

El trasplante renal en España

R. Matesanz

Coordinador nacional de Trasplantes

En los primeros días del mes de septiembre de 1992, en alguno de los 38 hospitales donde en la actualidad se lleva a cabo esta terapéutica en España se realizaba el trasplante renal número 12.000. Algo más de 27 años separan esta fecha de la primera intervención efectuada en nuestro país, y más concretamente en el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona en 1965. Hoy día España ocupa el cuarto lugar europeo y el quinto mundial en cuanto a actividad trasplantadora renal absoluta, realizando alrededor del 5 % del total de este tipo de intervenciones que se practicaron en 1992 en todo el planeta.

Evolución de la actividad trasplantadora

Esta importante evolución cuantitativa registrada en el último cuarto del siglo no ha sido, ni mucho menos, uniforme. En ella han influido multitud de factores científicos, legales, económicos, organizativos y, en fin, de muy variada índole, en claro paralelismo con la complejidad inherente a los trasplantes de órganos. Algunos de estos condicionantes han sido estrictamente españoles y otros, como es lógico, comunes al desarrollo de esta terapéutica en el conjunto de los países occidentales.

Los primeros 10-12 años registraron un número muy restringido de intervenciones, limitadas además a muy pocos centros y con una importancia porcentual muy grande de la donación de vivo emparentado. Ni la precariedad de la red sanitaria española ni la ausencia de un marco legal adecuado permitieron una mayor difusión de los trasplantes en la década de los setenta.

En el despegue de los trasplantes renales de la primera mitad de los ochenta intervinieron una serie de factores que sería prolijo detallar. El más evidente fue la promulgación de la Ley de Trasplantes en 1979 y su posterior desarrollo por Real Decreto en 1980. Su principal virtud fue el reconocimiento legal de la muerte cerebral con unos criterios modélicos para su tiempo, aunque con el paso de los años hayan quedado bastante desfasados.

La disponibilidad de un marco legal adecuado, equiparable al de otros países de nuestro entorno (y en algunos aspectos bastante mejor), fue una condición *sine qua non*

para el desarrollo de los programas de trasplante, pero sería injusto establecer una simple relación causa-efecto que explicase la evolución posterior. En la segunda mitad de los setenta, la Seguridad Social comienza a afrontar la liberalización de los tratamientos con diálisis, hasta entonces restringidos a casos muy concretos. Los años siguientes fueron testigos de un gigantesco esfuerzo por parte de la Sanidad española por extender el tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica por todo el país. Pese a que la empresa se inició con retraso respecto a la mayoría de los países de Europa occidental, lo cierto es que en no demasiados años alcanzó e incluso superó a muchos de ellos, situándose en uno de los primeros puestos europeos en cuanto a insuficientes renales tratados, tanto en valores absolutos como referidos a la población atendida (fig. 1).

La primera mitad de los ochenta supone la definitiva generalización de la diálisis por todo el Estado, con la consiguiente proliferación de unidades hospitalarias y extra-hospitalarias. La necesidad de ofrecer un tratamiento integrado a todos estos enfermos (al principio muy escorado hacia la hemodiálisis) y la asunción con entusiasmo de esta tarea por parte de una serie de colectivos profesionales (nefrólogos, urólogos, inmunólogos...) difundie-

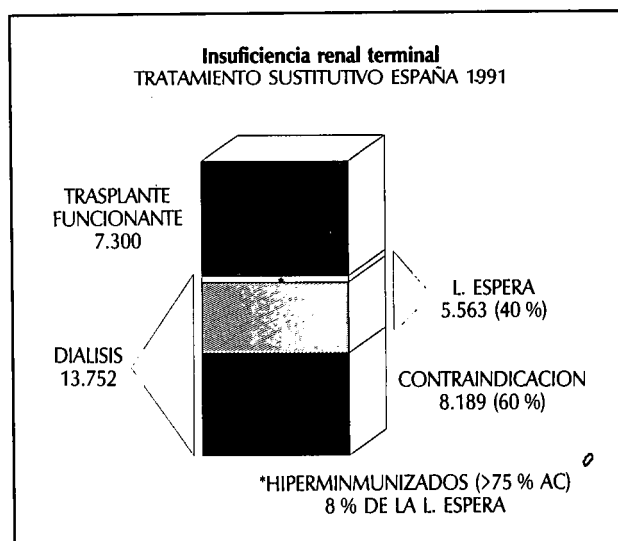


Fig. 1.—Análisis de las diferentes modalidades de tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica en España a 1 de enero de 1992.

Correspondencia: Dr. Rafael Matesanz
Organización Nacional de Trasplantes
C/ Sinesio Delgado, 8
28029 Madrid

ron la «cultura del trasplante» por toda España, creando la conciencia de que era preciso detectar donantes en muerte cerebral y establecer la infraestructura para que esas donaciones llegasen a buen término. Ninguno de los programas de trasplante de órganos sólidos extrarrenales habría alcanzado ni remotamente la pujanza actual sin esta primera «siembra», que años más tarde permitiría pasar de la extracción renal a la multiorgánica.

Lo cierto es que a medida que va creciendo la conciencia de que es preciso trasplantar cada vez más y se van incorporando hospitales a los programas de extracción e implante renal, las cifras van creciendo hasta alcanzar los 1.182 trasplantes renales en el año 1986 (fig. 2).

Lo ocurrido a continuación es ya historia más reciente: el trasplante renal, que tanto ha contribuido a estimular y cohesionar las actividades punteras de los modernos hospitales, fue, como no podía ser menos, uno de los grandes perjudicados de la conflictividad hospitalaria de 1987 y del inevitable deterioro subsiguiente. Hasta en un 20 % se vio recortada la actividad trasplantadora en aquel año, con una virtual estabilización en los dos siguientes, y la verdad es que personalmente nunca han dejado de sorprenderme quienes manifiestan no entender lo que entonces ocurrió o bien buscan explicaciones más o menos esotéricas. En un proceso tan complejo y delicado como son los trasplantes, basta con que alguna o varias de las partes que intervienen dejen de funcionar para que todo se venga abajo: son el prototipo de colaboración hospitalaria y trabajo en equipo, y de ahí le vienen parte de sus grandezas y de sus miserias.

El importante despegue de los últimos tres años, con una tendencia progresivamente creciente (fig. 2), que, como luego veremos, nos ha hecho alcanzar niveles de

élite mundial en cuanto a actividad trasplantadora de donante cadáver se refiere, obedece a factores muy diversos sobre los que se ha ido actuando, pero, en general, supone la implantación en grandes zonas del Estado (desgraciadamente no en todas aún) de unos conceptos más actualizados y centrados en la obtención de órganos para todo tipo de trasplantes. Del esfuerzo de todos va a depender que esta tendencia creciente se mantenga o, por el contrario, pase a ser un mero paréntesis en la pequeña historia de los trasplantes.

Sistemas organizativos

Mientras que los años sesenta vieron nacer las grandes organizaciones europeas de intercambios de riñones (Eurotrasplant 1967, France-Transplant 1969) sobre la base de unos criterios de histocompatibilidad, en España nunca ha existido un sistema organizativo nacional de estas características. Ni la Sanidad del país ni las comunicaciones ni tampoco los ánimos de los profesionales españoles han favorecido nunca este tipo de acuerdos basados en el HLA, que en los años ochenta fueron quedando reducidos a zonas y grupos de hospitales cada vez más limitados (tan sólo el llamado «Madrid-Trasplante» y los centros de Andalucía Occidental han ido manteniendo a lo largo de los años un sistema de intercambio basado parcialmente en la histocompatibilidad, aunque con criterios cada vez más restringidos). La creación sobre el papel de la Organización Nacional de Trasplantes en el año 1980 fue el último intento, siquiera literario, de revivir esta filosofía, que, aunque todavía cuenta con defensores, se ha visto claramente superada.

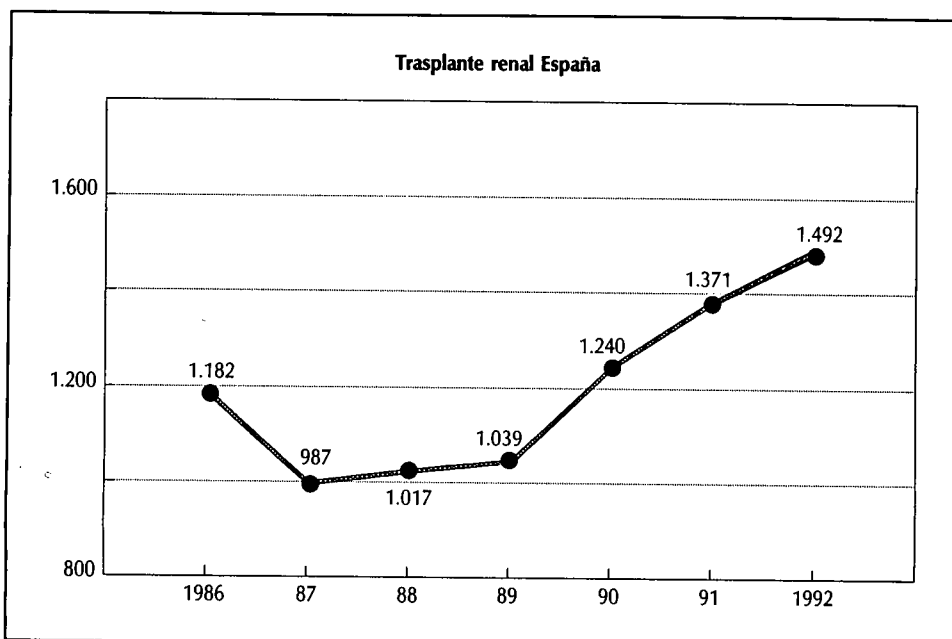


Fig. 2.—Evolución de la actividad trasplantadora renal en España durante los últimos años.

La estructuración del Estado en autonomías, y sobre todo la generalización del empleo de la ciclosporina con la consiguiente relativización de los «dogmas» inmunológicos, han dado lugar a sistemas organizativos de carácter uni o pluriautonómico (Andalucía, Norte-Trasplante, Cataluña-Baleares, Zona Centro, Valencia y Canarias) en los que los intercambios se limitan a los pacientes hiperinmunizados, receptores infantiles y los excepcionales casos encuadrables en el apartado de «urgencias nefrológicas». Curiosamente, por caminos muy distintos, países como Francia y España han llegado a una estructuración en zonas y a una limitación similar al intercambio renal con restricción a casos muy concretos.

Desde una perspectiva estatal, los intercambios renales entre estas zonas con tendencia a la autosuficiencia se limitan a los mismos conceptos que entre los hospitales de una misma zona (hiperinmunizados de alto grado, priorización infantil) y, en general, aprovechamiento de cualquier órgano que por la causa que fuere no tenga un receptor local adecuado. En este sentido, desde la Organización Nacional de Trasplantes se ha puesto en marcha un programa nacional de intercambio renal para pacientes hiperinmunizados de alto grado (más de un 85 % de anticuerpos en suero reciente) de adscripción voluntaria, a cuyo través se intenta dar a estos pacientes más posibilidades de trasplante similares a las del resto. De igual manera, y con el fin de lograr un máximo aprovechamiento de recursos, se circula desde la ONT todo riñón sin re-

ceptor local hacia los equipos con mayor lista de espera o más amplios criterios de aceptación.

Distribución de la actividad trasplantadora

En el momento actual existen en nuestro país 32 equipos de trasplante renal de adultos y seis infantiles, distribuidos por toda la geografía española. Su número fue creciendo sobre todo durante la primera mitad de los ochenta, habiéndose mantenido prácticamente constante desde entonces.

En la figura 3 se recoge gráficamente la actividad trasplantadora renal por millón de habitantes durante 1991 en las 15 Comunidades Autónomas con algún equipo activo durante dicho año. Los límites de este mapa no se corresponden con los administrativos de cada comunidad, sino con las zonas de influencia en cuanto a atención de este tipo de pacientes se refiere (de ahí que, por ejemplo, la parte norte de Castilla-León se represente junto con Cantabria, donde son trasplantados sus enfermos; Baleares junto con Cataluña o las Comunidades de la Zona Centro con Madrid). Como puede apreciarse, aunque son muchas las zonas del Estado con índices de más de 35 p.m.p. (la media nacional está en 35,7 trasplantes p.m.p.), otras quedaron durante 1991 a considerable distancia y son claramente mejorables. Las previsiones para 1992, a la vista de los datos del primer semestre, se acer-

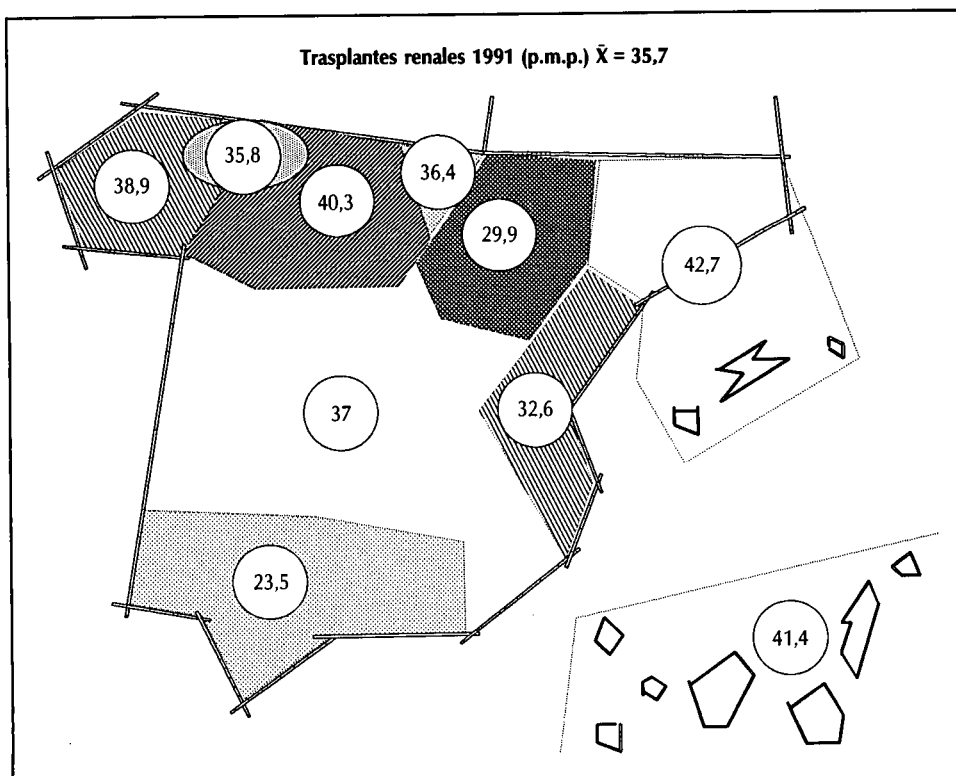


Fig. 3.—Actividad trasplantadora renal por millón de habitantes en las distintas zonas de España en 1991.

can a los 1.500 trasplantes renales, en su práctica totalidad (99 %) de donante cadáver, con lo que el índice previsible para este año es de 39-40 trasplantes p.m.p.

Resultados del trasplante renal

No es fácil expresar en pocas palabras los resultados que se obtienen hoy día en España con esta terapéutica. Por una parte, en ninguno de los grandes registros como el de la EDTA se dan ya cifras globales de supervivencia de enfermo o de injerto, puesto que es preciso diferenciar por grupos de edades, enfermedad de base, patolo-

gía asociada, fecha del trasplante, inmunosupresión utilizada, etc. Tampoco los resultados obtenidos por los distintos equipos tienen por qué ser equiparables, aunque lo cierto es que la estandarización de los procedimientos quirúrgicos y de la inmunosupresión tienden a que las diferencias sean cada día menores entre centros y entre países trasplantadores.

A modo meramente indicativo, y con todas estas salvedades, se recogen los datos globales aportados por el Comité de Registro de la Sociedad Española de Nefrología con respecto a la supervivencia del paciente y del injerto en todos los trasplantes incluidos en dicho Registro y en los efectuados durante el periodo 1984-1988 (fig. 4).

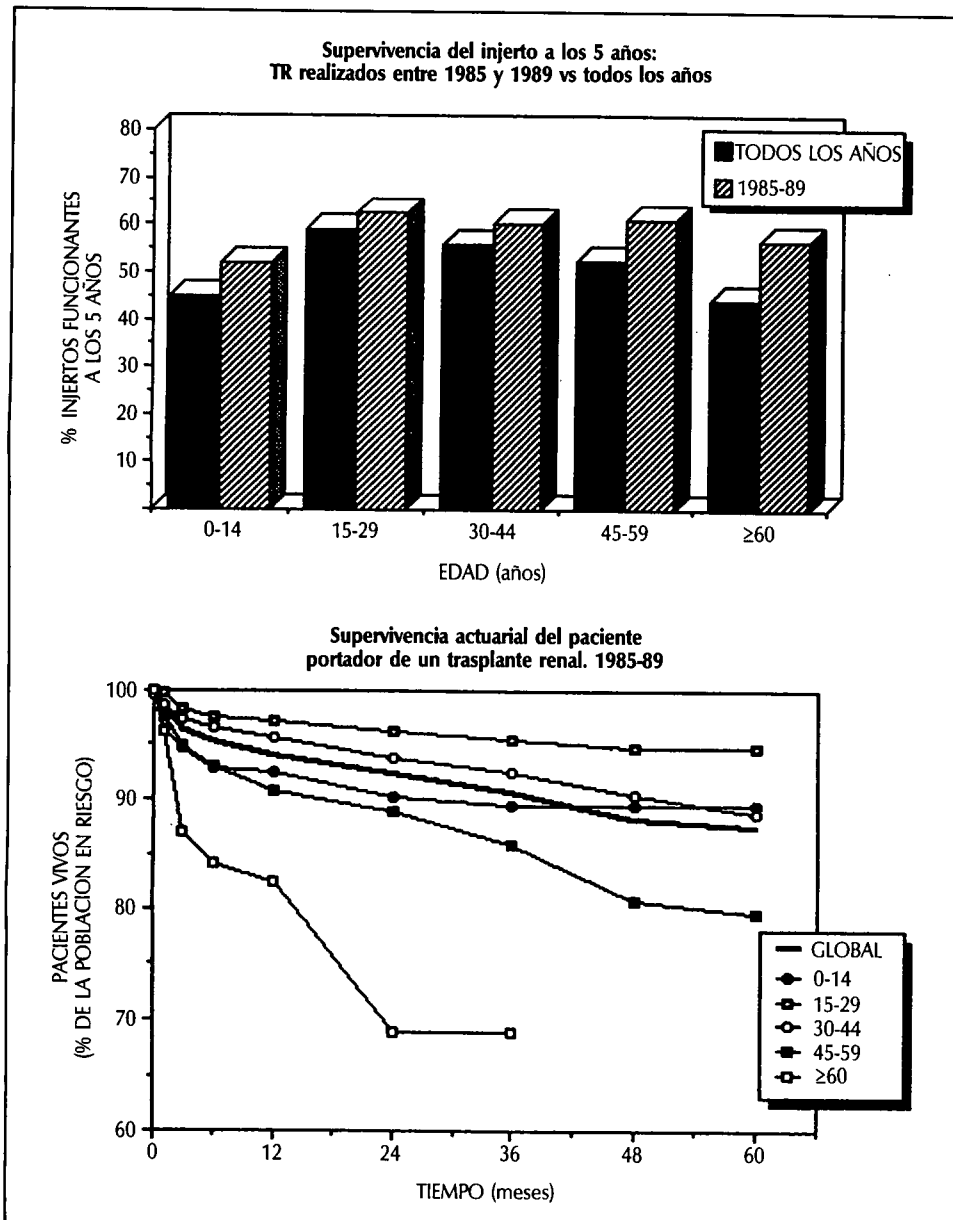


Fig. 4.—Supervivencia actuarial del paciente con trasplante renal y supervivencia del injerto. Datos del Registro de la Sociedad Española de Nefrología.

Comparación con otros países

En la figura 5 se recogen los datos correspondientes a la actividad trasplantadora renal de donante cadáver en las principales organizaciones de trasplante mundiales. España ocupó en este aspecto la primera posición, aunque como país aislado se viera superado por Austria (7,5 millones de habitantes), incluida en la Organización Eurotransplant. Hay que decir, no obstante, que algunas comunidades autónomas españolas, como Madrid y Cataluña, tienen ya índices de donación y trasplante superiores al austriaco, con poblaciones equivalentes y sin su ley de consentimiento presunto. Es preciso recalcar aquí la anormalmente escasa incidencia que en nuestro país representan los trasplantes de donante vivo, que han quedado reducidos a un nivel prácticamente testimonial (18 en 1989 y 16 en 1990 y 1991), muy por debajo del resto de los países de nuestro entorno y por razones no fáciles de entender.

Resulta, por tanto, que el incremento espectacular de la actividad trasplantadora registrado en nuestro país en los últimos tres años (fig. 2) se ha logrado a expensas de los injertos de donante cadáver. Aunque es lógico y deseable que ello siga siendo así, probablemente no debería dejarse de lado el trasplante de vivo emparentado, obviamente con todas las garantías jurídicas que asegura la legislación española, modélica en su género.

Aspectos sociales y económicos

Pese a la aparente bonanza de las cifras españolas, incluso en comparación con países económica y tecnológicamente más avanzados que el nuestro, lo cierto es que no resulta posible bajar la guardia e incluso es preciso redoblar los esfuerzos iniciados para incrementar aún más la actividad trasplantadora y hacer frente así a la enorme demanda que tiene nuestra sociedad de esta terapéutica.

A principios de 1992, un total de 5.563 enfermos esperaban un trasplante renal en España con una distribución por comunidades autónomas bastante homogénea. Este número de enfermos representa una cifra de 145 por millón de habitantes, francamente elevada en relación con otros países, aunque ello depende de muchos factores, entre los que sin duda el más importante es el criterio de los médicos encargados para considerar que un paciente en diálisis pueda ser candidato a ser trasplantado. El porcentaje de enfermos en diálisis que se encuentra en lista de espera varía del 16 % en USA al 40 % español, de los más altos del mundo (27 % para la EDTA).

Ello pone de manifiesto la relatividad que en el caso del trasplante renal tienen las listas de espera y las modificaciones de las mismas. Del incremento de la actividad trasplantadora prácticamente nunca se va a seguir un descenso del número de pacientes en espera, porque al aumentar la oferta, los criterios médicos de inclusión se van

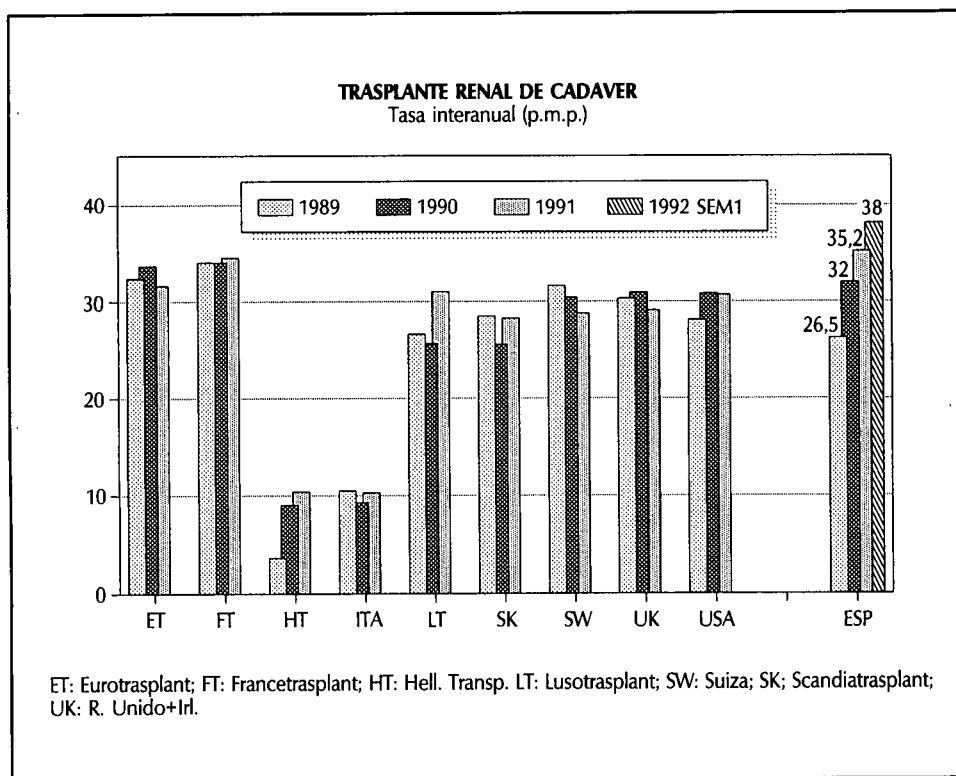


Fig. 5.—Actividad trasplantadora renal de donante cadáver en las principales organizaciones de trasplante durante los últimos tres años.

a hacer más laxos (diabéticos, edades avanzadas, etc.), con el consiguiente aumento de la demanda.

Para finalizar este análisis del trasplante renal en España, creo que merece la pena recalcar algo que, aunque sabido, se olvida con demasiada frecuencia: el trasplante renal constituye uno de los escasos ejemplos en medicina que, comparativamente con su única alternativa terapéutica, la diálisis, ofrece simultáneamente una supervivencia superior o cuando menos equivalente, una calidad de vida netamente superior, y todo ello a un coste significativamente inferior. El estudio económico español más

actualizado es el efectuado por Arthur Andersen para Oskidetza, y en él se pone de manifiesto que un trasplante renal funcionante durante cinco años es ocho millones más barato que el mantenimiento del paciente en hemodiálisis hospitalaria.

En suma, son pocas las áreas de la medicina en las que más claro puede apreciarse cómo la colaboración de diversos profesionales de la Sanidad, pero también de la sociedad en general, es absolutamente imprescindible para alcanzar los fines perseguidos. Es preciso continuar en esta línea. Entre todos podemos conseguirlo.