poder realizarlos.

d) La insuficiencia dedicación de los grupos implicados por falta de estímulo.

De estos puntos el único resuelto por la Administración del Estado ha sido la promulgación de una ley, 30/1979 de 27 octubre, publicada en noviembre del mismo año, que proporcionó un marco legal adecuado a la realización de injertos, estableciendo todo tipo de garantías para donante y receptor en los trasplantes de vivo e introduciendo en los de cadáver el criterio fundamental de muerte cerebral. Con la promulgación de esta ley España se colocó entre las cinco naciones (Francia, Bélgica, Hungría, Alemania y Checoslovaquia) más progresistas en materia de reglamentación sobre trasplantes en Europa. Sin embargo, los ulteriores reglamentos que desarrollaron parcialmente la ley no contribuyeron a mejorarla y sobre todo el brazo destinado a su ejecución, la creación de una organización Nacional de trasplantes, espera todavía su constitución.

La ley, a pesar del efecto desfavorable que tuvo en la sociedad, fenómeno de rebote común a otros países, es buena en lo fundamental y sus problemas radican en la peculiar interpretación de la misma a que se presta la ambigüedad de algunos artículos de los reglamentos que la desarrollan.

De los restantes obstáculos señalados en el Plan Nacional de la SEN el apoyo de la Administración a los grupos que trasplantan, salvo una excepción que no en vano ocupa el primer lugar en el número de injertos realizados en España, se puede decir que ha sido hasta la fecha simbólica, pues las ayudas en forma de guardias o alertas concedidas a determinados grupos de los hospitales llamados propios por el INSALUD no ha sido planificada, no comporta un criterio de premio a la eficacia, ni alcanza cuantía suficiente para justificar por sí misma el esfuerzo que supone.

Por otra parte el entorno hospitalario no ha mejorado en nuestro país en los últimos años, de hecho puede afirmarse que se ha deteriorado en la mayor parte de los grandes centros en una medida considerable.

¿Cuál o cuáles son pues las razones de este incremento tan notable en el número de injertos? En nuestro sentir la principal es la mayor concienciación de los grupos implicados directamente en el tratamiento de la IRT. La presión constante que supone la situación, aunque ésta sea muy buena, de los enfermos en diálisis periódicas, los resultados publicados por los grupos pioneros, la llegada de generaciones más jóvenes a los diferentes equipos son los que han contribuido, a expensas de un esfuerzo voluntarista, que muchas veces roza lo heroico, porque no es comprendido, ni reconocido ni incentivado, a incrementar el número de los trasplantes realizados en España y a mejorar sus resultados.

Si se analiza numéricamente el aumento de trasplantes en España (tabla I) se ve que éste depende de dos factores. El primero que algunos de los hospitales que trasplantaban desde siempre han aumentado las cifras de injertos por año; el segundo, más importante, que ha

crecido, quizás excesivamente, el número de centros donde se trasplanta.

Lo que resulta evidente es que una vez alcanzada la cota a la que se ha llegado se precisa, ahora más que nunca, una racionalización de los programas a nivel del Estado. El tratamiento de la IRT, con un presupuesto de más de treinta y cinco mil millones de pesetas, un porcentaje significativo del presupuesto total de salud de los españoles, es un problema de Estado que precisa soluciones políticas para que las puramente médicas puedan realizarse.

La racionalización del trasplante renal pasa por una dotación adecuada de los centros que han demostrado a lo largo de los años su capacidad para llevar a cabo esta tarea. Para realizar más de 30 trasplantes al año se precisa un presupuesto especial en el hospital dedicado a esta función, una dotación en espacio y medios, y una dedicación monográfica de miembros del Servicio de Nefrología y del de Cirugía que realice los injertos, ello supone un incremento en el gasto lo suficientemente notable como para que no pueda ser generalizado de una manera indiscriminada.

En el Plan Nacional de la SEN se considera óptima la existencia de 17 centros de trasplante en el conjunto del Estado, en 1983 han trasplantado 37 centros, sólo 17 sin embargo han rebasado la cifra de 20 trasplantes año y 9 la de 30. No se trata de cerrar el paso a los que empiezan cuyo interés debe ser demostrado con realidades y entre ellas la más importante: su capacidad de obtener riñones para injerto, pero no cabe la menor duda que resulta absurdo crear una infraestructura cara en un hospital para a lo largo de los años realizar un número escaso de injertos y todavía más pintoresco que en determinadas nacionalidades, regiones o provincias trasplanten dos o siete grupos en la misma ciudad en competencia cuando si trabajaran en colaboración con la mitad del coste se obtendrían mejores resultados.

Por otra parte es absolutamente necesario que exista una mejor coordinación sanitario-judicial. Se hace urgente una gestión conjunta de los Ministerios de Sanidad y Justicia que trascienda a los jueces a fin de que tramiten con la diligencia necesaria las actuaciones en este campo y a los médicos forenses para que se familiaricen con los criterios de muerte cerebral que establece la legislación vigente. Todo ello redundará en una agilidad administrativa que habrá de repercutir en mayor cantidad de trasplantes de mejor calidad.

Es también preciso que todos los posibles receptores puedan ver incluidos sus nombres en las listas de espera de trasplante. La importancia del resultado del injerto para el propio paciente y para el mismo Estado, por la considerable repercusión económica que tiene, aconseja permitir que los diferentes centros de diálisis que no trasplantan incluyan sus enfermos en la lista que más confianza les merezca y será sin duda un factor fundamental en la elección la probabilidad de recibir un injerto dependiente a su vez del número y los resultados de los que se hagan en cada hospital por año.

Finalmente el más complejo problema consiste en el modo de incentivar a los grupos implicados en la tarea a la vez ingrata y sublime de trasplantar. probablemente la mejor solución consiste en premiar con determinadas cantidades por trasplante realizado con éxito y por riñón extraído viable. Un criterio de premio a la eficacia, permitiendo que esas cantidades sean distribuidas en el hospital con transparencia entre todos los implicados y no sólo para mejorar las condiciones de trabajo, sino también como recompensas personales a quienes quepa el mayor mérito o la principal responsabilidad en la tarea.

Somos conscientes que la Administración tiene planes que en algunas de sus partes no se diferencian sustancialmente de lo dicho más arriba. Confiamos que los ponga en marcha en un futuro inmediato. Resulta urgente pasar de planificar a realizar.