

# Programa de obtención de órganos en la Comunidad Autónoma Vasca

J. Aranzábal, J. Mijares, J. de los Mozos, J. Arrieta, F. García Urra, M. T. Neyro y J. Montenegro  
 Coordinación de Trasplante. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

## Organización

### Infraestructura general

En el programa de obtención de órganos de la CAV están integrados actualmente la práctica totalidad de los centros sanitarios potencialmente generadores de donantes.

Existen un centro trasplantador renal, que lógicamente también está acreditado para extraer órganos; seis centros extractores y seis centros detectores de donantes (figura 1). Los hospitales extractores disponen de equipos médico-quirúrgicos propios que en algunos de los casos abarcan varios centros próximos geográficamente.

Los centros detectores están capacitados para diagnosticar la muerte cerebral y para proceder al mantenimiento del donante con medios propios; tienen a su disposición un medio de transporte adecuado (UCI-móvil) que traslada al donante hasta el centro extractor de referencia.

Los equipos quirúrgicos extractores llevan a cabo la obtención de los riñones y colaboran con los equipos procedentes de otros hospitales en la extracción cardíaca y hepática, así como de otros órganos en caso necesario.

### Equipo de coordinación de trasplante

El equipo de coordinación de trasplante está formado por dos coordinadores interhospitalarios y un coordinador en el centro trasplantador renal, que trabajan a dedicación total, permitiendo una disponibilidad permanente.

En todos los centros extractores existen coordinadores intrahospitalarios a dedicación parcial o responsables de donación (fig. 2).

Las funciones del equipo de coordinación son variadas, y aunque las más visibles son las relacionadas con

Correspondencia: Dr. Joseba Aranzábal.  
 Coordinador Autonómico de Trasplantes.  
 Servicio Vasco de Salud.  
 Osakidetza.  
 Gran Vía, 81 - 1º.  
 48011 Bilbao.

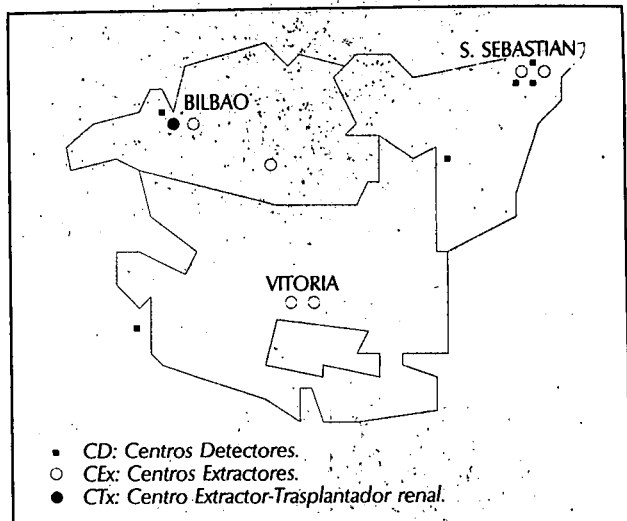


Fig. 1.—Infraestructura general

el operativo logístico, el resto de las acciones son fundamentales para el correcto desarrollo de nuestro programa de obtención de órganos. Estas funciones se podrían resumir en:

- A) Operativo logístico:
  - Labores de apoyo en detección, valoración y mantenimiento del donante.
  - Solicitud autorización familiar.
  - Trámites burocráticos judiciales.
  - Coordinación operativa intrahospitalaria, interhospitalaria e intercomunitaria.

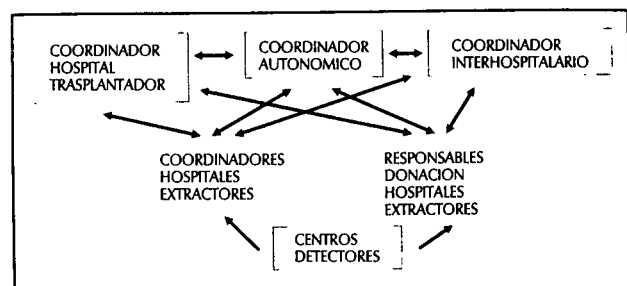


Fig. 2.—Equipo de Coordinación de Trasplante.

- Atención social a la familia del donante.
- Transporte de órganos.
- Localización y traslado de receptores seleccionados.

B) Actualización de la normativa legal:

- Criterios de acreditación extracción-trasplante.
- Concesión de acreditaciones.
- Legislación Policía Sanitaria Mortuoria.

C) Concienciación de la población:

- Encuestas sobre información y actitudes ante la donación y el trasplante.
- Información a la población: Campañas publicitarias: colaboración en diseño y puesta en práctica.

D) Motivación de profesionales:

- Sanitarios:

Retribuciones correctas.

Subvenciones para formación continuada.

Información puntual sobre cada actuación.

Información global anual.

- No sanitarios:

Información puntual y global.

E) Valoración estadística:

- Elaboración de informes sobre:

Obtención-trasplante de órganos.

Listas de espera.

Registros de pacientes.

F) Mantenimiento de listas de espera.

G) Favorecimiento de programas de intercambio de órganos.

- H) Valoración de costes económicos.

*SOS-DEIAK (centro de coordinación operativa)*

Es un organismo dependiente del Departamento de Interior que recibe llamadas de auxilio y coordina el envío de los medios necesarios para solucionarlas.

Cuenta con el apoyo de la Ertzaintza (patrullas, unidad de helicópteros y otros), policías municipales, bomberos y red de transporte sanitario de urgencia entre otros.

Dentro del programa de obtención-trasplante de órganos realiza las siguientes funciones (fig. 3):

- Recepción de llamadas dirigidas al equipo de Coordinación de Trasplante en servicio las veinticuatro horas. Las llamadas provienen generalmente de los centros extractores o trasplantadores. De esta forma los profesionales implicados tienen un teléfono (088) de acceso sencillo, al cual pueden acudir ante cualquier eventualidad relacionada con la obtención o el trasplante de órganos.
- Localización del componente del Equipo de Coordinación de guardia.
- Apoyo logístico y coordinación de medios soporte para:

Recogida y transporte de personal.

Recogida, transporte y entrega de órganos.

Control de vías y accesos.

Gestiones con entes y recursos ajenos (aeropuertos, SAR, Iberia...).

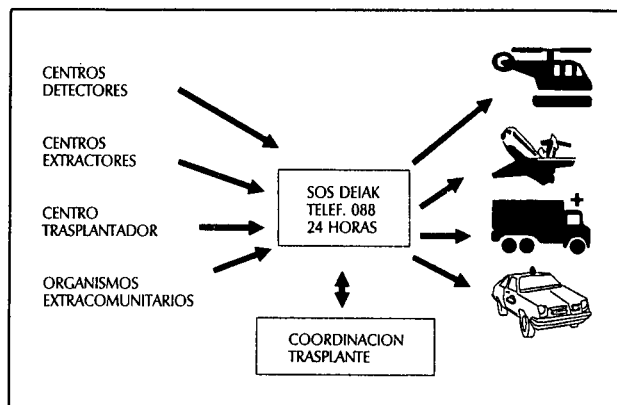


Fig. 3.—Centro de Coordinación operativa SOS-DEIAK.

*Planificación y operativización de actividades*

En los centros extractores existe un Comité de Trasplante hospitalario en el que están representadas las diferentes unidades participantes en la obtención de órganos.

En conexión con estos comités se constituyeron, por resolución del director general de Osakidetza, una Comisión Técnica de Trasplante de la CAV y una Subcomisión Técnica de Trasplante Renal. De ellos forman parte profesionales de los centros extractores y trasplantadores, tomándose decisiones en el campo de los diferentes tipos de trasplante, que afectan a toda la Comunidad Autónoma. Se tienen siempre en cuenta las opiniones y recomendaciones de los Comités Asesores Técnicos de las diferentes especialidades implicadas, así como de los Comités Hospitalarios. Su relación es íntima con la Subdirección de Asistencia Hospitalaria y Especializada de Osakidetza y con Coordinación de Trasplante, y a través de ésta con las Asociaciones de Enfermos.

Las diferentes ramificaciones que hacen posible la conexión entre profesionales y la Administración facilitan, por un lado, la toma consensuada de decisiones, y por otro, la operativización y puesta en marcha de las mismas (fig. 4).

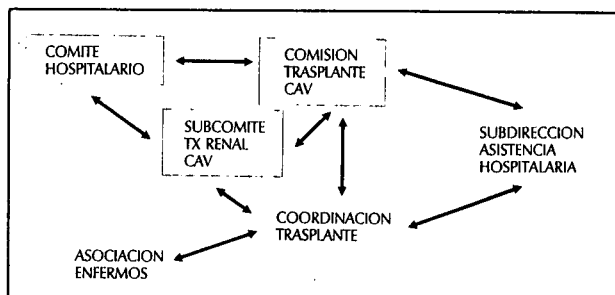


Fig. 4.—Interconexiones entre organismos.

**Desarrollo**

La detección de donantes potenciales en los últimos años ha experimentado un incremento importante (tabla I).

Actualmente nos encontramos en 1,2 donantes referidos por cada 100 fallecidos hospitalarios y en 5,1 por cada 1.000 fallecidos (hospitalarios o no hospitalarios) en la CAV.

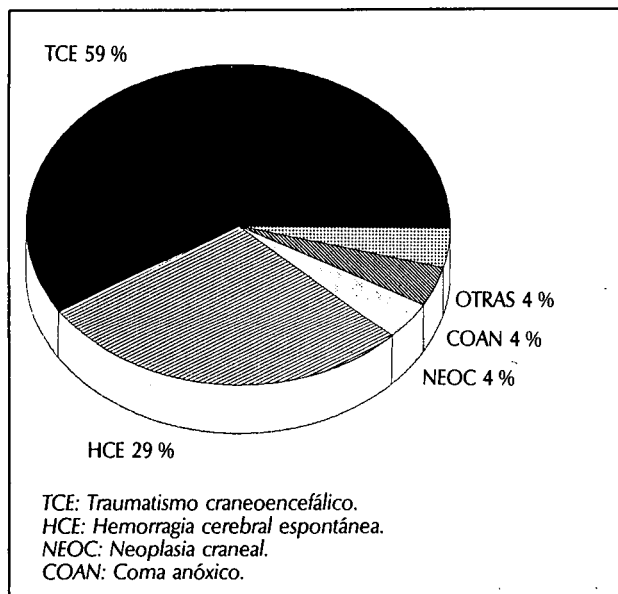


Fig. 5.—Causas de muerte del donante.

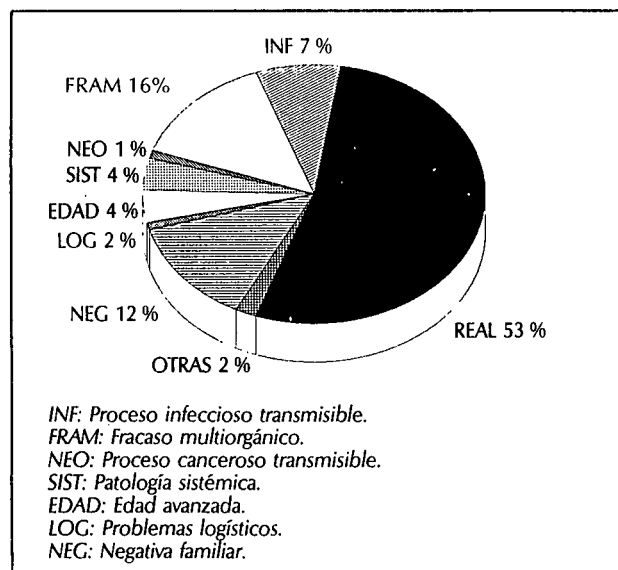


Fig. 6.—Relación donante real/potencial. Causas de descarte del donante.

**Tabla I.** Detección de donantes potenciales

	1987	1988	1989	1990
Donantes potenciales detectados/PMP .....	29	33,3	37,5	38
Donantes potenciales/100 muertes hospitalarias ....	0,9	1	1,2	—
Donantes potenciales/1.000 muertes .....	4,3	4,5	5,1	—
Donantes reales/PMP .....	15,5	15,2	20,6	22

PMP: por millón de población.

Si tenemos en cuenta los 294 donantes detectados entre 1987 y 1990, observamos que la mayor parte de ellos fallecieron como consecuencia de traumatismo craneoencefálico (fig. 5).

La relación donante real/potencial referido es del 53 %, descartándose el resto por contraindicaciones médicas o negativa familiar (fig. 6).

A lo largo de los cuatro últimos años el porcentaje de negativas familiares oscila entre el 9 y el 17 % sin variaciones apreciables. Tampoco el porcentaje de donantes descartados por contraindicación médica ofrece variaciones de interés (fig. 7).

Es destacable el descenso observado en el porcentaje de negativas familiares que en el año 1985 estaba situado en el 33 %.

Se ha observado un incremento progresivo en la edad media de los donantes detectados en los últimos años, como consecuencia principalmente de la consideración de fallecidos de mayor edad como donantes potenciales (tabla II).

El porcentaje actual de donantes multiorgánicos sobre donantes reales es del 70 % si se extrae un órgano no renal y del 50 % si se extraen dos órganos no renales. El aumento de este índice ha sido importante y se podría achacar a una mejora en la concienciación de los profes-

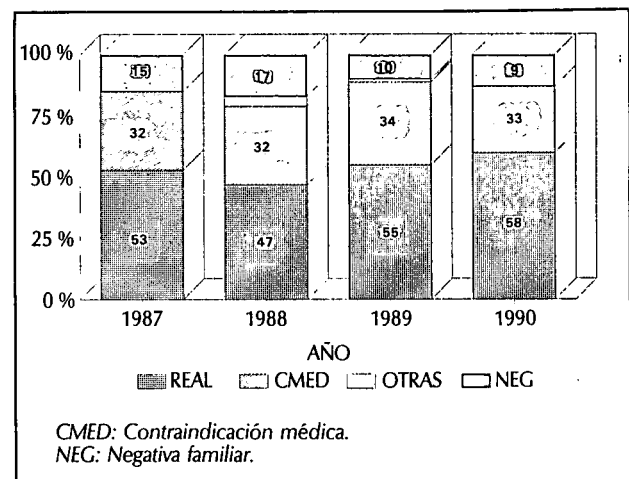


Fig. 7.—Evolución de la relación donante real/potencial.

**Tabla II.** Edad media de los donantes

1987	25,5 ± 13,7 años
1988	27,8 ± 15 años
1989	37,6 ± 16,8 años
1990	29 ± 13,4 años

sionales del centro detector, así como a una mejor organización de los equipos extractores-trasplantadores hepáticos-cardíacos, sin olvidamos de la labor de los coordinadores de trasplante y de la oficina centralizada de intercambio de órganos no renales (fig. 8).

Se ha venido desarrollando un incremento progresivo en el porcentaje de donantes cardíacos y hepáticos si se consideran los donantes renales como potencia-

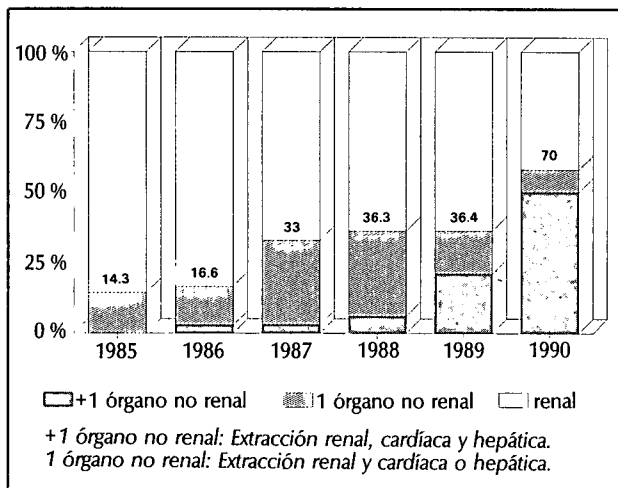


Fig. 8.—Relación donante multiorgánico/renal.

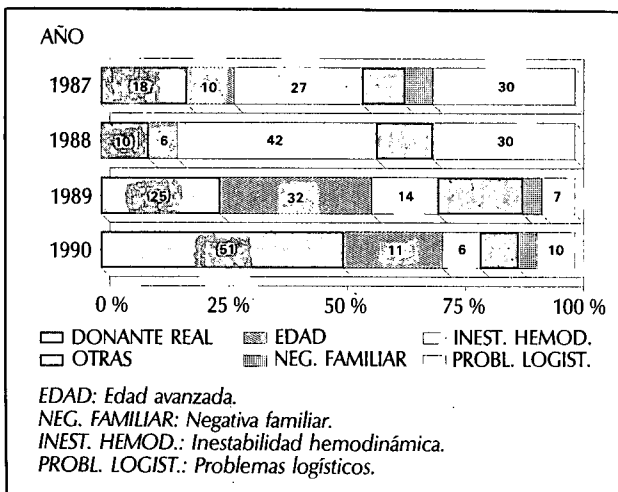


Fig. 9.—Relación donante cardíaco/renal. Causas de descarte.

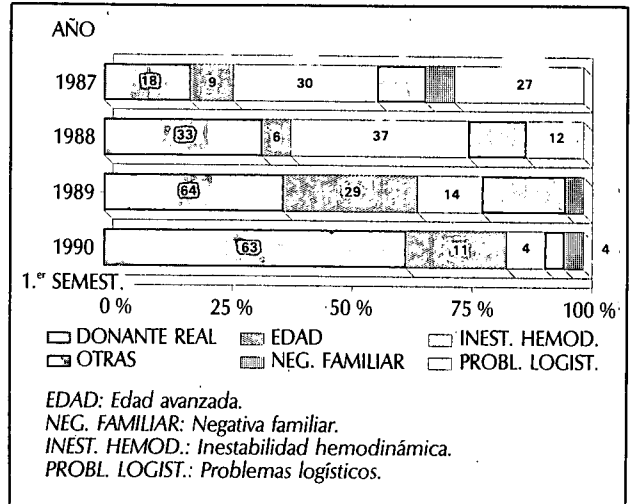


Fig. 10.—Relación donante hepático/renal. Causas de descarte.

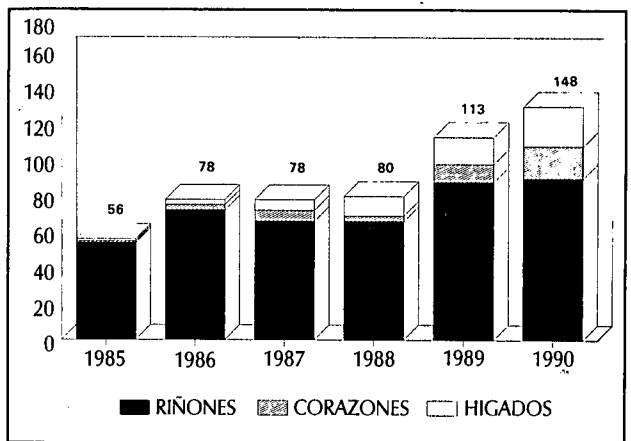


Fig. 11.—Evolución de la obtención de órganos.

les de órganos no renales. Es interesante constatar los datos observados en cuanto a las causas de descarte de estos donantes, dado que reflejan diferentes tendencias y cambios sucedidos durante el período de tiempo valorado (figs. 9 y 10):

— El porcentaje de descartes por edad avanzada sufre un ascenso en el año 1989 como consecuencia de la aceptación como donantes renales de fallecidos de edad más elevada que en años anteriores. En el año 1990 se observa una tendencia al descenso de esta cifra, debida a la aceptación de donantes cardíacos-hepáticos de mayor edad.

— La inestabilidad hemodinámica con o sin utilización de vasopresores fue una causa frecuente de descarte en los primeros años estudiados. Actualmente la no aceptación por este motivo es relativamente rara, probablemente como consecuencia de una mayor laxitud en las

condiciones exigidas por los equipos trasplantadores y de una mejora en el mantenimiento del donante.

— El resto de las contraindicaciones médicas y las negativas familiares expresas a la donación hepática o cardíaca persisten prácticamente invariables.

— Los problemas logísticos han experimentado un drástico descenso, siendo prácticamente inexistentes en la actualidad y refiriéndose prácticamente a donantes de características muy específicas que hacen difícil encontrar un receptor adecuado.

La consecuencia final de lo anterior es un progresivo y persistente aumento en el número global de órganos obtenidos (fig. 11). Los índices generales de obtención

**Tabla III.** Organos obtenidos por millón de población

	Riñones	Corazones	Hígados
1985 .....	25,3	0,5	0,5
1986 .....	33,8	1,4	1,4
1987 .....	31	2,8	2,8
1988 .....	31	1,4	5,2
1989 .....	41,3	4,7	7
1990 .....	43,3	12,2	14,1

de órganos en los últimos años se presentaron en la tabla III.