

Entrevista a Rafael Matesanz

Diego Gracia

Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud

En 1989 puso en marcha la Organización Nacional de Trasplantes y desde entonces ha sido su alma. Durante estos veinticinco años ha puesto a punto el llamado “modelo español”, así conocido en el mundo entero. Si algo le caracteriza es su capacidad organizativa. Él ha sabido ver que la donación de órganos no es tanto cosa de altruismo ciudadano cuanto de organización y gestión. Hoy esta es una premisa básica en el mundo de los trasplantes, que desde España se ha extendido a Europa y a la mayor parte del mundo. Él ideó la figura del “coordinador de trasplantes”, la pieza fundamental en todo el complejo proceso que va del fallecimiento de un potencial donante a la colocación del órgano en el cuerpo del receptor, pasando por el acompañamiento en su duelo a los familiares del fallecido y la búsqueda de la anuencia de éstos a la donación. Son muchos elementos, cada uno de los cuales ha de funcionar a la perfección, porque el fallo en uno cualquiera da al traste con el objetivo final, que consiste nada más y nada menos que en salvar una vida. El resultado de todo esto es que desde 1992, España está a la cabeza en la tasa de trasplantes.



Transcribo algunas de las cifras que ofrecen Matesanz y sus colaboradores en el artículo publicado en la revista *Transplant International* del año 2011 y que lleva este significativo título: *Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken?* En él se dice que España ocupa una posición privilegiada en el mundo de la donación y trasplante de órganos, con 33-35 donaciones por millón y 85 trasplantes, también por millón de habitantes. Conviene recordar que a la altura de 1989 el porcentaje de donaciones por millón era de 15 y el de trasplantes de 34, y que el número total de trasplantes era inferior a 1500, frente a los 4000 actuales.

DG. Estas cifras son hoy bien conocidas por todos los profesionales sanitarios, en España y fuera de ella. Por eso resulta redundante insistir sobre ellas. Pero sí interesa abordar otras cuestiones que han ido apareciendo en los últimos años y que resultan algo inquietantes. La primera de ellas son los efectos de la actual crisis económica en el sistema de trasplantes. ¿Cómo ha afectado o está afectando la crisis a la organización que usted dirige?

RM. *Influye de muchas maneras y ninguna buena. De entrada, un sistema que se basa en que los profesionales sanitarios, gracias a un trabajo duro y sin horarios, obtengan lo mejor de la generosidad de la población, se encuentra con que estos profesionales han perdido entre el 20 y el 30% de su poder adquisitivo, trabajan con menos camas, menos presupuesto y todo tipo de dificultades. Además, esa población a la que se le pide su solidaridad, se da de bruces con una realidad en la que la crisis social y de valores y el descrédito de casi todo es casi más grave que la económica. Y sin embargo ahí seguimos, a la cabeza del mundo tras 5 años de crisis. Decididamente tenemos una sociedad mejor de lo que creemos o estamos dispuestos a admitir.*

DG. Hay otra cuestión que reaparece insistentemente en la literatura de los últimos años. Las mayores y mejores medidas de seguridad en el tráfico rodado, tanto de coches como de motos, ha hecho que los donantes óptimos de hace algunas décadas, chicos jóvenes que tras sufrir un accidente de motocicleta se encontraban en muerte encefálica, hayan disminuido

drásticamente. Un ejemplo muy característico de lo que está sucediendo acabamos de verlo tras las vacaciones de Semana Santa de 2013. Las personas fallecidas por accidentes de tráfico en las carreteras españolas han sido 26, la cifra más baja desde el año 1959, y 19 menos que el año anterior. Una consecuencia de esto es que cada vez se trasplantan órganos de personas de más edad, fallecidas muchas de ellas de accidentes cerebrovasculares. ¿Cómo está afectando esto al sistema de trasplantes? ¿Ha habido que extremar los controles para evitar la posible transmisión al receptor de enfermedades en los donantes?

RM. *La donación y el trasplante son un fiel reflejo de lo que ocurre en la sociedad. En un país desarrollado, y España lo es, las muertes evitables, y las que se producen en accidentes de tráfico o laborales lo son, simplemente se evitan. Algo que le gente no sabe es que de acuerdo con los datos de EUROSTAT, España está entre los cinco países de Europa con menor mortalidad tanto por accidentes de tráfico como por accidentes cerebrovasculares: las dos situaciones responsables del 90% de las muertes encefálicas y por tanto de la donación de órganos. Y sin embargo somos los que más donantes reales tenemos: es como el milagro de los panes y los peces gracias al sistema organizativo y al soporte de la población.*

Naturalmente, ello significa una edad elevadísima de nuestros donantes, pero también de los receptores: somos una sociedad muy envejecida, y a la vez implica unos mayores controles de los órganos que se trasplantan y también de los enfermos que los reciben. Afortunadamente ha sido un proceso progresivo del que hemos ido aprendiendo y hoy está perfectamente asumido.

DG. Además del aprovechamiento de órganos de personas de más edad, que hace no muchos años se rechazaban como donantes o se consideraban donantes subóptimos, está el tema de la donación de vivo. Recuerdo que el año 1985 publicó Thomas Starzel en el *Hastings Center Report*, una de las revistas líderes en el mundo de la bioética, un artículo titulado *Will Live Organ Donations No Longer Be Justified?*, en el que el gran cirujano de trasplantes afirmaba, con todo el peso de su autoridad, que a la vista del mejor control del rechazo inmunológico como consecuencia de la introducción de las nuevas drogas inmunosupresoras, en especial la ciclosporina, consideraba que ya no había razones para justificar la donación de vivo, habida cuenta de los problemas que podía plantear al donante. Hoy las cosas se ven de modo muy distinto. ¿Cómo ve usted la donación de vivo?

RM. *Es un complemento necesario de la donación de personas fallecidas, porque en los trasplantes la demanda va siempre por delante de la oferta y de ninguna manera hay colisión entre ambas sino, insisto, complementariedad. En España las cifras enormes de donación de cadáver nos hicieron dejar a un lado la de vivo durante los noventa porque pensábamos (médicos y pacientes) que no merecía la pena someter a un riesgo a una persona sana cuando las posibilidades de trasplante eran tan altas. Hoy en cambio hemos apostado claramente por la donación de vivo renal, sobre todo por dos razones: los resultados son mejores que en los de cadáver (riñones más jóvenes y con menor deterioro por la muerte encefálica y el tiempo de isquemia) y además, gracias a los países que llevan muchos años trasplantando de vivo en gran cantidad (USA y los escandinavos sobre todo), sabemos que si se descartan como donantes aquellas personas con factores de riesgo (diabetes, hipertensión, obesidad, litiasis, etc.), donar un riñón es seguro incluso a muy largo plazo, con un riesgo asumible, que nunca es igual a cero porque en medicina eso no existe. Aparte de ello, las técnicas quirúrgicas han mejorado muchísimo. En poco más de 10 años hemos pasado de un 1-2% de trasplantes de vivo a un 15%, que ya está más o menos en la media europea.*

Por lo que se refiere al hígado cabe decir lo mismo, sobre todo por lo que se refiere a los receptores infantiles a los que sus padres donan el lóbulo izquierdo con un riesgo para el donante superior al renal, pero asumible. En el caso de la donación adulto-adulto, los riesgos son mayores y son técnicas que se hacen en bastante menor número.

DG. Además de la mejor utilización de órganos hace años considerados subóptimos y del nuevo auge de la donación de vivo, está la nueva vía abierta por la llamada donación en

asistolia. Es, quizá, el punto hoy más debatido en las revistas que yo sigo, las de bioética. Concretamente, la revista antes citada, el *Hastings Center Report*, ha dedicado su primer número del año 2013 a este tema. En él se da cuenta de las experiencias española y francesa con las donaciones a partir de paradas cardíacas ocurridas fuera del hospital. Un informe del Consejo de Europa afirma que en 2010, en España se trasplantaron 158 riñones y en Francia 79 de donantes en asistolia.

RM. *En realidad no es nada nuevo ya que esto se inició en los años ochenta en los Hospitales Clínicos de Barcelona y Madrid, se estandarizó por parte de la comunidad internacional en Maastricht en 1994 y en España gracias al documento de consenso promovido por la ONT en 1995. Permaneció restringido a pocos hospitales y una actividad total bastante baja hasta que, a mediados de la pasada década, se erigió como una de las escasas vías de crecimiento que quedaban en la donación de órganos, con lo que desde la ONT y toda la red de coordinación se decidió darle un impulso en toda España. Ello se vió favorecido por el enorme desarrollo de los servicios de emergencia en todo el país durante la época de bonanza económica y, todo hay que decirlo, por el entusiasmo con que los médicos de urgencias y emergencias han recibido el mensaje de colaboración en el proceso de donación. Durante el año 2012, la donación en asistolia (muy mayoritariamente de este tipo) ha representado nada menos que el 10% del total de donantes y en la Comunidad de Madrid, el 40%. Es una realidad afortunadamente creciente y en la que vamos a seguir insistiendo*

DG. Usted conoce bien la polémica que ha surgido a propósito de la utilización de órganos de fallecidos por parada cardiorrespiratoria fuera del hospital (los llamados en la literatura anglosajona uDCDD, *Uncontrolled Donation after Circulatory Determination of Death* y en la literatura española Donación en asistolia no controlada) y las paradas ocurridas en el hospital (cDCDD, *Controlled Donation after Circulatory Determination of Death*, o en español, Donación en asistolia controlada). España ha aceptado el primero de esos criterios y ha establecido una moratoria para el segundo. ¿Puede explicarnos esto?

RM. *Del documento de 1995 se derivó el decreto de 1999 en el que se abría la posibilidad a ambos tipos, lo que ha sido corroborado y mejorado en el nuevo decreto del año 2012. Lo que pasa es que en los noventa todos estuvimos de acuerdo en que la sociedad española no estaba aún preparada para los DCD controlados o DCD III. Este tipo de donación es característica de los países protestantes en los que hace muchos años que se viene practicando ampliamente la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes terminales, que es la base de este tipo de donantes (Holanda, Reino Unido, USA, Australia, Canadá). Esta es una de las razones por las que en estos países hay menos muertes encefálicas que en los países católicos del sur de Europa (los latinos, sobre todo). La gente se muere igual, como es obvio, pero de forma distinta: más muertes encefálicas en los países católicos del sur de Europa, porque las medidas terapéuticas se extreman al máximo en pacientes ancianos, con accidentes cerebro-vasculares sobre todo.*

En España estas prácticas en el final de la vida son más recientes, aunque se han generalizado a gran velocidad en los últimos años, hasta situarse en niveles parecidos a los de estos países (hay datos de la SEMICYUC que así lo demuestran), igual que otros muchos aspectos de nuestra vida diaria. Por ello, en el 2010 comenzamos con un programa piloto de DCD III en el País Vasco, con muy buenos resultados, que en este momento se ha extendido ya a otros 11 hospitales. Hoy tenemos ya 21 programas de asistolia entre los II y III en 9 CCAA y somos el único país que ha abordado seriamente las dos modalidades, con pleno apoyo de los profesionales sanitarios y plena aceptación de la población, lo cual habla muy bien de la madurez de nuestro país en estos temas.

DG. En la literatura de los últimos años han surgido voces críticas que dicen que el masaje cardíaco y la ventilación mecánica de estas personas que se llevan a cabo tras el diagnóstico de muerte en asistolia a fin de preservar la calidad biológica de sus órganos, puede invalidar el diagnóstico de muerte realizado con antelación, o al menos permite la oxigenación encefálica,

con lo que podría darse el caso de que una persona muerta cardiopulmonarmente no lo estuviera encefálicamente. Por supuesto, a la llegada al hospital se interrumpen esas maniobras durante al menos cinco minutos, tras los cuales se vuelve a diagnosticar la muerte y acto seguido se bloquea la aorta con un balón obturador. Las dudas surgen respecto a la actuación durante el traslado, habida cuenta de que, además, se interviene antes de pedir el permiso a los familiares. Entre las voces españolas, las más persistentes han sido las de David Rodríguez Arias e Iván Ortega Deballon, insistiendo en que algunos de estos pacientes podrían beneficiarse de las llamadas medidas no convencionales de reanimación cardiopulmonar, y que las medidas de preservación de los órganos pueden en ciertos casos restablecer las funciones cardiacas y neurológicas. La ONT ha elaborado un documento de consenso sobre el tema de la donación en asistolia en 2012. Me gustaría que nos explicara su posición a este respecto.

RM. En estos temas en que jugamos con la vida y la muerte hay que tener las ideas muy claras y mucho me temo que no es el caso de las dos personas que ha citado, de las que curiosamente ninguna es médico (un filósofo y un enfermero). Todas las técnicas de RCP tienen un único objetivo: reanimar al enfermo y que ese corazón vuelva a latir si ello es medicamente posible. Probablemente no hay ninguna otra actividad clínica que esté tan protocolizada en todo el mundo en cuanto a tiempos, maniobras etc. Nadie del mundo de la donación o el trasplante puede ni debe entrar a discutir estos protocolos y esto tiene que quedar muy claro porque es la piedra angular del asunto.

Solo cuando los profesionales de la reanimación agotan esas medidas, es cuando comienza el proceso de la donación, perfectamente protocolizado, en el que es necesario seguir manteniendo el flujo de sangre en los órganos que se van a trasplantar. Hay que recordar que siempre se pide el consentimiento familiar y judicial al llegar al hospital y que la ley de consentimiento presunto permite y da soporte a la realización de todas las maniobras previas a la donación que en caso de no prosperar simplemente se suspenden.

Pero es fundamental entender que ya se han abandonado las maniobras de reanimación, y lo que no puede ser es que se dé por sentado que esa persona ha fallecido salvo en el caso de que pueda donar órganos, en cuyo caso, según estos señores, vuelve a estar potencialmente vivo. Si en el futuro el protocolo de reanimación se modificara por parte de la comunidad científica internacional introduciendo otra tecnología, el proceso de donación se adaptaría a esta situación, insisto, sin interferir en la discusión de estos protocolos.

En el fondo, lo que subyace en este tipo de publicaciones y la razón de que "se compren" sin pestañear en la literatura anglosajona, es que ninguno de estos países ha conseguido desarrollar uno de estos programas, pese a que lo han intentado, mientras que países europeos y con consentimiento presunto, como España y Francia, sí lo han hecho. Si además las críticas vienen de aquí (algo muy nuestro, por cierto), pues mejor que mejor. Sin embargo, la realidad es que este problema no existe ni para la comunidad científica ni para la sociedad española, que lo tiene perfectamente asumido.

DG. La última de las vías que creo que se han puesto en práctica para incrementar los órganos para trasplante es la llamada "donación cruzada", en el que los familiares de un enfermo están dispuestos a donar un órgano a un desconocido que lo necesita, habida cuenta que ese órgano no es compatible ni por tanto trasplantable al familiar enfermo que tienen, a condición de que otra familia en que sucede algo similar haga lo mismo. ¿Cuál es la experiencia con este nuevo tipo de donación?

RM. La donación cruzada es en realidad una donación renal de vivo en la que donante y receptor se intercambian entre dos parejas con el fin de conseguir la compatibilidad de grupo sanguíneo o inmunológica que no tiene con su familiar. En el caso de poder combinar varias de estas parejas se forma una cadena, que puede llegar a ser de muchos eslabones. En España se han hecho ya 32 de estas donaciones cruzadas, con un ritmo claramente creciente, y en realidad su mayor valor ha sido potenciar la donación de vivo en general, al tiempo que

conseguir un trasplante a pacientes que de otra forma lo habrían tenido bastante más difícil. Creo que ha sido una muy buena iniciativa este programa.

DG. Un tema preocupante es el de la comercialización de órganos, de la que periódicamente aparecen noticias en los medios de comunicación. Desde sus comienzos las organizaciones de donación y trasplante de órganos han venido defendiendo el principio de “no comercialización del cuerpo humano”, ya presente en el Derecho romano. Por esa razón no se permite la donación de vivo más que entre parientes o allegados. Pero con cierta frecuencia llegan noticias, sobre todo de países en vías de desarrollo, sobre mercado de órganos, unas veces procedentes de personas a las que se ha ejecutado, y otras de sujetos vivos que ponen a la venta parte de su cuerpo. ¿Cómo ve el futuro de este tema? ¿Acabará habiendo comercio de órganos?

RM. *El llamado turismo de trasplantes es una triste realidad que según la OMS puede llegar a suponer entre un 5-10% de los trasplantes que se hacen en el mundo, sobre todo renales. La dinámica es siempre la misma: ciudadanos de países ricos o ricos de países pobres, compran riñones de personas pobres en países sin un Estado fuerte que controle esta práctica. La comunidad internacional se ha manifestado mayoritariamente en contra de estas prácticas, pero lamentablemente hay algunos ideólogos, sobre todo norteamericanos, que tienden a filosofar dando cobertura ideológica a un “mercado regulado”. Es una forma más de explotación.*

DG. Una última pregunta. Los avances en reprogramación celular y en fabricación de tejidos y hasta de órganos a partir de células troncales de los propios receptores han sido tan espectaculares en estos últimos años, que parece abrirse una vía nueva de enorme potencial en el futuro. Parece que la “medicina regenerativa” se convertirá en una de las ramas fundamentales de la medicina en las próximas décadas. ¿Cómo contempla esa posibilidad?

RM. *La medicina regenerativa es la gran esperanza del siglo XXI en este campo. Sin embargo, hay que tener paciencia, porque lo cierto es que hasta ahora han sido muchos los avances en el animal de experimentación pero pocos consolidados en la clínica. Hay que dar tiempo al tiempo y sobre todo no crear falsas esperanzas en muchas enfermedades hoy por hoy incurables. La utilización política, religiosa o partidista de este tema me parece de una desfachatez inadmisibile, y por desgracia en España sabemos mucho de ello.*

Gracias, Dr. Matesanz, no sólo por la entrevista y por sus clarificadoras respuestas, sino también por todo su trabajo al frente de la Organización Nacional de Trasplantes. Y felicidades por su reciente nombramiento como Académico Correspondiente Honorario de la Real Academia Nacional de Medicina. Decían los viejos libros de ascética que ciertas hazañas hechas por grandes personajes eran dignas de admirar pero no de imitar. En su caso creo que no es así, y que lo conseguido por la ONT es un buen ejemplo para todos.