

Gracias. Hola, buenas noches. Esto es Vida y Salud. En el espacio Vida y Salud comenzamos hoy una serie de ocho programas en los que trataremos del tema siempre actual de los trasplantes y la donación de órganos. Tratando estos temas desde un punto de vista no solamente médico, sino también psicológico, jurídico, etc.

Este primer espacio lo vamos a dedicar a los distintos tipos de trasplantes que se realizan en la actualidad. La idea de trasplantar o injertar una parte de un ser humano en otra no es nueva. Hace unos 3.000 años, en la India, ya se practicaron injertos de piel con la idea de reconstruir un órgano dañado. Se siguieron practicando pequeños injertos de piel, huesos, tendones, cartílagos, en los siglos XVI, XVIII y XIX.

Pero será en el siglo XX cuando se inician experiencias de trasplante de órganos en animales. La teoría inmunológica, que intenta explicar por qué el organismo rechaza el injerto, data de la primera década del siglo XX. Así, el trasplante de órganos es una realidad indudable para ciertos órganos como el riñón, la córnea y la piel. Y una esperanza próxima para otros de la importancia del corazón y el hígado. Precisamente de este tipo de trasplante, el trasplante hepático, ya tenemos experiencia en España. El doctor Álvarez Cienfuegos, jefe de trasplantes en la Clínica Madrileña de Puerta de Hierro y delegado en España de la Asociación Europea de Trasplantes, ha demostrado que el tratamiento de la enfermedad es un gran beneficio para la salud de los humanos.

de trasplantes de órganos está investigando en este tipo de intervenciones y es el mismo quien nos cuenta en qué consiste el trasplante hepático dentro de los trasplantes de órganos el trasplante de hígado es sin duda alguna el que requiere o el que tiene mayor dificultad técnica el primer trasplante de hígado se realizó en 1963 en una niña que tenía una malformación congénita de las vías biliares y desde entonces se han realizado en el mundo cerca de unos 450 trasplantes hepáticos los resultados no han sido muy buenos solamente hasta 1980 desde que se introdujo una nueva droga inmunosupresora las dificultades que presenta el trasplante de hígados depende fundamentalmente de varias particularidades pero hay dos que son especialmente importantes y que me gustaría destacar por un lado la complejidad de las vías biliares y por otro lado la dificultad de la medicina en el tratamiento de hígado la metabólica del hígado el hígado después del cerebro es el órgano que realiza

mayores funciones metabólicas diferentes. Cada célula hepática, para que se hagan ustedes una idea, realiza cerca de 1500 funciones bioquímicas diferentes. ¿Esto qué quiere decir? Que actualmente no existe ningún hígado artificial, es decir, no existe ninguna máquina que sea capaz de sustituir temporalmente la función hepática. Esto tiene extraordinaria importancia en el trasplante hepático porque ante un fracaso del injerto no habrá ninguna otra solución que la del retransplante, cosa que no ocurre, por ejemplo, en el trasplante renal, donde si el enfermo, por cualquier motivo que es trasplantado y fracasa el injerto, puede volver al programa de diálisis. Esto es imposible en el trasplante de hígado. Por otro lado, los enfermos hepatópatas o enfermos del hígado crónicos y en una situación irreversible tampoco tienen otra solución que la del trasplante de hígado porque no existe, como les he dicho anteriormente, hígado artificial y porque médicamente es imposible sustituir. sustituir la función hepática.

Bien, este es un aspecto que da extraordinaria dificultad al trasplante

hepático, pero por otro lado deben ustedes saber que el hígado es la víscera más grande del organismo y que recibe su flujo sanguíneo a través de varios vasos, lo cual le da una extraordinaria dificultad a la técnica quirúrgica. Son intervenciones muy largas, de cerca de 12 horas, con una gran cantidad de pérdidas sanguíneas y que solamente puede ser realizado por equipos quirúrgicos altamente entrenados en animales de investigación primeramente y en aquellos centros hospitalarios donde se cuente con un personal médico de anestesia, de enfermedades infecciosas, altamente entrenado y cualificado en este tipo de intervenciones. Por lo tanto, al enfermo con una enfermedad hepática terminal e irreversible no le queda. La otra solución que le da el trasplante hepático. Ustedes me puedan preguntar que qué resultados hay actualmente con el trasplante de hígado. Cuando se pueden obviar todas las complicaciones técnicas y el rechazo, la calidad de los enfermos es muy alta.

buena y la mayoría de ellos suelen volver a hacer una vida normal, especialmente en niños que es donde se han tenido los mejores resultados. En cuanto a qué se está haciendo actualmente en España, hay algunos centros donde, como saben ustedes, ya se ha realizado el trasplante hepático, en concreto en el Hospital de Belviche de Barcelona y en otros estamos con todo dispuesto para iniciar el programa de trasplante y llevamos ya varios años investigando sobre distintas modalidades en cuanto a tipos de trasplante hepático, en cuanto a preservación hepática o métodos diagnósticos de las complicaciones técnicas y del rechazo. El trasplante hepático es un tratamiento que se ha realizado en el hospital de Belviche en el caso de los pacientes con diabetes con páncreas, otro órgano que puede ser trasplantado.

El doctor Cienfuegos, experto conocedor y estudioso del tema, nos cuenta el desarrollo de sus investigaciones. El páncreas es un órgano que tiene una doble función. Por un lado, tiene una función exocrina de segregar una serie de enzimas pancreáticas al tubo digestivo para facilitar la digestión. Y por otro lado, y es lo más importante desde el punto de vista del trasplante, tiene una función de regulación del metabolismo de los hidratos de carbono a través de la síntesis y secreción de hormonas pancreáticas como es la insulina y el glucagón. Entonces, la finalidad del trasplante de páncreas es fundamentalmente en aquellos enfermos diabéticos que presentan una serie de alteraciones o lesiones vasculares que en muchas ocasiones son irreversibles, como son la retinopatía diabética, cataratas, la nefropatía y lesiones vasculares peripatéticas.

Esto quiere decir que la finalidad del trasplante de páncreas es el sustituir el déficit de la función endocrínica en aquellos enfermos diabéticos. Y esto es importante tenerlo en cuenta a la hora de comprobar o valorar las distintas técnicas quirúrgicas que se han empleado para hacer el trasplante de páncreas. El primer trasplante de páncreas se recibió en la Universidad de Minnesota en Estados Unidos en el año 1966. Y desde entonces hasta nuestros días ha habido toda una serie de modalidades o de nuevas técnicas debido a que todavía hoy día no se está muy de acuerdo en los autores a cuál es el modelo o el tipo de trasplante de páncreas más idóneo. Lo que sí se ha comprobado tanto en animales, en investigación como en aquellos casos clínicos es que cuando el injerto o el trasplante de páncreas funciona, el enfermo se ve libre de tener que analizarlo. Y es por eso que se ha permitido administrarse insulina.

por vía exógena y que previene las complicaciones vasculares de las que les he hablado anteriormente y que son consecuencias de la diabetes. Los trasplantes de corazón, desde los casos espectaculares que realizó el doctor Barnard, han ido

decaendo y casi han desaparecido, aunque en la Universidad de Stanford se siguen realizando. De nuevo es el doctor Cienfuegos quien tiene la palabra. Como saben ustedes, el primer trasplante cardíaco fue realizado por el doctor Barnard en 1967. A continuación de este trasplante, que fue muy comentado en la prensa mundial, se realizaron toda una serie de intentos fallidos en múltiples centros, tanto de Europa como de Estados Unidos, que pusieron al descubrimiento. Se ha descubierto que todavía presentaban algunas deficiencias, tanto en la técnica quirúrgica...

como en el control inmunológico o el control o tratamiento del rechazo. Fue gracias a los trabajos experimentales y a la perseverancia en el trabajo también experimental del doctor Sangüe en la Universidad de Stanford el que este trasplante hoy día se encuentre de una forma totalmente estandarizada en múltiples centros de Estados Unidos y de Europa. De forma que la supervivencia al año del trasplante hoy día, el trasplante cardíaco, viene a ser del 70% y a los 5 años cerca del 50 al 60%. Dichos enfermos que de alguna u otra forma hubiesen muerto sin ninguna duda y hoy día con una serie de parámetros se puede más o menos predecir el tiempo de vida que le queda a un enfermo cardíaco en una época terminal. Como les digo, dichos enfermos que hubiesen muerto de una forma segura cuando el trasplante, funciona bien, pueden realizar una vida realmente normal y muchos de ellos se vuelven a sus casas e incluso un tanto por ciento, muy elevado.

se incorporan a su trabajo anterior. Pueden preguntarse ustedes que cuáles han sido las causas que han provocado este incremento en la supervivencia del trasplante cardíaco. Existen algunas desde el punto de vista técnico como es el control del rechazo del injerto a través de unas biopsias que se realizan de forma sistemática y periódica. Hoy día podemos seguir la evolución del injerto y controlar y saber cuál es el grado de rechazo del enfermo y entonces aplicar el tratamiento adecuado. Junto a esto, que fue la introducción de un doctor, el doctor Caves, irlandés, que se incorporó al grupo de Stanford para trabajar, junto a esta técnica de diagnóstico se ha sumado la aparición de nuevas drogas inmunosupresoras en los años 80 y que de forma similar a lo que ha ocurrido con el trasplante hepático y pancreático ha elevado notablemente la supervivencia. Asimismo, se ha aquilatado y se ha tenido más experiencia en el control. El control de las infecciones.

infecciones posoperatorias que generalmente son secundarias al tratamiento inmunosupresor. Deben ustedes saber que la primera causa de muerte en los enfermos trasplantados, tanto de riñón como de hígado, como de páncreas o de corazón, son las infecciones por la inmunosupresión a que son sometidos para evitar el rechazo. Se continúa investigando en trasplantes de órganos como son los pulmones, que presentan grandes dificultades. En cuanto al trasplante de médula ósea, sólo se lleva a cabo entre hermanos, injertando una parte de las células de la médula ósea. Sin duda alguna, el trasplante de órgano que más conseguido está en la actualidad es el trasplante renal.

Las enfermedades renales tienen en muchos casos solución en el trasplante del órgano dañado. El tratamiento de diálisis o riñón artificial puede ser sustituido por el trasplante renal. El doctor Fernando Valderrábano, jefe del servicio de nefrología del Hospital Provincial de Madrid, ha realizado varios trasplantes renales y como experto en el tema que es, nos acercamos a su despacho para entrevistarle. Doctor Valderrábano, ¿en qué consiste exactamente el trasplante renal? Bien, el trasplante renal consiste en injertar en una

persona enferma que por cualquier problema renal haya perdido sus riñones y generalmente está en tratamiento con diálisis, injertarle el órgano, el riñón de una persona fallecida. Aunque en algunos casos también se puede hacer de vivo, pero en líneas generales se hace de una persona fallecida. El trasplante renal desde el punto de vista quirúrgico, de la operación quirúrgica en sí, de colocar el riñón, no tiene grandes dificultades, no es una operación...

muy complicada los las dificultades vienen después porque nuestro sistema inmunológico que nuestro sistema de defensa contra las infecciones y las agresiones externas se va a poner en marcha al reconocer ese riñón tras planta como algo extraño y se va a producir el rechazo este es esto es uno de los problemas que con más frecuencia vamos a ver contamos después del trasplante si quería preguntar precisamente con sólo cinco en 20 s por dificultades con que se puede en sí se pueden dar a hacer por ello que las que estas dificultades son de dos órdenes unas puramente médicas del trasplante en sí y éstas como lo decía la fundamental suele ser rechazo la mayoría de los pacientes rechazan el órgano pero también es cierto que en la mayoría de los casos conseguimos superar ese rechazo con medicinas que administramos para prevenirlo incluso para tratarlo cuando aparece sin embargo de todas maneras los riñones que se pierden lo hacen por esta red

respuesta inmunológica por este rechazo y nos obliga en muchas ocasiones a, o en algunas ocasiones, a extraer el órgano porque ya no vale. La ventaja que tiene el trasplante renal sobre el trasplante de otros órganos es que se complementa con la diálisis, es decir, al paciente a que se le trasplanta previamente está sometido a diálisis. Si el trasplante fracasa puede volver a diálisis de nuevo y recibir un segundo o un tercer trasplante incluso y ser ese el que le libere del tratamiento con diálisis. Pero me preguntaba usted de los inconvenientes, yo creo que estos son quizá los inconvenientes médicos, pero hay otros inconvenientes de orden social y fundamentalmente estos son las dificultades que tenemos para conseguir órganos de cadáver. Piense usted que hay en España cerca de 9.000 enfermos en diálisis, de estos por lo menos un 80% pueden ser trasplantados y por tanto están a la espera de que haya un riñón de cadáver que les sirva. Entonces creo que existe una deficiencia en nuestra sociedad. Gracias.

de concienciación social, de la necesidad de donar órganos. Yo creo que hoy día todo el mundo acepta claramente que es necesario donar sangre y que la sangre salva muchas vidas, pero la donación de órganos evidentemente es algo más complicado. Uno solo los puede donar después de muerto, para después de muerto. Pero es necesario que a nivel general se conozca este déficit. También es cierto que no todas las personas que fallecen sirven para donar sus órganos. Tiene que ser un fallecimiento en determinadas circunstancias, que la mayoría de las veces son traumatismos, traumatismos craneales, que desgraciadamente en nuestra sociedad con tanto accidente de tráfico se dan con mucha frecuencia. Hemos hablado, doctor, de las dificultades, pero vamos a pasar a las ventajas. Bueno, ventajas del trasplante tienen muchísimas. Yo me atrevería a resumir que hoy día el tratamiento de la insuficiencia renal crónica tiene dos formas. Una es la diálisis, el riñón artificial. El riñón artificial es un tratamiento que se hace en el caso de que el paciente se sienta en un estado de desesperación, que es el caso de que el paciente se sienta en un estado de desesperación,

es un órgano artificial, pero que no se puede implantar, que no lo puede llevar uno, sino que la persona tiene que acudir a un centro o bien hacerse la diálisis

en su casa, pero de una manera periódica, tres veces a la semana mientras viva. Ciertamente, una persona en estas condiciones puede vivir bastante bien, pero es fácil comprender que hay una sujeción tremenda a la máquina y que además son posibles complicaciones médicas que puede presentar. Entonces, naturalmente, el mejor tratamiento para una persona que sus riñones se han destruido por una enfermedad es tener otro órgano nuevo, un riñón natural, un riñón de una persona nuevo y funcionando. Entonces, la persona trasplantada se puede rehabilitar de una manera completa, vuelve a ser una persona sana, aunque necesite una vigilancia y una medicación prácticamente de por vida. Gracias por ver el video.

Como documento paralelo a las palabras del doctor Valderrábano, vamos a escuchar a Almudena Batista. Almudena conoció la diálisis y sabe muy bien en qué consiste el trasplante renal. Pero vamos a dejar que sea ella misma quien nos cuente su historia. Yo hace ocho años que entré en programa de hemodiálisis, cuando tenía 24 años. Y en ese momento a mí se me cayó el mundo a los pies, me pareció que era lo más horrible que me podía pasar. Ahora me doy cuenta que no ha sido así, que a lo mejor incluso ha sido bueno. Al año siguiente, al año y medio de haberme entrado en diálisis, me hicieron el primer trasplante, que fue un fracaso. Pero fue un fracaso debido no a rechazo, sino a infección. Que, bueno, tanto el rechazo como la infección son los dos problemas básicos de los trasplantes. Eso me dejó ya, me dio que pensar que a lo mejor nunca saldría de lo que para mí en ese momento era casi el infierno. Pero bueno, como la vida continúa, continuó en la máquina, pues tratando de vivir, que es lo importante, de aguantar el fracaso, de aguantar el fracaso, de aguantar el fracaso.

resistir porque, bueno, pues mientras hay vida y esperanza. Entonces, como hace como tres años y medio, me hicieron el segundo trasplante. No pensé desde luego en ese momento que pudiera haberme salido mal, porque si no, no se me hubiera ocurrido aceptar el trasplantarme. Pero sí, salió mal y me volví a sentir bastante hundida y ya pensé que nunca más saldría de la máquina, que ya pues me quedaría, mis últimos días los pasaría así. Pero tampoco, tampoco. Aguanté y llegó hace un año el definitivo, porque como dice el refrán, la tercera va a la vencida. Y fue la vencida, y fue la vencida maravillosa, porque desde luego los siete años de diálisis comparados con este año me compensan cualquier... Este año ha sido tan maravilloso que me compensan los siete años pasados, los dos trasplantes y bueno, lo que fuera, ¿no? Porque he aprendido a valorar la vida mucho más. Más que si nunca hubiera tenido problemas.

y problemas tan graves como estos. Entonces yo quiero animar a la gente a que done, porque da felicidad cuando ya su vida ha terminado. No estamos pidiendo que hagan un sacrificio, pero sino cuando tu vida ha terminado, cuando ya no es nada, pues das felicidad, vida a las personas. Y a las personas que están enfermas o que tienen algún problema renal o tal, pues que se animen, porque la diálisis es una máquina que nos permite mantenernos vivos y esperar que nos llegue ese trasplante. Agradecemos desde aquí la participación en este programa al doctor Cienfuegos, jefe del servicio de trasplantes de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, y al doctor Valderrábano, jefe del servicio de nefrología del Hospital Provincial, también en Madrid, así como la colaboración de Almudena Batista, trasplantada de la clínica.

riñón. El próximo martes en Vida y Salud volveremos a hablar del trasplante renal. El rechazo y la teoría inmunológica serán los temas en los que nos extenderemos con más detalle. Nada más por hoy. Gracias por su atención y muy buenas noches. CC por Antartica Films Argentina

Seguimos en la UNED y vamos a hacer ahora un pequeño entretiempo para hablar de teatro. Se acaba de poner en cartel la obra de Manuel Canseco y Pérez Mateos, Proceso a Vesteiro. Nuestro colaborador, crítico teatral y escritor Mauro Armiño, dedica hoy su comentario a esta obra y a la figura de Julián Vesteiro. Gracias.

Gracias. Gracias.

Gracias. Gracias.

Gracias.