

médicos que, estableciendo una comparación, eran expertos pilotos; sin embargo, no siguieron a pie juntillas la bitácora de vuelo, aun cuando su intención

era ser útiles a la sociedad a la que sirven.

Incluso así, a pesar de los errores, los trasplantes han seguido beneficiando a muchísimas personas; lo cual no debe extrañarnos en virtud del enorme avance científico y tecnológico que vivimos en la actualidad. Recientemente, el Instituto Pasteur dio la noticia de que es posible la inclusión de modificaciones genéticas en las células por medio del virus del SIDA. Así, para cualquier persona a quien le den tres años de vida, este lapso representa una oportunidad de salvación.

A pesar de los errores médicos, sería una torpeza cancelar los programas de trasplantes y quitarle una oportunidad a alguien que en verdad la necesita. La reforma a la Ley General de Salud en cuanto a trasplantes de órganos y tejidos nos brinda el enorme beneficio de poder cambiar nuestra actitud frente a los trasplantes y ofrecer a quien lo necesita un órgano o un tejido cuando ya no los usemos, y nos da una alternativa para que se incremente el número de donaciones.

Incluso el amarillismo en los medios tiene un residuo positivo, ya que gracias a él todo el mundo se enteró de que hubo modificaciones a la Ley General de Salud y se despertó la curiosidad general.

Tal vez esto contribuya a que, incluso de manera subliminal, podamos ser menos egoístas y tomemos la maravillosa oportunidad de beneficiar a otro. Los trasplantes nos dan la opción de decidir en vida para un beneficio en el futuro, y sería una idiotez histórica cancelarlos; como si dijéramos: "a partir de hoy ya no se hacen apendicectomías. Que se mueran todos de peritonitis". Dudo que a ningún político le pase semejante idea por la cabeza.

Tan sólo en lo que se refiere a trasplantes de corazón, recientemente se han llevado a cabo dos en Monterrey, uno en Guadalajara y dos en el medio privado; la mayoría han sido hechos por el equipo del Centro Médico Nacional Siglo XXI: algunos en el Hospital La Raza, y dos o tres más en el hospital 20 de Noviembre del ISSSTE. Tomando en cuenta que nuestro programa apenas tiene unos años de existencia, hemos logrado un nivel de sobrevivencia indiscutible de hasta nueve años. Actualmente el éxito está asegurado en un 85% para el primer año de vida tras la cirugía, y este margen aumentará, conforme se hagan más trasplantes.

Por la consolidación de un Centro Nacional de Trasplantes

Josefina Alberú Gómez

De acuerdo con la doctora Josefina Alberú, la conformación de un Centro Nacional de Trasplantes es una de las prioridades de nuestro país para que los programas de trasplantes de órganos y tejidos funcionen en condiciones óptimas dentro de la actual normatividad.

La doctora Josefina Alberú es médica cirujana egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Guadalajara, certificada por el Consejo Mexicano de Cirugía General y el Consejo Mexicano de Gastroenterología. Obtuvo, entre otros reconocimientos, los premios Dr. Francisco Montes de Oca, concedido por la Academia Mexicana de Cirugía, y Dr. Fernando Ocaranza, otorgado por la Academia Nacional de Medicina. Actualmente es Cirujana Titular y Jefa del Departamento de Trasplantes del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

Un Centro Nacional de Trasplantes

Para hacer de los programas de trasplantes de órganos en nuestro país algo

verdaderamente efectivo, se requiere la consolidación de un Centro Nacional de Trasplantes. Las razones son muchas.

Para empezar, se debe informar a la población la cantidad de gente que hay en lista de espera para recibir un órgano; sin embargo, es muy difícil manejar cifras porque se requieren registros de enfermedades muy precisos para saber cuántas personas padecen enfermedades que culminarán con insuficiencia de determinado órgano. Sólo así pueden realizarse cálculos prospectivos de los pacientes que no sólo hoy, sino a futuro, necesitarán un trasplante. No obstante, en términos conservadores, debe haber más de 40 mil mexicanos en espera de un órgano, sin poder especificar si se trata de corazón, hígado o riñón. Las autoridades de la Secretaría de Salud trabajan ya en estos registros.

Por otra parte, para esclarecer estas cifras, es necesaria una lista única de los pacientes en espera de trasplantes que abarque a toda la República y en la cual se asigne a cada una de estas personas un número progresivo, de acuerdo con la fecha en que se les registre. Esto es algo que se hace en otras partes del mundo. En México este listado se ha hecho por instituciones, algunas de las cuales incluso se han tenido que apoyar mutuamente, sobre todo en los hospitales del sector salud, del IMSS y del ISSSTE que tienen una gran actividad en materia de trasplantes en la medida de sus posibilidades.

Para lograr este listado único se requiere un Centro Nacional de Trasplantes, no como institución hospitalaria, sino como centro rector donde confluyan los registros de todas los centros que realizan esta actividad. Sin embargo, primero se tiene que resolver este problema por estados, de tal manera que si hay un donador en Aguascalientes, sus órganos lo reciban receptores de allá, lo cual ahorra innumerables gastos. Si no tuvieran un receptor idóneo para un órgano en particular, éste se ofertaría primero a las entidades circunvecinas, y después al resto del país.

Esto no es algo nuevo, se ha probado ya en varias partes del mundo. Lo que intentamos es tomar de los modelos establecidos en otras naciones lo que puede funcionar de manera óptima en México. Además, no se trata únicamente de consolidar un Centro Nacional de Trasplantes; también se requiere derivar recursos al Sector Salud para mejorar la actividad de los programas de trasplantes y la procuración de órganos, actividades que por su complejidad involucran a grupos multidisciplinarios muy amplios. Es necesario que estos equipos con muy alta preparación en manejo y trasplante de órganos se dediquen permanentemente a sus labores las 24 horas de los 365 días del año, y que sus honorarios sean suficientes para que no se vean obligados a realizar trabajos extra.

A pesar de nuestras carencias, existe muy buena infraestructura hospitalaria en México. Algunos grupos médicos involucrados en la procuración y trasplante de órganos incluso ya tienen coordinadores, pero se requiere un mayor esfuerzo, de tal manera que se pueda trabajar en todos los hospitales de traumatología del país para que cada uno de ellos se constituya en un potencial hospital donador. Esto se ha hecho en las naciones donde los programas de trasplantes han sido muy efectivos.

Si no se establece de esta manera, la coordinación nacional de trasplantes será mucho más compleja, y esto podría favorecer que se perdieran donadores. Evidentemente, se necesita tener perfectamente identificados a los hospitales de traumatología participantes, conocer sus requerimientos y consolidar el engranaje de obtención de órganos para su posterior implante en receptores potenciales. Mientras que eso no suceda, la actividad en esta área no será efectiva al 100%. Habrá logros, pero serán de muy poca cuantía.

Listas de espera

Actualmente, dado que se han tenido que optimizar los recursos de cada institución en que se realizan trasplantes, se han tenido que hacer listas de espera en diferentes sitios porque hay instituciones —el IMSS, por ejemplo— que atienden a un porcentaje muy alto de la población; esto es, a sus derechohabientes. Por ello han tenido que buscar mecanismos para hacer sus propias listas, y han empleado sus recursos en materia de donación de órganos procedentes de un donador cadavérico para cubrir sus propias necesidades.

Una situación similar viven los hospitales del ISSSTE y de la Secretaría de Salud; no así el Instituto Nacional de la Nutrición, pues hace muchos años se le designó como coordinador del Registro Nacional de Trasplantes. Con esto se pretendía que existiera un sitio en el cual los pacientes con necesidad de un órgano se inscribieran sin importar a qué institución estaban adscritos.

...se requiere un Centro Nacional de Trasplantes, no como institución hospitalaria, sino como centro rector donde confluyan los registros de todas los centros que realizan esta actividad.

En el Instituto Nacional de la Nutrición existe una logística suficiente para captar pacientes y saber de qué institución proceden. De esta manera, cuando hay un donador, pueden realizarse las pruebas de compatibilidad correspondientes para asignar los órganos a los pacientes a quienes puedan servir, sin importar si proceden del sector público o del privado. Asimismo, es importante subrayar que nuestras listas de espera siempre han sido perfectamente auditables, y que se ha puesto especial cuidado en atender a los pacientes en lista de espera de acuerdo a su antigüedad.

Esto mismo lo han hecho otras instituciones con sus propias listas locales. La situación es muy parecida en una lista y otra, pues la escasez de oferta de órganos de procedencia cadavérica implica que la gente en lista de espera cree antigüedad. El tiempo en espera es lo que les da el puntaje más alto para recibir un órgano.

Debemos tomar en cuenta otros factores; entre otros, el hecho de que hay pacientes que a lo largo de los años han ido insensibilizándose, creando anticuerpos en su organismo en contra de posibles donadores. Esto es particularmente importante para el riñón, pero no deja de serlo, en algunos casos, para corazón e incluso para hígado aunque en mucho menor grado. Hay pacientes que llevan cinco o seis años esperando un órgano; cada vez que surge un donador y se hacen pruebas, éstas resultan incompatibles. El rechazo de los pacientes en este contexto se presenta de forma inmediata y no es, por supuesto,

mala intención por parte nuestra. Por eso existen pruebas muy específicas para discernir a quién se le puede dar un órgano y a quién no.

Es importante que la población sepa que existe un orden perfectamente establecido de manera cronológica, y así se ha estado trabajando. El Instituto ha

servido como coordinador, pero no podemos obligar a nadie a inscribirse aquí, por eso existen varias listas. Lo que sí podemos hacer es apoyar con infraestructura y con insumos a quienes así nos lo solicitan, y hasta la fecha nunca nos hemos negado. Es un compromiso que el Instituto adquirió y que ha mantenido aunque, por supuesto, no podemos hacer frente a la demanda de todas las instituciones. Esto requeriría recursos mucho más elevados.

Las listas, a futuro, se podrán integrar. Todas las instituciones que tienen una saben cuándo se diagnosticaron sus pacientes, cuándo se inscribieron en lista de

espera, cuántas veces han sido tipificados o se les han hecho pruebas con otros

donadores. Toda esa información está perfectamente recabada y, repito, es plenamente auditable. Además, me encantaría que se supiera que el 89 ó 90% de los trasplantes que se han realizado en México se ha hecho en instituciones del sector público, no del privado.

La Ley General de Salud

Las recientes modificaciones a la Ley General de Salud en materia de trasplantes de órganos y tejidos tienen, entre otros objetivos, el que todos los mexicanos nos convirtamos en donadores tácitos de órganos. Es importante saber cuáles son los alcances y las pretensiones de este hecho concreto.

Durante muchos años —ya que los primeros programas de trasplantes de órganos sólidos en México se hicieron a principios de la década de los sesenta, y anteriormente ya había habido trasplantes de córneas— hubo, naturalmente, un marco jurídico y legal para poder llevar a cabo este tipo de procedimientos. Para realizar trasplantes forzosamente debíamos remitirnos al marco legal, sobre todo en virtud de que estas operaciones habitualmente involucran a dos individuos: el donador y el receptor. También estaba legislado el manejo de órganos procedentes de los donadores cadavéricos para restaurar la salud de otro individuo.

La Ley General de Salud ha sido sometida a revisión constante a través del tiempo con el fin de que sea lo mejor posible para nuestras condiciones actuales. Hoy es una de las más completas en el mundo para que los procedimientos de trasplante se realicen siempre bajo su abrigo, y con los recientes cambios permitirá ampliar el número de donadores cadavéricos.

Asimismo, la ley dispone con toda claridad quién de los familiares está facultado para autorizar que se disponga del cuerpo de un ser querido para realizar una donación, hoy que una persona con muerte cerebral puede ser un donador potencial.

Sabemos que en un momento tan doloroso para la familia es muy difícil tomar una decisión en este sentido sin embargo, nunca se había hablado tanto de trasplantes en México como en los últimos cuatro o cinco meses. El tema ha tenido verdadera efervescencia y ahora la gente lo ha tenido que tocar en el seno de la familia. Este hecho facilita mucho la decisión de donar o no en el momento de que alguien fallece; en última instancia, debe respetarse su voluntad o la de su familia. Al respecto, es preciso subrayar, para evitar falsos rumores, que la donación tácita sólo puede llevarse a cabo con el consentimiento familiar. Ninguna de las personas involucradas en la procuración de órganos llevaría a cabo este procedimiento —incluso con un diagnóstico incuestionable de muerte cerebral en el paciente— sin el acuerdo previo de los familiares

Nosotros requerimos de la confianza de la gente para no crear situaciones de intriga: nada clandestino nos va a suceder si sufrimos un accidente; de hecho no se contempla a una persona accidentada con traumatismo cerebral como alguien irrecuperable hasta que presenta signos indudables de muerte cerebral. En caso contrario, se hace todo lo posible para sacarla adelante. Cabe señalar que en el establecimiento de un diagnóstico de muerte cerebral generalmente participan médicos de terapia intensiva; neurólogos o neurocirujanos confirman este diagnóstico con base no sólo en datos clínicos, sino en estudios gráficos —como el encefalograma— o radiológicos, igualmente válidos, de tal forma que los datos de muerte cerebral siempre son muy sólidos. Las horas que siguen al establecimiento

de este diagnóstico son también muy valiosas, ya que entonces se coordinan las actividades de trasplante, nunca antes.

Infraestructura

Hoy día existen muchas instituciones abocadas al trasplante de órganos, y no sólo en el Distrito Federal. Hay programas muy activos en varios estados de la República que tienen infraestructura para trasplantes no sólo de córnea, sino también, por ejemplo, de hígado. Afortunadamente, se ha logrado la descentralización paulatina de estos servicios y esto va, como dicen, in crescendo.

La infraestructura hospitalaria que tenemos es suficiente incluso para cubrir las necesidades actuales. Pero sucede que es muchísima la gente que está en espera de un órgano de origen forzosamente cadavérico —por ejemplo, el corazón y ante semejante demanda en el mundo se ha buscado subsanar estas carencias. Aunque no es el caso de México, en varias partes se están llevando a cabo, por esta razón, trasplantes segmentarios de pulmón y de hígado, particularmente en naciones donde ya hay mucha experiencia en el manejo tanto del órgano como del donante y del receptor.

En nuestro país, la comunidad dedicada a los trasplantes en general preferiría tener mayor experiencia en el manejo de órganos procedentes de donador cadavérico antes de embarcarse en trasplantes segmentarios. Algunos grupos médicos pronto comenzarán a realizarlos fundamentalmente los que tienen gran experiencia previa en trasplantes hepáticos. Esta alternativa ocurre, como en el resto del mundo, por la desproporción existente entre la oferta y la demanda de órganos.

A pesar de que contamos con la infraestructura hospitalaria suficiente, en México se realizan muy pocos trasplantes en relación con nuestra enorme lista de espera. No estamos cubriendo, ni con mucho, las necesidades de trasplantes que hay en el país.

Cálculos conservadores —y digo cálculos porque la mayoría de los hospitales que tienen programas activos de trasplante de riñón mandan trimestral y anualmente al Registro Nacional de Trasplantes el número de procedimientos que se realizan, especificando si son de donador vivo relacionado o de donador cadavérico, lo que cambia constantemente las cifras— indican que se efectúan alrededor de mil procedimientos de este tipo al año, y se requieren, en contraste, entre 5 y 6 mil.

Para otros órganos no tenemos datos tan precisos, ni siquiera como los aproximados que tenemos con respecto al riñón. Por eso estamos empeñados en saber con exactitud cuál es el número de personas con necesidad de un órgano, y sólo podremos lograrlo, como dije antes, llevando registros con fines prospectivos de las personas con enfermedades cardíacas, renales o hepáticas. Este dato nos servirá de mucho para saber a plenitud cuáles son nuestras necesidades a este respecto.

Existen, además, otros factores que inciden directamente sobre la cantidad y calidad de los trasplantes por realizarse. Uno de ellos es la existencia de nuevos medicamentos inmunosupresores, los cuales incrementan en muy alta medida la posibilidad de tener éxito en forma inicial. Debemos recordar que todos los órganos, por lo menos hasta el momento actual, tienen lo que se conoce como una vida media; eventualmente hay órganos que funcionan durante mucho tiempo, pero en general su vida no se ha incrementado a la misma velocidad de

aparición de los nuevos inmunosupresores.

A pesar de ello, a largo plazo esto tendrá efecto en la expectativa de vida de los órganos trasplantados y, por ende, en el número de trasplantes que habremos de realizar, pues si un paciente pierde un riñón trasplantado puede regresar a la lista de espera y colocarse transitoriamente en diálisis peritoneal o hemodiálisis mientras recibe un nuevo trasplante.

Los costos

El costo para los pacientes, tomando en cuenta que la mayor parte de estos procedimientos se ha realizado en instituciones públicas, es realmente económico. Gran parte del recurso que implica un procedimiento de esta índole lo pagan las instituciones o, para ser más precisos, el erario público, de los impuestos que todos pagamos. Con esto, la esperanza de vida en México ha aumentado —como sucede en todas partes del mundo pues en las primeras etapas de vida se tienen sistemas de vacunación muy efectivos. El aumento en la edad trae aparejado un aumento en las enfermedades crónico-degenerativas y las insuficiencias orgánicas terminales, cuya mejor solución, precisamente, son los trasplantes; éstos, a la larga, son menos costosos que las terapias de diálisis, por ejemplo. Desde este punto de vista, existe suficiente justificación para los procedimientos de trasplante. En particular, el Instituto Nacional de la Nutrición realiza anualmente entre 35 y 40 procedimientos de trasplante renal. Tan corta cifra se explica porque el instituto atiende muchas otras enfermedades y, además, no está diseñado para hacer un número indefinido de trasplantes.

En particular, el Instituto Nacional de la Nutrición realiza anualmente entre 35 y 40 procedimientos de trasplante renal. Tan corta cifra se explica porque el Instituto atiende muchas otras enfermedades y, además, no está diseñado para ser un número indefinido de trasplantes. Sin embargo, este número es suficientemente bueno para mantener la atención a nuestra población; para entrenar médicos que hagan trasplantes en otros sitios —podemos decir, en este sentido, que el instituto es un semillero, lo cual fue una idea del maestro Zubirán desde su creación— sobre todo en los estados de la República. Gracias a ello, y a que hay más donadores cadavéricos, actualmente el programa de trasplante hepático está recobrando fuerza.

Sería injusto ignorar lo mucho que se hizo en años anteriores en esta materia, sobre todo a partir de 1987 e incluso antes. Esto puede parecer insuficiente porque hasta ahora es que se ha dado la posibilidad de asignar recursos para estos programas; antes era sumamente limitado, lo cual explica por qué no se había desarrollado una mayor actividad.

Volviendo al instituto, tenemos cerca de 350 personas en lista de espera para trasplante de riñón, las cuales provienen de unos 22 hospitales, aunque la cifra varía constantemente. Las edades de estos pacientes van de los 2 a los 60 años, pues el rango etéreo de los receptores se ha ido ampliando conforme se han perfeccionado las técnicas para resolver diversos problemas de salud.

Predominan en esta lista los pacientes en edad productiva, muchos de ellos padres y madres de familia que deben atender a sus hijos; personas que deben trabajar y que sin embargo se encuentran sujetas a costosos tratamientos cuya mejor alternativa, sin duda, son los trasplantes. Pues no debemos olvidar que resolver el problema de estas personas significa, en este sentido, no sólo un bien para ellas, mismas, sino para la productividad nacional.

Síntesis Ejecutiva del Informe de Actividades correspondientes al primer trimestre de 2000

Héctor Fernández Varela Mejía