

El coordinador de trasplante

C. Prieto

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

El coordinador de trasplante (CT) es una figura que surge en el medio hospitalario ante la necesidad de conseguir más órganos de cadáver para trasplantar y asimismo para facilitar la colaboración de los diferentes estamentos implicados intra y extrahospitalarios con el fin de alcanzar la meta deseada: trasplantar más y mejor. La introducción de ciclosporina en el arsenal terapéutico inmunosupresor ha desarrollado en los últimos años el trasplante de órganos extrarrenal especialmente hígado y corazón con resultados excelentes, aumentando por ello la demanda de estos órganos de tal manera que el donante cadáver multiorgánico aparece como base fundamental de la actividad de trasplante y, por tanto, ampliándose notablemente el trabajo del CT. Actualmente las misiones del CT se han incrementado a lo largo de los últimos años y realmente cubren un amplio espectro de actividades que difieren mucho de un centro de trasplante a otro y así bajo la misma denominación se desarrollan diversas responsabilidades que en la terminología anglosajona reciben las denominaciones de «procurement coordinator», «clinical coordinator», «preservation technician», etc.¹, surgiendo en Estados Unidos la organización NATCO (North American Transplant Coordinators Organization) donde se agrupan todos estos profesionales de diferente origen y actividades, pero con un apellido común: «coordinador».

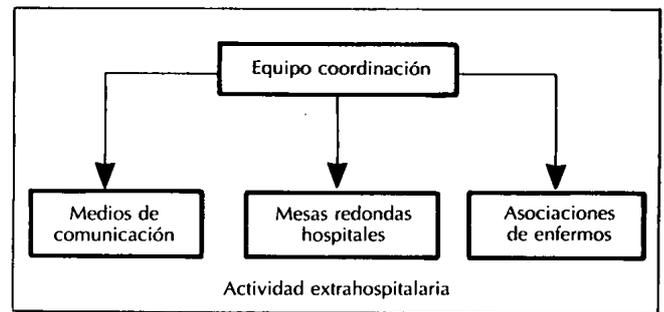
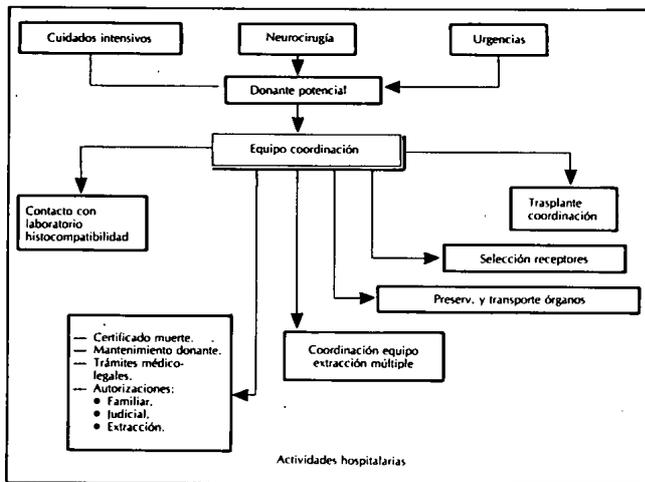
¿Quién debe ser coordinador de trasplantes?

Lógicamente la persona que posea las cualidades exigibles para conectar bien con los demás miembros del equipo, amplia dedicación personal y habilidad psicológica suficiente para establecer buena relación con el personal sanitario del hospital, así como con la sociedad. La selección no idónea de la figura del coordinador en un hospital puede acarrear problemas importantes que se van a materializar en resultados pobres en el programa de trasplante, por ello es fundamental que el CT sea sólo la cabeza visible de un equipo bien integrado en el cual todos sus miembros sean parte activa e importante de la coordina-

ción y no meros agentes pasivos no identificados con la parte más delicada, no grata, pero fundamental del trasplante como es la donación de órganos. El fracaso en la selección de la persona para CT puede radicar en múltiples causas, como son la posición o cargo que ostenta en el hospital, desconocimiento de los pormenores y detalles para el éxito de su trabajo, personalidad difícil con mal acceso a los demás, falta de dedicación personal por considerar esta labor inferior a su quehacer clínico o bien desinterés y desconocimiento de la dirección médica del hospital para cubrir esa plaza con la persona más idónea que puede poner en marcha un programa de extracción y/o trasplante en su centro. Es muy importante el desarrollo de programas de extracción en centros que no realizan trasplantes y donde el CT tiene un trabajo muy duro y no siempre bien reconocido y que evidentemente en el futuro tendrá que ser potenciado por las diversas administraciones. El CT puede ser una sola persona o bien estar integrado por un equipo de coordinación según el trabajo a desarrollar en cada hospital, pero por pequeño que sea el centro es justificado nombrar un CT si gracias a ello se consiguen por lo menos dos o tres donantes/año, ya que varios hospitales extractores pueden estar integrados en una unidad de trasplante de referencia.

En España la figura del CT se creó por primera vez en Cataluña en el año 1984² y a los doce meses de funcionamiento demostró su eficacia por los resultados con un incremento en el número de trasplantes; posteriormente y de manera esporádica y arbitraria se fueron nombrando coordinadores con resultados variables en el resto del país. Por nuestra experiencia creemos que es positiva y necesaria la existencia de un CT que pueda integrar o coordinar a los diferentes equipos dentro y fuera del hospital y que por otro lado tenga cierta capacidad de organización delegada de la dirección. El CT es una figura establecida hace años en Estados Unidos y Europa, siendo muy diferente la persona que la ha representado, así en Gran Bretaña los coordinadores han sido técnicos y enfermeras, en Alemania asistentes administrativos y en Holanda, Francia y otros países médicos, por lo cual resulta difícil establecer cuál es la persona ideal, ya que va a depender de las circunstancias de cada país y de cada equipo de trasplante en particular. Llama la atención en nuestro medio el desinterés que han tenido los nefrólogos para incorporarse como coordinadores en los hospitales, a pesar de haber sido los

Correspondencia: Dr. Carlos Prieto.
Hospital 12 de Octubre.
Ctra. de Andalucía, km. 5,400.
28041 Madrid.



que comenzaron y adquirieron una gran experiencia en la donación de órganos durante dos décadas y en épocas más difíciles que la actual, ello podría explicarse por no vislumbrar la trascendencia que el CT iba a tener en el desarrollo del trasplante en España. En el momento actual los CT en nuestro país proceden de diversas especialidades y han tomado carta de naturaleza en los hospitales de tal forma que en pocos años el trabajo está más organizado a nivel hospitalario, así como la comunicación entre los propios coordinadores, habiéndose organizado dos congresos nacionales donde se discuten los problemas, instando a las autoridades para la solución de los mismos.

Las funciones del CT son múltiples como muestra el organigrama y podríamos resumirlas en actividades hospitalarias y extrahospitalarias. El CT en el hospital debe colaborar en la detección de posibles donantes, comprobación de la muerte cerebral, realización del acto de petición de la donación de órganos a los familiares del donante, aportación de la documentación pertinente al juzgado, coordinación de los diferentes equipos de extracción intra y extrahospita-

ria, etc., todo ello exige una colaboración importante del hospital y por ello una de las primeras ocupaciones que tiene el CT es mentalizar al propio personal sanitario de la importancia de su colaboración en el éxito del trasplante. En este sentido en el Hospital 12 de Octubre la extracción múltiple de órganos de cadáver y el número de trasplantes de riñón, hígado y laringe desde el año 1986 en que se nombró CT se ha ido incrementando hasta la actualidad, siendo fruto de la labor entusiasta de los diferentes equipos de trasplante bien integrados con el equipo de coordinación. Las actividades extrahospitalarias son muy diversas y las hemos dirigido fundamentalmente a la mentalización mediante conferencias y mesas redondas en los hospitales que estén integrados en nuestra unidad de trasplante; por otro lado creemos también que es necesario salir a los medios de comunicación para intentar llegar a la sociedad sobre la necesidad de la donación de órganos, pieza primera y fundamental para el éxito de un programa de trasplante.

Bibliografía

1. Metz RA y Burnett L: Organ procurement and transplantation. A view from the front lines. *Contemporary Dialysis & Nephrol*, págs. 38-39, July 1988.
2. Deulofeu R: El coordinador de trasplante: funciones y perfil. *Revista ROL de enfermería* 87:75-77, 1986.