



Donación de órganos

De recordar, el 17 de julio del 2011

Organ donation. Remember July 17, 2011

El día 17 de julio de 2011 es un día histórico para el Hospital General de México, ya que se llevó a cabo el primer trasplante hepático en esta institución así como el inicio de los trasplantes de riñón de origen cadáverico; podemos agregar que ya contábamos con el programa de trasplante corneal y de riñón, este último en pacientes vivo-relacionados y vivo-no relacionados, programa en el que se operan entre uno y dos pacientes por semana.

En España, país con 47 millones de habitantes, en relación al hígado, existen 694 enfermos en lista para trasplante, con un promedio de cuatro meses de espera; sin embargo, este período se reduce hasta las 24 o 48 horas cuando se trata de un paciente con una urgencia. Ellos tienen en promedio, 1000 trasplantes hepáticos por año. Existen 30 centros hospitalarios con programa activo y cada centro opera un promedio de 30 trasplantes hepáticos por año. México cuenta con 112 millones de habitantes, tiene una gran incidencia de hepatopatías; son la tercera causa de muerte en edad productiva, lo que constituye 23 000 muertes al año; nuestra incidencia es de 120 pacientes por millón de habitantes por año, lo que representa 12 000 casos nuevos por año, y de estos sólo 40% son candidatos a trasplante. Debido a esta situación, en México se requieren de cuatro a cinco mil trasplantes por año y deberíamos de tener una capacidad real programable de cuando menos mil, pero siendo un poco complacientes deberíamos ya de tener de 400 a 500 trasplantes hepáticos por año; en la lista

del CENATRA están registrados tan sólo 370, hecho que no concuerda con las necesidades reales del país.

Con respecto a las necesidades de trasplante de riñón en nuestro país, en 2010 se registraron aproximadamente 7244 pacientes en espera de un trasplante de riñón. De los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), 2.40% están en estadios cuatro y cinco de la enfermedad, considerados como avanzados. En estos estadios se pudieron trasplantar tan sólo 2295 pacientes; sin duda la necesidad es mucha y aún se necesitan mayores esfuerzos para poder cumplir con las necesidades de la gente. Comparándonos con otras latitudes, en América Latina 56% trasplantes de riñón se hicieron con donantes fallecidos y 44% restante con donantes vivos; en 2009, en México, apenas 18.5% de los trasplantes renales se hicieron con donantes fallecidos.

Las instituciones de seguridad social cubren sólo a la mitad de pacientes con IRC en etapa cinco, convirtiéndose en un gran desafío social y que además representa grandes repercusiones financieras; por ejemplo el IMSS, invierte en la IRC aproximadamente de 13% a 15% de su presupuesto total anualizado. Como podremos ver, el trasplante renal no es una opción para la gran mayoría de los pacientes con IRC ya que por ejemplo en 2009 se trasplantaron sólo a 23% de los pacientes que lo necesitan.

Tradicionalmente se han realizado trasplantes de donador vivo relacionado en su mayoría y no relacionado en menor proporción, tanto de riñón, de

hígado y de páncreas; en estos casos se garantiza una mayor sobrevida del injerto en el receptor ya que como sabemos se trata de una cirugía programada, en un donador sano, en mejores condiciones físicas, con un tiempo de espera menor; esto ha hecho que exista una política de incremento de donadores vivos en centros del primer mundo. Otro grupo de donadores es el de tipo cadavérico, que ofrece como mayor ventaja poder ser donador multi-orgánico; en este grupo existen dos tipos diferentes de potenciales donadores, los que tienen muerte encefálica a corazón latiendo y los que presentan muerte cardíaca; en este grupo se evita poner en riesgo a un donador vivo, pero para que funcione todo este sistema se requiere de un equipo multidisciplinario, con personal asignado al servicio de trasplantes. Esto implica un manejo óptimo de los receptores antes, durante y después del trasplante y obtener sobrevida del paciente y del injerto a largo plazo.

¿Qué hace falta? Asignación de presupuesto específico para los programas de trasplantes, auto-sustentabilidad con financiamientos de diversas fuentes, fortalecimiento de áreas auxiliares a los trasplantes (enfermería, terapia, laboratorio, imagen, etc.) e integración de reporte de resultados nacionales. Podemos afirmar que todo paciente con insuficiencia orgánica es candidato a trasplante, hasta no demostrar lo contrario.

Pero esto implica no nada más de tener el equipo y la organización, que por cierto, mide en mucho la calidad de una institución, implica referencia temprana de los candidatos a los centros de trasplante y un abordaje clínico con un protocolo estandarizado, pero también hace falta una difusión de la actividad y resultados del programa así como una interacción directa de diversos servicios intrahospitalarios. También se requiere equipamiento médico necesario para la evaluación integral y sistemática de los receptores, así como de colaboración intra e interinstitucional.

Sin duda, una vez teniendo consolidada la estructura y ya con resultados satisfactorios, se requiere de la continuidad de los programas de trasplante y una integración de centros de capacitación validados en el país; el personal que colabora en un equipo de trasplantes requiere de una vocación especial ya que muchas veces el llamado para realizar un trasplante puede ser a cualquier hora.

Pero, ¿qué nos está faltando?, tal vez mejor coordinación entre las diversas instituciones que componen el Sistema Nacional de Salud; esta coordinación de actividades debe de hacerse con base en un

diagnóstico situacional, tanto nacional como regional, sobre IRC que sin duda es un problema social costoso y en crecimiento. Muchas de las actividades deben ir orientadas a buscar alianzas estratégicas con otras instituciones como Patronatos, Fundaciones o Voluntariados para la obtención de mayores recursos económicos, humanos y materiales para la donación. Por otro lado, la formación de nuevos recursos humanos preparados en el área de donación y trasplantes resulta también importante para actualizar y formar nuevos cuadros.

Está bien demostrado que el trasplante, desde cualquier punto de vista, mejora las condiciones de vida de las personas además de que disminuyen los costos que los pacientes con IRC tienen, por tanto cualquier estudio de costo efectividad puede demostrar la importancia de los trasplantes.

Existen algunas acciones sugeridas que garantizan la calidad de un programa de donación y trasplantes, entre las que se encuentra detectar 100% de las muertes encefálicas en unidades de cuidados intensivos (UCI), incrementar el número de donantes reales, optimizar el índice de extracción multiorgánica y la calidad de los órganos procurados. Por otro lado, debe de haber un censo real y de los recursos humanos que participan en los trasplantes, programas de formación en base a perfil, unificación de procesos y criterios y vigilancia y co-adyuvancia.

Nuestra institución ha entrado ya a los primeros lugares en materia de trasplantes, contamos con un equipo muy bien preparado a todos los niveles: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, terapistas, anestesiólogos, entre otros, contamos con la continuidad del programa tanto en riñón como en córnea, el inicio del programa de hígado, la interacción con todas las terapias del hospital y con otras instituciones, como del Gobierno del D. F, además de la instituciones que nos apoyan con recursos como la Fundación ALE, Televisa, TELMEX, el Instituto Carlos Slim para la Salud y nuestro Voluntariado; todos ellos apoyan en el financiamiento de los trasplantes. También estamos construyendo la nueva unidad 310, en la que estará la nueva Unidad de Trasplantes, que contará con casi 1250 metros cuadrados de construcción y donde habrá quirófanos sólo para los trasplantes, unidad de terapia, asilados y cuartos para estos pacientes. Con esto sin duda, estaremos en posibilidades de despegar ya de manera inevitable hacia la modernidad y estaremos firmes en todo lo relacionado con los trasplantes al mejor nivel en nuestro país. Ya no debe haber pretextos, debemos tomar nuestro papel

con seriedad y convicción de llegar a ser y ser la mejor institución en nuestro país, no sólo en los trasplantes si no en todas las áreas, poseemos cosas que no tienen otras instituciones y las que no faltan ya son muy pocas; las cosas van caminando y creo que al término de la actual gestión, podremos tener 48% de proyecto total de obra civil nueva, incluyendo la construcción de la Escuela de Enfermería que se inaugura el presente año, y qué decir del equipamiento.

Sin duda vamos de acuerdo a nuestro lema: “a la vanguardia en el cuidado de la vida”.

Dr. Francisco P. Navarro Reynoso
Director General Hospital General de México,
Secretaría de Salud.
Correo electrónico: f.navarro@salud.gob.mx