

Donación & Trasplante

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE TRASPLANTE • VOL. VI • AÑO 2016



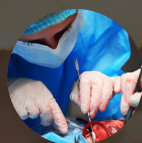
Los Medios de Comunicación en la Donación y el Trasplante, y el Manejo de una Crisis Informativa



Aspectos Relevantes que Afectan la Donación y el Trasplante de Órganos y Tejidos



Enfermedades de Alto Costo
Situación Actual en República Dominicana Dentro del Marco de los Sistemas de Aseguramiento



Avances en Trasplantes



Doppler Transcraneal en el Diagnóstico de la Muerte Encefálica. ¿Es útil o retrasa el diagnóstico?



Calidad de Vida de los Pacientes Trasplantados

A large, expressive teal brushstroke shape serves as a background for the main text. The background of the entire image features abstract watercolor splashes in shades of teal, light green, and pale yellow.

**ayuda
salvar
vidas**

HAZTE DONANTE

05



Los Medios de Comunicación en la Donación y el Trasplante, y el Manejo de una Crisis Informativa

Dr. Fernando Morales Billini y Dra. Marisol Genao

33



Trazabilidad de Injertos Obtenidos de Donantes con Asistolia Controlada

Dra. Isabel Aimée Caamaño

11



Aspectos Relevantantes que Afectan la Donación y el Trasplante de Órganos y Tejidos

Dr. Fernando Morales Billini

35



Consideraciones Bioéticas y Medicina Experimental

Sr. Carlos Morales Sánchez

16



**Enfermedades de Alto Costo
Situación Actual en República Dominicana
Dentro del Marco de los Sistemas de Aseguramiento**

Dr. Fribio Castellanos

36



**INCORT y CIPESA unifican Esfuerzos
entorno al Tema Trasplante y Donación de Órganos**

Dept. Comunicación y Relaciones Públicas
de INCORT

20



**Doppler Transcraneal en el Diagnóstico
de la Muerte Encefálica. ¿Es útil o retrasa el diagnóstico?**

Dra. Dolores Escudero

37



**Pacientes en Diálisis y Trasplantados
Alzan su voz en el Día Mundial del Riñón**

Dept. Comunicación y Relaciones Públicas
de INCORT

27



Avances en Trasplantes

Dra. Carmen Irene Brugal

38



INCORT Celebró el Día Mundial del Donante

Dept. Comunicación y Relaciones Públicas
de INCORT

29



**Calidad de Vida
de los Pacientes Trasplantados**

Dra. Esther De Luna

39



A la Memoria del Dr. Emilio Mena Castro

Dr. Fernando Morales Billini

31



**Trasplante Renal:
Donantes Mayores de 70 Años**

Dra. Luz Dahiana Mora



AYUDA A SALVAR VIDAS

HAZTE DONANTE

Director

Dr. Fernando Morales Billini

Consejo Nacional de Trasplante

Dra. Gisselle Vásquez

Dr. Fernando Morales Billini

Dr. Rudyard Corona

Dr. Alexandro Marte

Dra. Carmen Brugal

Dra. Esther De Luna

Dra. Celia Pérez

Dr. Emignio Liria

Dr. Wilson Mejía

Dr. Alberto Flores

Dra. Juana Sarita

Dr. Kenzo Yamamoto

Dr. Ulises Pérez Aristy

Colaboradores

Dra. Dolores Escudero – España

Dra. Celia Pérez

Dra. Esther De Luna

Dr. Fribio Castellanos

Dra. Marisol Genao

Dra. Luz Dahiana Mora

Dra. Carmen Brugal

Lic. Joaquín Luciano

Dra. Isabel Aimee Caamaño

Licda. Elsy Fernández

Licda. Yulissa Ureña

Sr. Carlos Morales Sánchez

Corrección de estilo

Licda. Olga Altman

Diseño de portada y diagramación

3bambú [www.3bambu.com]

Impresión

Editora Tele3, Multi-Color Printing



Editorial //

Director

Dr. Fernando Morales Billini

La Revista Donación y Trasplante lleva publicándose seis años consecutivos, en los cuales nos hemos propuesto llevar a los profesionales de la salud y de otras áreas que se interesan en esta modalidad terapéutica, información actualizada y puntual sobre los aspectos más relevantes que giran alrededor de estos procedimientos, así como la facilitación de la investigación en esta área dirigida por nuestros profesionales para mejorar el desempeño de nuestro trabajo.

Luego de que en el año 2015 se redujera significativamente la donación en nuestro país, y por ende de los trasplantes, a causa de una crisis de comunicación propiciada por grupos de intereses, por no aceptar la compra por el Ministerio de Salud Pública de medicamentos inmunosupresores de alto costo y de calidad demostrada por entidades regionales, que provocó que grupos interesados promovieran una intensa campaña de descrédito contra las autoridades sanitarias, lo que repercutió negativamente en la percepción de nuestros conciudadanos hacia la donación y el trasplante.

Esta crisis y la necesidad de realizar una revisión exhaustiva de nuestro trabajo en los últimos 8 años nos obligaron a realizar una investigación analizando los procesos más relevantes que han afectado la donación y el trasplante en nuestro país, puntualizando sobre la incidencia de los medios de comunicación, en el manejo de una crisis informativa, el cual presentamos en este número.

Otros temas que nos trae la revista en su 6ta entrega son, entre otros: Profundizar en el conocimiento del uso del Doppler Transcraneal cuando persiste circulación selectiva en algunas arterias cerebrales, estudio de trazabilidad de injertos obtenidos en donantes en asistolia visualizando el uso futuro de este tipo de donantes, resultados del trasplante renal de donantes añosos (de más de 70 años), modalidad en la procuración que esperamos alcance mayor desarrollo, análisis de la calidad de vida después de trasplante frente a los métodos dialíticos, consideraciones de bioética y medicina experimental y noticias relacionadas al Día Mundial del Riñón y al Día Mundial a favor de la Donación.

Resaltamos también la importancia que reviste la firma de un convenio con El Círculo de Periodistas de la Salud, (CIPESA), con el fin de unificar esfuerzos con la prensa nacional ante la imperiosa necesidad de revertir la negativa familiar a la donación, sensibilizando a nuestra población sobre la importancia de la donación y el trasplante y su efecto prodigioso sobre aquellos pacientes que sufren de una enfermedad terminal y necesitan de un órgano para seguir viviendo.

Además, nos aflige la pena de despedir a un gran amigo el Dr. Emilio Mena Castro; firme colaborador de nuestra revista y de todos los procesos de donación y trasplante que se han realizado en nuestro país en los últimos 30 años y en especial en el área infantil.



Los Medios de Comunicación en la Donación y el Trasplante, y el Manejo de una Crisis Informativa

Dr. Fernando Morales Billini y Dra. Marisol Genao



Los medios de comunicación conocidos también como el IV poder, son una importante herramienta que de forma continua nos permite conocer los principales sucesos sociales, políticos y económicos a nivel nacional como internacional, influyen en la forma de actuar y de pensar de las personas y, son capaces de modificar la realidad que conocen los hombres de lo que les rodea. Hoy es casi imposible vivir sin la influencia de los medios de comunicación, por lo que conocer los efectos positivos y negativos que ellos producen es de gran importancia para nosotros.

Podemos decir que una de las características más importantes de la modernidad que vivimos es el desarrollo de los medios de comunicación, actualmente disponemos de información inmediata de los acontecimientos que suceden en el mundo, nos ayudan a mejorar y mantener las relaciones interpersonales, y además constituyen un poderoso instrumento de entretenimiento y de información necesaria para la educación de todos.

Pero sin lugar a dudas pueden imponer por medio de la manipulación de la información, ideologías políticas, religiosas y

económicas modificando profundamente la manera en que los seres humanos conocen y comprenden la realidad que nos rodea, son en sí creadores de opinión pública y, por extensión, autores de corrientes ideológicas que les sirven a los dueños de dichos medios de información y sus aliados.

Fijan en los ciudadanos las maneras de pensamiento de la sociedad; determinan en gran medida las ideas, hábitos, modas, consumos y costumbres; dictaminan como jueces de la verdad qué es correcto o incorrecto, y cuáles son los hechos más importantes y trascendentes a difundir de los que ocurren en el mundo.

“Los medios de comunicación pueden ser un precioso aliado que contribuye activamente a difundir la idea de la donación. Pero también pueden acabar siendo un peligroso enemigo que puede echar por tierra una imagen largamente trabajada como consecuencia de una de las crisis informativas que periódicamente surgen en relación a estas terapéuticas.” Este es el primer párrafo del capítulo XV, del Dr. Matesanz y col. sobre Donación y trasplante, manejo de situaciones críticas. El libro El Modelo Español de Coordinación de Trasplantes,

Los Medios de Comunicación en la Donación y el Trasplante, y el Manejo de una Crisis Informativa

plantea un análisis sobre importantes crisis informativas que han sucedido en diferentes países de Europa, sus consecuencias, así como su prevención y posibles soluciones.

El desarrollo de la donación y el trasplante como modalidad terapéutica es diferente a otros procedimientos médico-quirúrgicos que se realizan en un centro hospitalario, como pueden ser, los implantes de rodilla, cadera, o una sustitución valvular cardíaca, estos equipos o insumos necesarios para la realización de los mismos están disponibles en los centros donde estos se realizarán, pero la donación de órganos y tejidos para trasplante no permite mucha planificación y esta descansa en la decisión de una familia que en el momento más doloroso de su vida, por la pérdida de un familiar querido, debe decidir donar sus órganos para que otros pacientes necesitados puedan seguir viviendo.

La labor informativa de los medios de comunicación y su penetración en la sociedad los convierte en la vía más importante para llegar a la población general, informarla correctamente y procurar que de forma personal y familiar se asuma la decisión de ser donante.

Transmitir mensajes positivos que informen, infundan confianza y proyecten credibilidad a nuestros programas como sistemas equitativos y eficaces, mejoran de forma significativa la percepción de los ciudadanos sobre la donación y el trasplante, o sea, con ello logramos más familias con vocación de ser donantes.

En tal sentido, proteger la reputación de la donación y el trasplante de órganos constituye un elemento fundamental para que el número de trasplante aumente y el rechazo de la donación disminuya. La reputación a pesar de no ser la única consideración a tener en cuenta es, condición necesaria para que no se pierda la percepción positiva de lo que hacemos.

Situaciones de Crisis y Manejo Informativo

“Con cierta frecuencia se producen en el mundo de la donación y los trasplantes unas situaciones de crisis informativa. Su impacto en los medios puede llegar a ser muy grave y tener efectos muy negativos sobre la donación. Si la crisis no se gestiona adecuadamente y no se siguen unos principios básicos a la hora de proporcionar la información, se corre el riesgo de que la situación se vaya desestabilizando de manera progresiva y se produzca un desconcierto generalizado de imposible reconducción”.

Las noticias negativas que pueden desencadenar una crisis informativa son de diferentes formas: las que pueden afectar la confidencialidad de los programas de donación y trasplante, las leyendas urbanas que confunden y atemorizan la po-

blación, los anuncios de venta o compra de órganos, y otras, que se generan por conflictos de intereses entre partes que intervienen en algún eslabón de la donación o el trasplante, todas, si no se logran neutralizar a tiempo pueden generar una crisis informativa.

En tal sentido definiríamos como crisis informativa al hecho o situación decisiva para el futuro de una empresa o institución que compromete su imagen, capacidad y creatividad, que se produce por sorpresa y al margen de las decisiones de los demás”. Entre ellas podemos señalar:

Efecto Panorama. En un programa de debate, llamado *Panorama* sobre el diagnóstico de muerte encefálica en la BBC de Londres en El Reino Unido a finales de los 80, se cuestionó la credibilidad del diagnóstico de muerte encefálica. La gran audición de este programa generó el descenso en la donación en un 50%, y tardó unos 15 meses en volver a niveles previos.

Los escándalos que ha protagonizado Alemania sobre noticias de corrupción de médicos en varios hospitales alemanes, acusados y cumpliendo condena por manipular a cambio de dinero los expedientes de decenas de pacientes con insuficiencia renal crónica, para darles ventaja en la lista de espera, y no animan a su población a donar; **siguen desconfiando del sistema.** Alemania tiene una de las tasas más bajas de donación a pesar de ser indiscutiblemente el país más rico y poderoso de Europa.

Efecto Nicolás Green. Fue un caso de un niño asesinado en Italia en el 1994, de vacaciones con su familia. Luego de una intensa repercusión del suceso sus padres decidieron donar sus órganos y córneas, y eso ayudó a trasplantar a 7 personas.

Esta muestra de generosidad de los padres ayudó a Italia subir la estima de la donación y sus programas e influyó de forma contundente en sus cifras de donación y trasplante, en ese momento era de los países con las tasas más bajas de donación y trasplante en Europa.

En República Dominicana desde diciembre de 2014 e inicios de año 2015 se realizaron importantes correctivos en el Programa de Medicamentos Protegidos del Ministerio de Salud Pública, oficina que administraba los fondos que dedica el Gobierno Central para cubrir el tratamiento de enfermedades de alto costo y complejidad.

Se comprobó un sobregiro de los fondos disponibles por dicha oficina, los correctores para poner el orden de la misma llevaron a la reingeniería de dicha entidad, cambió de nombre y un importante cambio en las políticas de compra de medicamentos inmunosupresores y otros; se tomó la decisión de

Los Medios de Comunicación en la Donación y el Trasplante, y el Manejo de una Crisis Informativa

realizar la compra de medicamentos genéricos y de marcas por economía de escala y de calidad avalados por entidades certificadas por la OMS/OPS y mediante acuerdos regionales con es la compra por el Consejo de Ministros de Centro América y República Dominicana (COMISCA).

Estas nuevas políticas de compra reducían el costo de los medicamentos (entre un 30 a 600%) lo que afectaba la intermediación y los intereses de la industria farmacéutica, así como los de los médicos que se beneficiaban de incentivos por conferencias, viajes y otros regalos. Se planificó desinformar a los pacientes y se les estimuló a que estos realizaran protestas para mantener los medicamentos que ellos habían prescrito.

Esto trajo como consecuencia una amplia cobertura de los medios a las exigencias de los pacientes, en las entrevistas a algunos de los médicos tratantes que resaltaban su preocupación y su desconfianza de que los medicamentos comprados por el Ministerio de Salud no pudieran prevenir el rechazo y que ponían en peligro la vida del injerto y de los pacientes.

El Ministerio de Salud optó por esperar que la noticia se agotara teniendo la posibilidad de orquestar una respuesta contundente en diferentes esferas, la política, la informativa y la judicial; esta intensa campaña negativa que ponía en duda la capacidad funcional y operativa de nuestros programas, generando desconfianza y preocupación, afectó de forma contundente la donación de órganos de personas fallecidas.



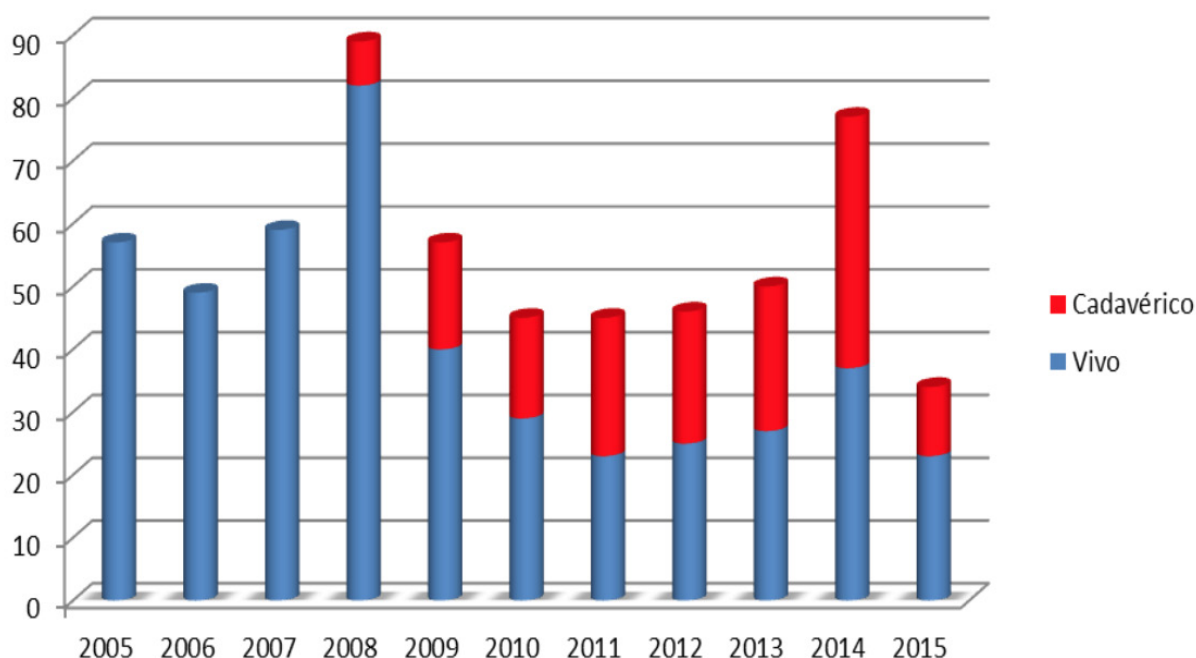
Intervenciones de los medios de comunicación en la crisis de los medicamentos de alto costo (enero-julio del 2015)

| Medios | No. de Intervenciones registradas |
|-----------------------|-----------------------------------|
| Radio | 390 |
| Televisión | 66 |
| Prensa escrita | 35 |
| Web | 130 |
| Piquetes de pacientes | 35 |



Los Medios de Comunicación en la Donación y el Trasplante, y el Manejo de una Crisis Informativa

**Donantes Reales por año INCORT
(2005-2015)**



Por desconocimiento para unos y defensa de sus intereses para otros, pacientes, familiares de pacientes, médicos, empleados de la industria farmacéutica y funcionarios del Ministerio de Salud Pública, fueron los elementos protagónicos de esta crisis informativa.

La percepción de que cómo una crisis informativa afecta los Programas de Donación y Trasplante está debidamente documentada, por lo general generan miedo, desconfianza y otras actitudes conservadoras en las familias en el momento de decidir la donación de sus familiares, pero sucede también que, sumado a este aumento de la negativa de la donación por las familias, por lo regular se produce un caída en la detección de donantes potenciales de parte de los coordinadores, cosa que en el caso de nuestro país pudimos evitar.

“No obstante República Dominicana sufre en estos momentos de los efectos de noticias negativas sobre la donación y el trasplante que han provocado desconfianza y rechazo ante la solicitud de la donación”.

Los Medios de Comunicación en la Donación y el Trasplante, y el Manejo de una Crisis Informativa

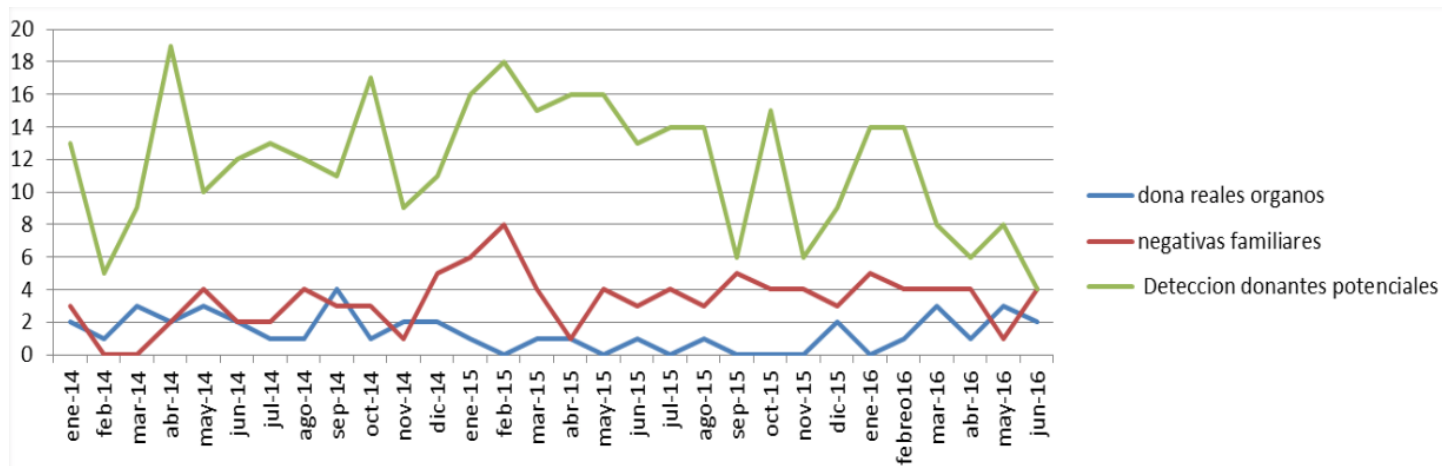
Relación de Detección Donantes Potenciales, Donantes Reales y Negativas Familiares ante Crisis Informativa. 2014-2016

| Mes | 2014 | | | 2015 | | | 2016 | | |
|------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------|
| | Donantes Reales Órganos | Negativas familiares | Detección donantes potenciales | Donantes Reales Órganos | Negativas familiares | Detección donantes potenciales | Donantes Reales Órganos | Negativas familiares | Detección donantes potenciales |
| Enero | 2 | 3 | 13 | 1 | 6 | 16 | 0 | 5 | 14 |
| Febrero | 1 | 0 | 5 | 0 | 8 | 18 | 1 | 4 | 14 |
| Marzo | 3 | 0 | 9 | 1 | 4 | 15 | 3 | 4 | 8 |
| Abril | 2 | 2 | 19 | 1 | 1 | 16 | 1 | 4 | 6 |
| Mayo | 3 | 4 | 10 | 0 | 4 | 16 | 3 | 1 | 8 |
| junio | 2 | 2 | 12 | 1 | 3 | 13 | 1 | 4 | 4 |
| julio | 1 | 2 | 13 | 0 | 4 | 14 | | | |
| Agosto | 1 | 4 | 12 | 1 | 3 | 14 | | | |
| Septiembre | 4 | 3 | 11 | 0 | 5 | 6 | | | |
| Octubre | 1 | 3 | 17 | 0 | 4 | 15 | | | |
| Noviembre | 2 | 1 | 9 | 0 | 4 | 6 | | | |
| Diciembre | 2 | 5 | 11 | 2 | 3 | 9 | | | |
| Totales | 24 | 29 | 141 | 7 | 49 | 158 | 11 | 22 | 56 |

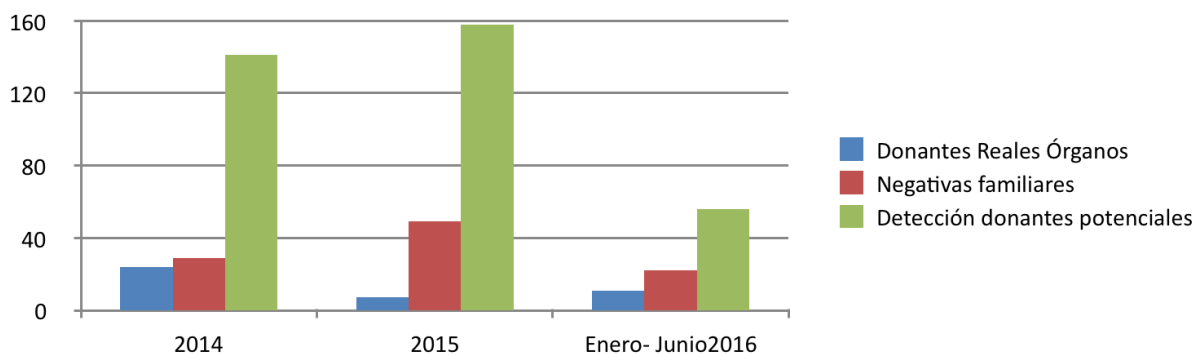


Esta crisis informativa y sus graves efectos en la donación en nuestro país nos obliga a diseñar planes que nos permitan restaurar la confianza en la ciudadanía y sensibilizar a los actores de salud a aunar esfuerzos para corregir los efectos negativos de esta experiencia, llegar a las familias dominicanas y revertir ese desconcierto que esta crisis ha provocado.

Relación de Donantes Potenciales Vs Donantes Reales de Órganos y Negativa Familiar ante Crisis Informativa. 2014-2016



Relación de Donantes Potenciales Vs Donantes Reales de Órganos y Negativa Familiar ante Crisis Informativa. (2014 - junio 2016)



Nos proponemos:

- Crear ambiente favorable a la donación y el trasplante.
- Solicitar a todos los comunicadores, deportistas e íconos del arte y la prensa que en sus intervenciones en los medios, envíen mensajes claros, precisos en pro de la donación.
- Orientar a las autoridades de salud ante la necesidad de salirle al frente a las noticias negativas.
- Enfrentar las noticias negativas al instante, con energía y determinación y con la intensidad necesaria.
- Lograr teléfono 24 horas con un programa de orientación permanente a la población.
- Llevar a cabo el proyecto que hemos llamado "Cadena de la Donación 10x10 hasta 10 millones".

En tal sentido, nos planteamos desarrollar nuevos planes en comunicación que nos permitan renovar la credibilidad, ganar experiencia en situaciones de crisis informativa y orientar adecuadamente a nuestras autoridades de salud en cómo enfrentar esta modalidad de crisis, y así garantizar nuestro crecimiento institucional, así como el desarrollo exitoso del programa de donación y el trasplante en nuestro país.



Aspectos Relevantes que Afectan la Donación y el Trasplante de Órganos y Tejidos

Dr. Fernando Morales Billini



Conocer a cabalidad los aspectos más relevantes que afectan la donación y el trasplante de órganos y tejidos es imprescindible para el funcionamiento adecuado de un Programa Nacional de Donación y Trasplante. Durante el desarrollo del mismo, observaremos problemas de diferentes grados de complejidad, algunos inherentes de cada país, y otros comunes a países en vías de desarrollo; identificar los aspectos

que más afectan el desarrollo de este plan en sus diferentes etapas nos ayudará a diseñar la ruta con los correctivos necesarios para nuestro mejor desempeño.

América Latina es un inmenso territorio cuyas poblaciones gozan de fácil comunicación, dos idiomas muy parecidos, además de aspectos culturales y religiosos afines que la convierten en una gran nación.

Aspectos Relevantantes que Afectan la Donación y el Trasplante de Órganos y Tejidos

Nuestros países se encuentran entre los países en vías de desarrollo aunque con características diferentes entre ellos, además tiene la impronta de ser una de las regiones de mayor desigualdad económica en el mundo.

- Población aproximada de 620 millones de habitantes.
- Menos del 45% de ellos tiene acceso a servicios básicos de salud.
- La Mortalidad Materna es de 80/100,000 nv.
- La Mortalidad infantil de 19.7 p/110 nv.
- La Esperanza de vida es de alrededor de 77.8 años.
- Más del 40% no tiene seguro de salud.
- Más de 70 millones/h. sin acceso por razones económicas o geográficas.
- El 17% de nacimientos no son atendidos por personal capacitado.

OMS / OPS, CEPAL, OXFAM

América Latina y el Caribe, Indicadores y Datos sobre Exclusión y Desigualdad Social II

Gasto en Salud y Educación:
salud : 3.1 % del PBI
Educación: 4.2% del PBI
Países van 1.1 a 8 % del PIB

Revela Oxfam que
"sólo 62 personas
poseen tanta riqueza
como la mitad más
pobre de la población
mundial."

Según Oxfam el año pasado el 1% más rico del planeta era dueño del 48 por ciento de la riqueza del mundo. Pero las tendencias tienden a agravarse: En el año 2016 el 1% tendrá más del 50% y en el 2019 tendrá más de 54%.

Los trasplantes de órganos y tejidos constituyen el más significativo avance terapéutico en el campo de las ciencias de la salud en los últimos 60 años; su logro ha involucrado a prácticamente todas las especialidades de la medicina moderna constituyendo la más valiosa alternativa terapéutica en el tratamiento de las enfermedades orgánicas de tipo terminal, y en el plano social y humano constituye la única opción terapéutica capaz de salvarle la vida de los pacientes o mejorar sustancialmente la calidad de su existencia.

Los adelantos técnicos y el desarrollo de nuevos fármacos inmunosupresores han hecho posible que un gran número de pacientes se beneficien de esta terapéutica en el mundo, pero la escasez de órganos constituye el mayor obstáculo para consolidar su desarrollo. De los múltiples problemas que afectan la donación, la negativa familiar es sin lugar a dudas el tendón de Aquiles de nuestros programas.

La materia prima necesaria para los trasplantes no puede ser adquirida del modo habitual como se hace con las prótesis y otros insumos para la realización de procedimientos médico quirúrgicos de la medicina moderna. La donación de órganos para trasplante no permite mucha planificación y esta descansa en la decisión de una familia que en el momento más doloroso de su vida debe decidir donar los órganos de su familiar para que otros pacientes necesitados puedan seguir viviendo.

Disponer de órganos y tejidos para trasplante implica una familia orientada, confiada y solidaria, que en el momento más doloroso de su vida tome la decisión de permitir la donación de órganos y tejidos de un familiar que acaba de fallecer; y para lograr esa conciencia colectiva se hace necesario generar una cultura de donación y trasplante en cada uno de nuestros países, sin ella difícilmente podamos satisfacer la demanda de trasplante en nuestras comunidades.

Muchas familias en su inmenso dolor por la muerte de un familiar, se muestran renuentes a donar los órganos y tejidos de su familiar fallecido, situación que afecta la vida de miles de pacientes que de no recibir un órgano fallecerán en corto tiempo; en tal sentido lograr que en reuniones familiares se aborde el tema de la donación en condiciones normales, facilitará la comprensión y repercutirá positivamente en el consentimiento familiar a la donación.

Factores importantes que afectan esta modalidad terapéutica son:

Necesidad de financiamiento adecuado para la preparación y el trasplante.

Sin lugar a dudas el trasplante es menos costoso y más eficiente que cualquier tratamiento alternativo para estas enfermedades, y su inversión se queda desgraciadamente muy por debajo de las necesidades reales.

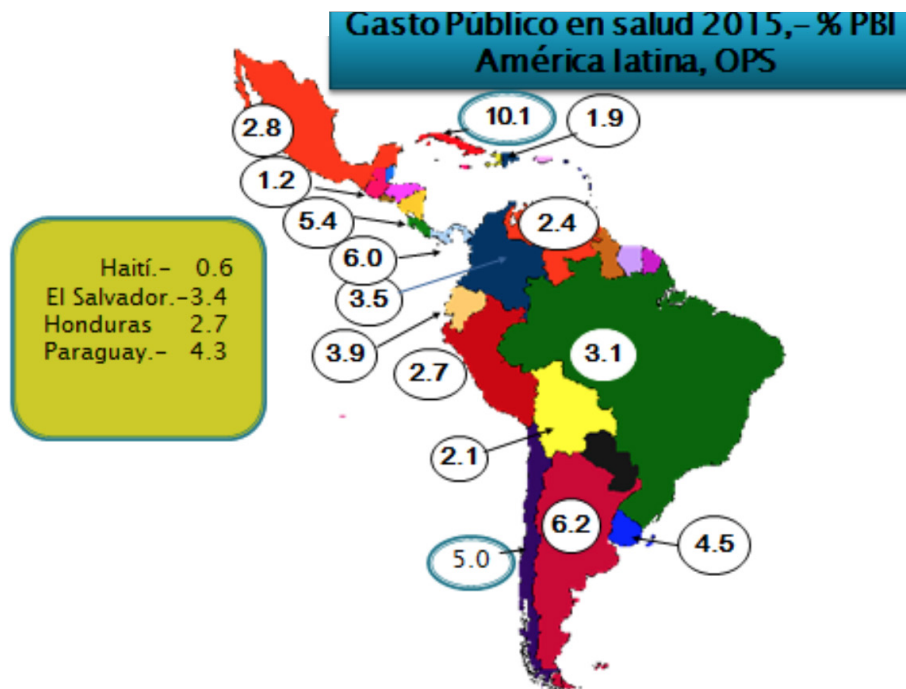
Disponer de recursos para trasplante dependerá fundamentalmente del monto de la inversión pública en salud, a mayor inversión pública en lo relativo al % del PBI, mayores serán las tasas de donación y trasplante, igual mejores serán los indicadores globales de salud.

En muchos países no existe un modelo unificado de salud; algunos presentan un modelo tipo Sistema Nacional de Salud, sustentado por el Estado de fondos obtenidos por el sistema tributario, de gestión estatal y sólida regulación. Hay en la región una variante nueva del Sistema Nacional de Seguridad Social, de financiación tripartita, donde la provisión recae sobre aseguradoras privadas, clínicas privadas y ONGs donde

se genera una intensa competencia entre los grupos privados y el sector público, lo que trae de la mano una débil rectoría, pobre regulación estatal y hospitales públicos deteriorados y poco funcionales.

En la encuesta realizada por la Red/Consejo Iberoamericana de Donación y Trasplante (RCIDT), y analizando los indicadores básicos de salud presentados por la OMS/OPS existe una constante de que los países con mayor cobertura en salud son aquellos con una sólida base de financiamiento y gestión pública, y los países con menor cobertura son aquellos donde el sector privado compite en la provisión de salud por intermediación, limitando el sector público y generando débiles rectorías del sistema.

Gasto Público en Salud por País, 2015, % PBI (OPS/OMS)



Gasto Público en Salud por País, 2015, % PBI (OPS/OMS)



Aspectos Relevantantes que Afectan la Donación y el Trasplante de Órganos y Tejidos

Mejoras necesarias en República Dominicana para un Plan Nacional de Donación y Trasplante.

Nota: hasta ahora sólo podemos señalar las detectadas en nuestro país, aunque sin lugar a dudas, muchas serán comunes en otros países de nuestra región con características sociales y económicas parecidas.

Garantizar financiamiento para la preparación y el trasplante.

Necesitamos que el SNSS (sistema de aseguramiento) asuma los pacientes que padecen enfermedad orgánica terminal en su integridad. Debemos facilitar la comprensión que el trasplante es menos costoso y más eficiente que cualquier tratamiento alternativo para estas enfermedades, y actualmente su inversión se queda desgraciadamente muy por debajo de las necesidades reales, y además cualquier eslabón no cubierto peligra el procedimiento completo.

Disponer de Coordinación Nacional con presupuesto adecuado.

Sin recursos adecuados nuestras estructuras de coordinación difícilmente podrán afrontar las necesidades básicas en materia de detección y mantenimiento del donante las 24 horas del día, así como la capacitación necesaria, la comunicación y difusión adecuada en pro de la donación y el trasplante.

Garantizar equipamiento adecuado de las UCIs, públicas y privadas.

La medicina moderna exige mejor atención del paciente crítico y disponer de unidades adecuadamente equipadas que nos permitirán mayor detección y el correcto mantenimiento de los donantes potenciales, así como una mejor atención a los que sobrevivan a graves enfermedades.

Disponer de coordinadores de trasplantes hospitalarios y personales de salud adecuadamente entrenados.

La capacitación y educación continua son fundamentales para ofrecer excelencia profesional en esta terapéutica, se necesita de una

% Cobertura en Salud por País América Latina.

| Países > 80% | Modelo de salud dominante | < 80% | Modelo de salud dominante |
|--------------|---------------------------|---------------|---------------------------|
| Argentina | Publico/SS | Venezuela | Publico/SS/Privado |
| Uruguay | Publico/SS | R. Dominicana | Publico/SS/Privado |
| Chile | Publico/SS | Guatemala | Publico/SS/Privado |
| Cuba | Publico | Bolivia | Publico/SS/Privado |
| Panamá | Publico/SS | Perú | Publico/SS/Privado |
| Costa Rica | Público/SS | Salvador | Publico/SS/Privado |
| Brasil | Público/SS | Honduras | Publico/SS/Privado |
| | | Ecuador | Publico/SS/Privado |
| | | Colombia | Publico/SS/Privado |

Fuente: Encuesta sobre Prácticas Clínicas en Donación y Trasplante RCIOT, 2012.

actualización constante mediante un plan de educación continua para los profesionales de la salud, y en especial a los que se dedican a trabajar en esta modalidad terapéutica.

La instalación de un laboratorio de histocompatibilidad y un banco de tejidos público.

Es necesario disponer de pruebas de histocompatibilidad confiables entre donante receptor, así como de los títulos de inmunosupresores circulantes cuando sea necesario para poder brindar mayor supervivencia de los pacientes, así como de disponibilidad de tejidos bien procesados y sin necesidad de compra a altos precios en el exterior.



REGALA VIDA...

AYUDA A SALVAR VIDAS

HAZTE DONANTE



Crear una cultura de donación y trasplante.

Debemos proyectar el carácter altruista y solidario de la donación, que todos nosotros en algún momento de la vida podremos necesitar de órganos sanos para un familiar o nosotros mismos; debemos inspirar que donar nos beneficia a todos y que de la misma forma que estamos dispuestos ante una enfermedad orgánica terminal, a recibir un trasplante para nosotros y nuestros familiares, de la misma forma debemos ser receptivos a donar nuestros órganos y tejidos en caso de la muerte de alguien del círculo familiar.

Garantizar trato humanitario a pacientes y familiares.

Los familiares son celosos evaluadores de los cuidados recibidos, de la información oportuna, de las preferencias del enfermo, del esfuerzo del equipo de salud que da atención a su familiar, debe orientarse a todo el personal hospitalario al buen trato y satisfacer esas necesidades evitando de esa forma descontentos que se traduzcan en negativas a la donación.

Disponer de medicamentos de calidad para los pacientes trasplantados.

Es imprescindible disponer de medicamentos de calidad avalados por las agencias de calidad de medicamentos reconocidas por la OMS/OPS. Que nuestros pacientes confíen en la calidad de los mismos, y que nuestras autoridades sean capaces de enfrentar cualquier medida que tienda

a confundir o traer desasosiego a los pacientes trasplantados y sus familiares.

Aplicación de la ley y sus reglamentos.

Es importante poner reglas claras, que se procure mediante una rectoría activa del Ministerio de Salud la aplicación de la ley, reglamentos y protocolos que regulan la actividad de donación y trasplante.

Garantizar incentivos adecuados para los profesionales que se dedican a donación y al trasplante.

Los médicos y el personal de enfermería y otros servicios vinculados a esta modalidad terapéutica desempeñan un rol valioso, al entrenarse y realizar complejos procedimientos médico-quirúrgicos y de gestión, y mantener una actitud positiva, con responsabilidades en educar a la comunidad, y reforzar los centros docentes y asistenciales, para la debida actualización a nuestros profesionales.

Lograr estos correctivos nos permitirá ofrecer un mejor acceso y excelencia en el tratamiento a los pacientes que necesitan de un trasplante para seguir viviendo.

Enfermedades de Alto Costo

Situación Actual en República Dominicana Dentro del Marco de los Sistemas de Aseguramiento

Dr. Fribio Castellanos



Las enfermedades de alto costo, llamadas catastróficas, ruinosas o de alta complejidad, son aquellas que requieren modalidades diagnósticas y terapéuticas de alto costo para los pacientes y las familias, la comunidad y estado, las cuales ponen en peligro inminente la vida y dejan secuelas funcionales y emocionales tanto para la persona que la sufre como para las familias, ya que produce cambios importantes en todos los ámbitos del individuo, afectando además el aspectos socioeconómicos.

Desde el punto de vista **epidemiológico** cada año 150 millones de personas se ven expuestas a catástrofes financieras, y de ellos 100 millones acaban viviendo por debajo del umbral de la pobreza al hacer frente a los costes de la atención médica.

Esta realidad ha generado la necesidad de buscar un equilibrio entre el coste y la atención, muchos países buscan alternativas como son los impuestos especializados, la creación de fondos, el uso de primas diferenciadas para dichas enfermedades y pólizas complementarias, entre otras.

Esta problemática ha hecho que muchos países definan dentro de sus catálogos de servicios de salud cuáles son las enfermedades de alto costo, y decidan cuáles deben ser de acuerdo al per cápita salarial aunado a los criterios médicos científicos en donde toman en cuenta la edad, sexo, estado de salud, situación económica y características del mercado de salud.

Todo esto nos lleva a señalar qué tan importante es identificar las enfermedades de alto costo antes de producirse o antes de producir secuelas lamentables mediante el énfasis de una atención primaria renovada y eficiente que sirva como muro de contención para que dichas enfermedades no lleguen a producirse, dicha estrategia está basada en el carácter integral de las prestaciones la cual organiza los servicios en 3 niveles de atenciones entrelazados con un sistema de referencia y contra referencia, con infraestructura, tecnología apropiada y recursos humanos suficientes y de calidad para que su nivel de resolución sea el 80-90%.

En nuestro país con el inicio de la reforma del sector salud en los años 90 que culminó en el año 2001 con la leyes 87-01 (ley de seguridad social) y 42-01 (ley general de salud), se elaboró un Plan Básico

de Salud que inició con un Catálogo de Servicios de Salud (PDSS) como parte operativa. En dicho catálogo se incluyeron los servicios de salud a los que tienen derecho todos los afiliados a la Seguridad Social, organizado por procedimientos, y en donde están los programas protegidos del MISPAS dentro de lo que debió ser la **Atención Primaria**. Y los 12 capítulos o grupos de atención, figurando el grupo 9 como el de las atenciones de alto costo.

En su primera etapa el PDSS destinó RD\$150,000 por enfermedad y año por persona para dichas enfermedades, lo cual resultó un financiamiento muy bajo acompañado de la ausencia de algunas enfermedades de alto costo que más adelante fueron introducidas como fueron las cardiopatías congénitas. Luego se aumentó a un millón de pesos con una gradualidad hasta llegar al tope.

El paso de avance más importante que se ha dado en cuanto a estas enfermedades fue la introducción de la resolución 375-02 por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNNS) en donde se rescata el carácter integral de las prestaciones, argumento que fue reclamado de forma reiterada y de manera enfática por la Dirección de Información y Defensa de los





Enfermedades de Alto Costo

- Cirugía de Corazón Abierto para By Pass y Angioplastia
- Valvuloplastia Mitral
- Trasplante de Córnea
- Hemodiálisis Renal
- Diálisis Peritoneal
- Trasplante Renal
- Reemplazo Articular de Cadera
- Reemplazo Articular de Rodilla
- Grandes Quemados
- Reemplazo Articular de Hombro
- Columna: Cirugía Escoliosis
- Columna: Espondilolistesis Total
- Atención Niño Prematuro
- Atención en Unidad de Cuidados Intensivos
- Tratamiento del Cáncer Adultos
- Tratamiento del Cáncer Pediátrico
- Politraumatismo



Enfermedades de Alto Costo Situación Actual en República Dominicana

Afiliados a la Seguridad Social (DIDA) durante un largo tiempo, y que actualmente está siendo considerada de ilegal por la compañías de riesgos de salud (ARS). En ella se definió el alcance de las prestaciones de los grupos 7 de cirugía, y 9 de alto costo. Esta resolución trajo un alivio y alegría para todos los afiliados, ya que vino a crear una satisfacción enorme en el ámbito de la salud porque aseguraba la tan esperada atención integral que mejoraría sustancialmente los gastos de bolsillo sobre todo en las atenciones de alto costo. Haciendo valer de este modo lo contemplado en el artículo 129 de la ley 87-01, de dotar a la población de un plan básico de salud integral. **La atención integral fue definida: “como todo lo medicamento necesario para el tratamiento y recuperación del paciente: procedimientos diagnósticos y terapéuticos, rehabilitación, medicamentos, materiales, insumos, materiales, aparatos y dispositivos”,** y esto significa que todo lo que sea necesario para la realización de los procedimientos quirúrgicos y de alto costo aún cuando dichas tecnologías no estén contenidas en el PDSS.

En adicción otorgaba un millón de pesos para cada una de las patologías del grupo, es decir que en total habría 18 millones para cada afiliado en caso de que concurrieran varias enfermedades. Cito como ejemplo el caso del paciente con insuficiencia renal, que tenía destinado un millón de pesos por afiliado y año, lo que significaba que al agotar el millón de pesos para las diálisis ya no tendría para realizarse el trasplante al final del año.

En caso de los trasplantes y otras enfermedades de alto costo como el cáncer, las diálisis, ya sean peritoneales o hemodiálisis, fue un avance extraordinario que vino a paliar la difícil situación por la que atraviesan los pacientes, mejorando de forma drástica los gastos de bolsillos y el pronóstico de vida, una vez que se quitaban las barreras al acceso a una atención de calidad y con eficiencia.

En los momentos actuales y sin la aplicación de la resolución 375-02 las prestaciones de alto costo, en especial la de los trasplantes de órganos y las diálisis, son muy reduci-

das y es bueno decir que en estos momentos sólo están contemplados dos tipos de trasplante, a saber el de riñón y de córneas, con servicios dentro del catálogo dispersos y comunes a las demás enfermedades.

Tomaremos como ejemplo el trasplante renal, dentro de las coberturas tendremos:

- 1- Listado extenso de pruebas de laboratorios de investigación en sentido general.
- 2- Trasplante de riñón donante.
- 3- Autotrasplante.
- 4- Uso de habitación.
- 5- Honorarios médicos.
- 6- Sala de recuperación.
- 7- Consultas médicas, quirúrgicas, de hospitalización y seguimiento.
- 8- Uso de laparoscopia.
- 9- Medios diagnósticos de imágenes: Radiografías, TAC, RNM, Sonografías.
- 10- Biopsias percutáneas con trocar.
- 11- Transfusiones sanguíneas y de expansores plasmáticos.
- 12- Medicamentos.

En el punto de los medicamentos es bueno resaltar que los medicamentos que sean necesarios para la estabilización dentro del ámbito de internamiento del paciente estarán todos contenidos aún no estén dentro del listado de servicios, y esto está avalado por la resolución 175-09.

Cuando se trata de cáncer maligno se tiene disponible además RD\$90,000 para medicamentos coadyuvantes.

Entre los medicamentos que tienen relación con el trasplante renal podríamos citar los siguientes: everolimus, tacrolimus, micofenolato de mofetilo, prednisona, dexametasona, ciclosporina, metotrexate, eritropoyetina.

Dentro del contexto de gastos de bolsillos, los afiliados constan con una cobertura de un millón de pesos por año para este tipo de tratamiento con una cuota moderadora variable de un 20%, es decir 80% a cargo de la ARS y un 20% a cargo del afiliado. Esta cobertura al igual que las demás del PDSS tiene un tope a pagar por afiliados de dos salarios mínimos nacionales que estos momentos son de RD\$19,710.00.



Es importante señalar que el paciente sólo pagará para las prestaciones de diálisis un sólo copago de un 20% o el tope de los dos salarios mínimos nacionales que la valdrá para todo el año, al igual ocurre con las radioterapias y la quimioterapia.

En caso que se combine la quimioterapia y la radioterapia igual sólo se pagará una vez el 20%, independientemente de que todas estas prestaciones se administren en diferentes ciclos.

No coberturas necesarias.

Dentro de las prácticas del trasplante es necesario introducir ciertos servicios que se hacen indispensables, y que no están dentro de las prestaciones en estos momentos, y que bien lo estarían con la puesta en ejecución de la resolución 375-02, tal acontecería con las demás patologías de alto costo como lo es el cáncer. Estos servicios necesarios para el trasplante son: las biopsias por congelación, las pruebas de histocompatibilidad, medios diagnósticos como las angiotac, pruebas de laboratorios como las inmunohistoquímicas, doppler transcraneal, pruebas de perfusión cerebral, arteriografías, hemodinamias, gamagrafías, medicamentos alternativos y de uso en la tolerancia, y cuando hay efectos secundarios que ameritan su sustitución.

Se hace necesario incluir nuevas tecnologías sanitarias en el catálogo de prestaciones y aumentar la cantidad de enfermedades de alto costo que se han identificado en nuestro país, como serían en nuestro caso los trasplantes de corazón e hígado y médula ósea.

Para hacer realidad estas coberturas y otras demandadas por la población lo ideal es proveerla mediante:

- 1- El fortalecimiento de las redes de servicios y mejoría de acceso a los servicios de salud.
- 2- Fortalecimiento de la atención primaria.
- 3- Evitar procesos de afiliación selectivos y perversos entre las aseguradoras.
- 4- Generar estudios periódicos que nos permitan conocer las tendencias de siniestralidad y tendencias actuariales.
- 5- Necesidad de implementar modelos de atención que fortalezcan la gestión de riesgos, intervenciones en el área preventiva y la vigilancia epidemiológica de los eventos de alto costo.
- 6- Políticas de comunicación e información a la población sobre la prevención de las enfermedades de alto costo y complejidad.
- 7- Capacitación al personal sanitario sobre hábitos de vida y en la prevención de los elementos causales de estas patologías.

Doppler Transcraneal en el Diagnóstico de la Muerte Encefálica. ¿Es útil o retrasa el diagnóstico?

Dra. Dolores Escudero



El Doppler transcraneal permite demostrar la parada circulatoria cerebral que acompaña a la muerte encefálica, siendo especialmente útil en pacientes sedados, o en los que no puede realizarse la exploración neurológica completa.

El Doppler transcraneal es una técnica portátil, no invasiva y de alta disponibilidad. Entre sus limitaciones

está la ausencia de ventana sónica y los casos falsos negativos. En pacientes con diagnóstico clínico de muerte encefálica, que tienen cráneos abiertos o anoxia como causa de la muerte, puede sonorizarse flujo sanguíneo cerebral, ya que la parada circulatoria cerebral no siempre es sincrónica con el diagnóstico clínico. Su rentabilidad diagnóstica es, por tanto, dependiente del tiempo, hecho que debe ser reconocido para no retrasar la declaración de muerte.

Doppler Transcraneal en el Diagnóstico de la Muerte Encefálica.

¿Es útil o retrasa el diagnóstico?

A pesar de sus limitaciones, el Doppler transcraneal ayuda a resolver frecuentes problemas diagnósticos, evita un consumo innecesario de recursos y puede optimizar la obtención de órganos para trasplante.

La muerte encefálica (ME) se define como el cese irreversible de las funciones cerebrales y troncoencefálicas.

Su diagnóstico tiene gran trascendencia médica, ética y legal, ya que supone la declaración de fallecimiento del paciente y, por lo tanto, permite retirar todas las medidas artificiales de soporte o realizar la extracción de órganos para trasplante.

La parada circulatoria cerebral (PCC) que acompaña a la ME ocurre cuando la presión intracraneal (PIC) supera a la tensión arterial sistólica del paciente. El diagnóstico de ME se realiza mediante una exploración neurológica exhaustiva que debe seguir unos estándares internacionales.

Las pruebas instrumentales pueden ser obligatorias en algunos casos clínicos y varían según la normativa legal del país.

Si el paciente tiene sedantes, presenta graves destrozos del macizo craneofacial o intolerancia al test de la apnea, se recomienda realizar técnicas que estudien el flujo sanguíneo cerebral, como la angiografía con TC multicorte, la gammagrafía cerebral con TC99 - HMPAO o el Doppler transcraneal (DTC).

El diagnóstico de ME es una pieza indispensable de cualquier programa nacional de trasplante; en España, casi el 90% de los trasplantes se realizan con órganos procedentes de donantes fallecidos en ME.

El DTC es uno de los métodos más utilizados en el diagnóstico de la ME y está aceptado legalmente en España.

Conocer sus ventajas y limitaciones puede ayudar a resolver frecuentes problemas diagnósticos en la Unidad de Cuidados Intensivos, evita un consumo innecesario de recursos y puede optimizar la obtención de órganos para trasplante.

Doppler transcraneal y diagnóstico legal de muerte encefálica

El Real Decreto 1723/2012 en su anexo 1, Protocolos de diagnóstico y certificación de la muerte para la obtención de órganos de donantes fallecidos¹², especifica las circunstancias clínicas en las cuales es obligatorio realizar tests instrumentales. En el apartado 4, y dentro de las «pruebas que evalúan el flujo sanguíneo cerebral», la sonografía DTC es uno de los métodos que se pueden utilizar, aunque el RD no precisa qué arterias cerebrales deben explorarse ni qué tipo de hallazgos sonográficos son necesarios para confirmar la PCC.

Según se recoge en el apartado 3 del mencionado RD, la realización de un DTC permite acortar o incluso suprimir a criterio médico los períodos de observación recomendados de 6 horas en lesión destructiva cerebral y 24 horas en anoxia, lo que supone una facilidad asistencial si hay donación de órganos.

Doppler transcraneal en la parada circulatoria cerebral

En pacientes con graves lesiones cerebrales y síndrome de hipertensión intracraneal refractaria, se produce una disminución progresiva de la presión de perfusión cerebral y del flujo sanguíneo cerebral, lo que provoca finalmente la PCC. En 1974 se publicó por primera vez el uso del DTC para el diagnóstico de la PCC¹³, y desde entonces, son numerosas las publicaciones que avalan su indicación.

Mediante el estudio de la velocidad del flujo sanguíneo cerebral con el DTC, durante la instauración de la PCC se pueden distinguir 4 estadios evolutivos⁵, encontrándose en cada uno de ellos unos patrones de flujo característicos:

1. Cuando la PIC supera la tensión arterial diastólica, la velocidad del flujo sanguíneo cerebral al final de la diástole es cero, persistiendo el flujo sólo durante la sístole. La velocidad media es superior a 10 cm/s y todavía hay algo de flujo neto, estando muy elevado el índice de pulsatilidad. Estos hallazgos se encuentran en situaciones de hipertensión intracraneal grave y puede considerarse un patrón de pre-PCC (fig. 1).

2. Cuando la PIC es igual o superior a la tensión arterial sistólica del paciente cesa la perfusión cerebral. En esta fase aparece el patrón conocido como flujo reverberante, flujo oscilante bifásico o flujo diastólico invertido (figs. 2y 3), producido por la elasticidad de la pared arterial; se caracteriza por un flujo anterógrado en sístole acompañado de un flujo diastólico retrógrado o invertido, que son aproximadamente iguales en el mismo ciclo cardíaco, siendo el flujo neto cerebral cero. Este patrón tiene una fase sistólica de breve duración. Todos estos hallazgos se correlacionan con la PCC en la arteriografía.

3. Cuando la PIC supera la tensión arterial sistólica del paciente sólo se registran espigas sistólicas o espículas sistólicas, que son pequeñas ondas sistólicas anterógradas, cortas, puntiagudas, de menos de 200 ms de duración y menores de 50 cm/s de velocidad de pico sistólico. No se obtiene tampoco flujo durante el resto de la sístole ni en la diástole del ciclo cardíaco (fig. 2).

4. En casos muy evolucionados, con grandes elevaciones de PIC, se produce una obstrucción al flujo en los segmentos más proximales de las arterias de la base del cráneo, que provocan una ausencia total de señal de flujo, no siendo posible detectar señal alguna. En estos casos se puede plantear la duda de

si la ausencia de señal se debe a la PCC o a una ausencia de ventana sónica. Para aceptar este hallazgo como criterio de PCC, el DTC debe ser realizado en las mismas condiciones clínicas y por el mismo experto explorador que previamente haya observado flujo en el paciente.

La presencia de flujo efectivo en cualquier arteria intracraneal descarta completamente la PCC.

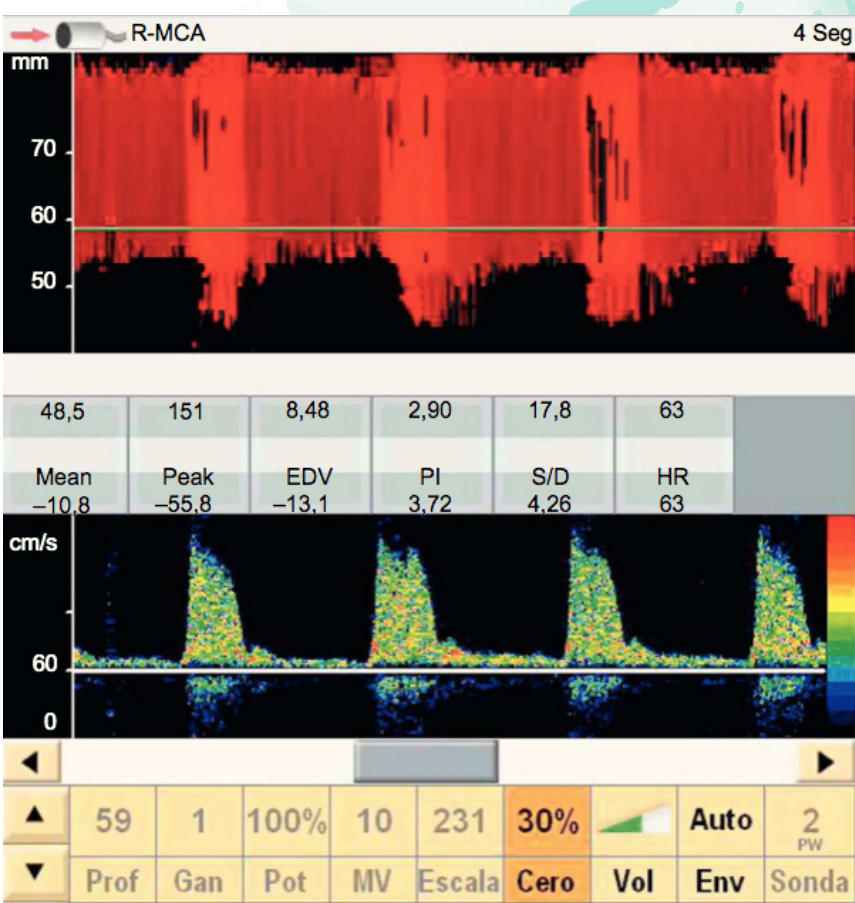
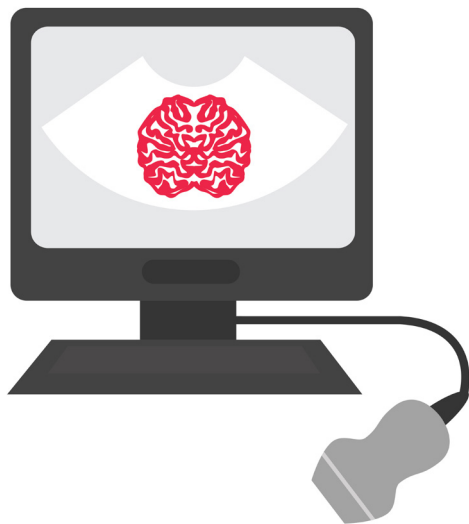


Figura 1. Arteria cerebral media que muestra un patrón muy sistolizado con mínimo flujo diastólico, compatible con una situación de preparada circulatoria cerebral. Índice de pulsatilidad de 2,90, que refleja una alta presión intracraneal.

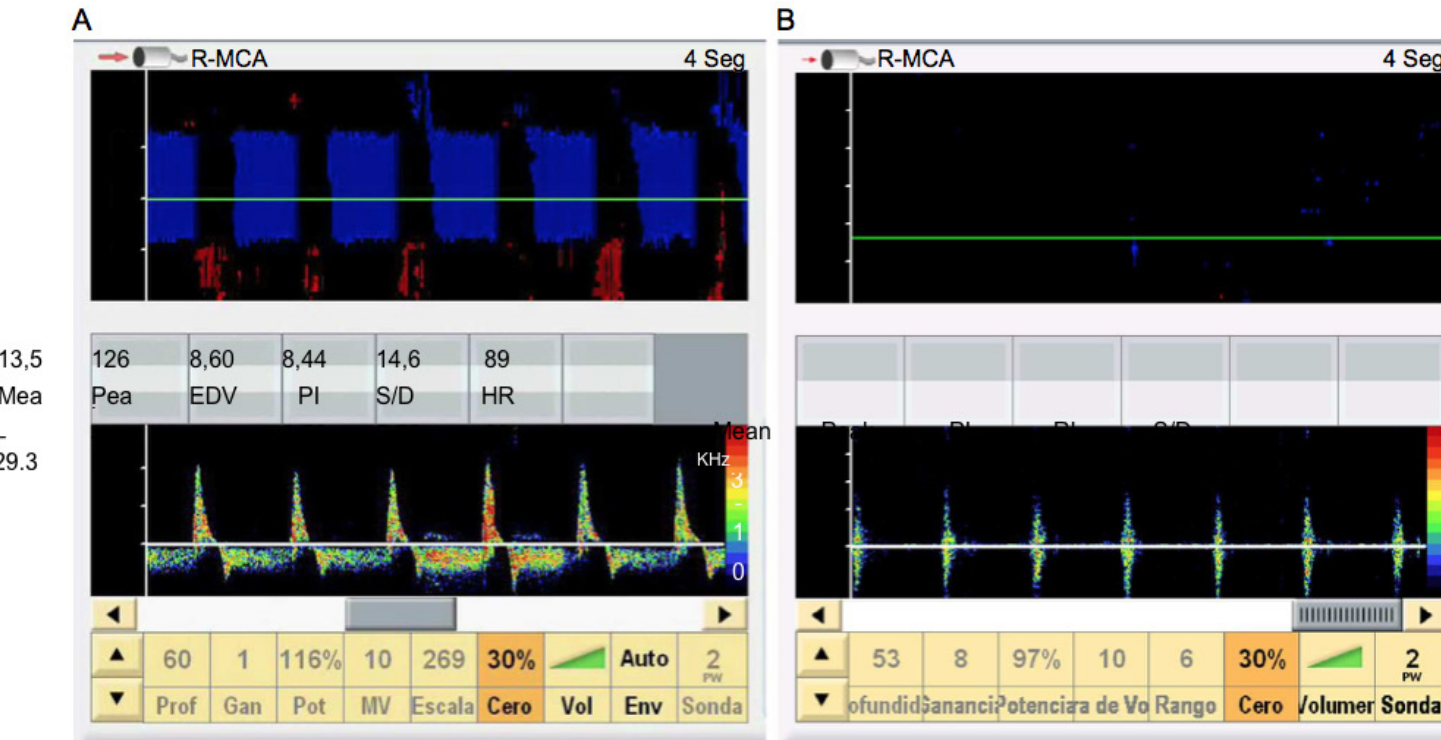


Figura 2. Arteria cerebral media sonorizada a través de la ventana temporal con patrón de flujo diastólico invertido (A) y espigas sistólicas (B), con pico sistólico menor de 50 cm/s, característico de parada circulatoria cerebral.

Doppler Transcraneal en el Diagnóstico de la Muerte Encefálica.

¿Es útil o retrasa el diagnóstico?

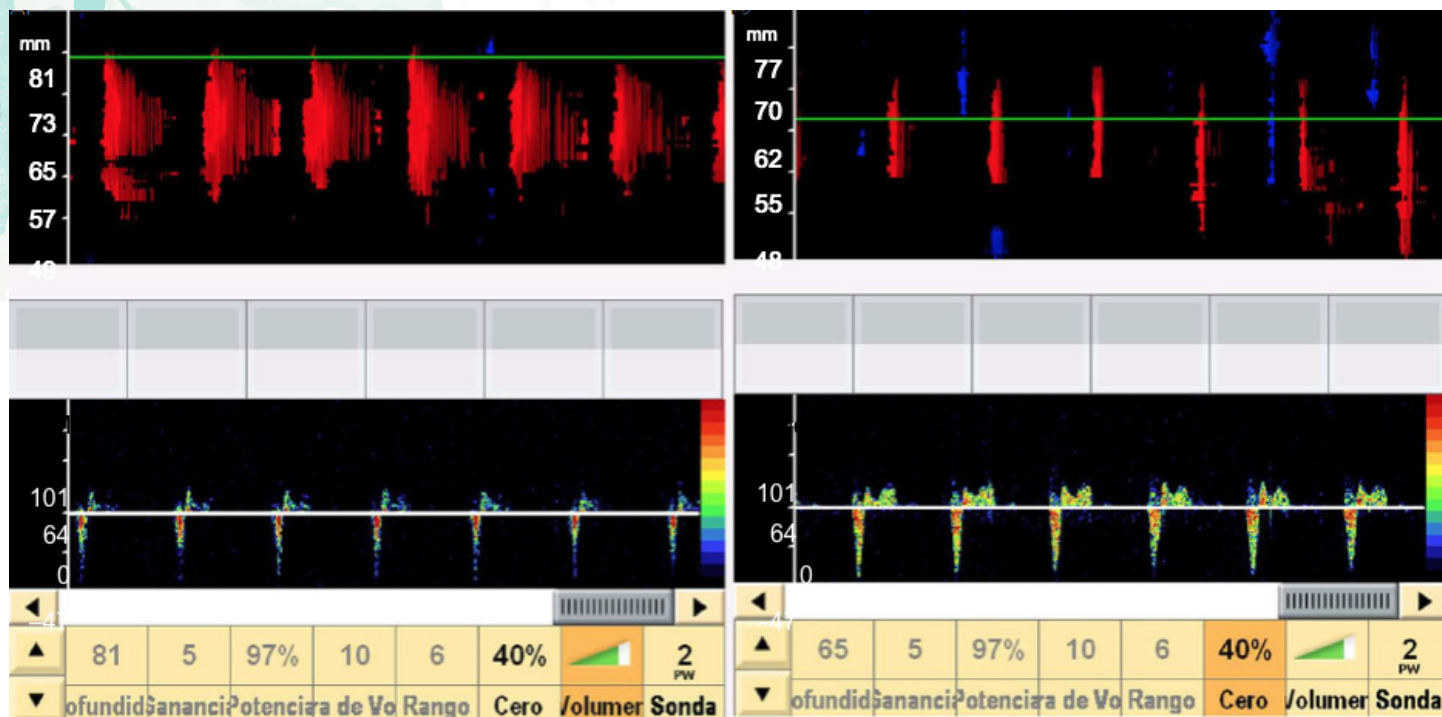


Figura 3. Arteria basilar sonorizada a través de la ventana suboccipital a 81 mm de profundidad (A) y arteria vertebral a 65 mm con flujo diastólico invertido (B), típico de parada circulatoria cerebral.

Estudio Doppler en las arterias extracraneales

Una de las mayores limitaciones del DTC es la ausencia de ventana sónica, que impide la obtención de señales intracraneales, hecho que ocurre aproximadamente en un 10-20% de la población, y es más frecuente en individuos añosos del género femenino. En estos casos se pueden estudiar a nivel extracraneal la arteria carótida interna (ACI) y las arterias vertebrales (AV).

Cuando es imposible el abordaje a través de la ventana temporal, algunos autores utilizan la ventana oftálmica para estudiar la arteria carótida interna a nivel del sifón carotídeo, de esta forma, Lampl et al consiguen mejorar la rentabilidad diagnóstica en un 9%.

La utilización de ecopotenciadores también mejora la sonorización en casos de mala ventana sónica. La presencia de flujo en el sifón carotídeo se debe a un shunt de sangre desde la arteria carótida externa o a que la PCC ocurre distalmente a este.

La presencia de flujo en la arteria carótida interna y las arterias vertebrales extracraneales no excluye la PCC, por lo que solamente el estudio transcraneal y la presencia de espigas sistólicas o flujo diastólico invertido en las arterias de la base del cráneo tiene valor para el diagnóstico de ME.

Condiciones para realizar el diagnóstico de parada circulatoria cerebral mediante Doppler transcraneal

Se requiere utilizar un equipo adecuado con una sonda de Doppler pulsado de 2 MHz, que el volumen de muestra estudiado sea menor de 10 mm y que se pueda alcanzar una potencia de transmisión de 100 mW/cm². El explorador debe ser experto en la técnica, y algunas guías recomiendan realizar 2 exploraciones separadas al menos por un intervalo de 30 min. para garantizar la irreversibilidad de la PCC.

La conferencia de consenso para el diagnóstico de PCC, elaborada por una Task Force del grupo de Neurosonología, dependiente de la Federación Mundial de Neurología, así como las recomendaciones de la Sociedad Española de Neurología, exigen que el paciente tenga estabilidad hemodinámica con una PAM \geq 70 mmHg (TA no inferior a 90/50 mmHg), y una PaCO₂ entre 35-45 mmHg.

Además, exigen como prerequisites conocer la causa del coma, excluir hipotermia, alteraciones metabólicas, intoxicaciones y otras causas que puedan alterar los hallazgos neurológicos, siendo necesario que 2 médicos expertos determinen la ausencia de funciones encefálicas. Estas condiciones parecen muy restrictivas, ya que una de las mayores ventajas del DTC es la capacidad de diagnosticar la PCC en pacientes sedados o con problemas para el diagnóstico clínico.

¿Cuál sería pues la ventaja de realizar un DTC si ya se ha confirmado el diagnóstico del paciente?

La exigencia de la Task Force y de las recomendaciones de la Sociedad Española de Neurología de un diagnóstico clínico completo previo para poder aceptar el Doppler como diagnóstico de PCC supone, desde nuestro punto de vista, una sobrecarga diagnóstica injustificada que merecería ser revisada.

Para el diagnóstico de la PCC se utiliza tanto el DTC, que es una técnica ciega, como el dúplex transcraneal codificado en color, que aporta más ventajas, pero su uso está menos generalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El dúplex transcraneal codificado en color es una técnica ultrasonográfica que, de modo simultáneo, permite el estudio bidimensional del cerebro, visualizando en color los vasos arteriales y venosos de la base del cráneo a la vez que analiza el espectro Doppler de los mismos.

La utilización del modo angiodúplex transcraneal codificado en color, junto con el uso de ecopotenciadores, consigue un porcentaje más elevado de identificaciones vasculares que con el DTC convencional, y probablemente, por sus ventajas, será la técnica más usada en el futuro.

Doppler transcraneal y diagnóstico de muerte encefálica

Para poder realizar un diagnóstico de ME mediante el DTC hay que documentar la PCC mediante el registro bilateral de flujo diastólico invertido o reverberante y espigas sistólicas, en la circulación anterior y posterior^{1,14}.

Estos hallazgos hay que demostrarlos sonorizando a través de la ventana temporal en ambas arterias cerebrales medias (circulación anterior) y a través de la ventana suboccipital, las arterias vertebrales y basilar (circulación posterior), aunque algunos autores consideran que solamente con el estudio de la arteria basilar sería suficiente²³. Las ventajas y limitaciones del DTC para el diagnóstico de la PCC que acompañan a la ME se pueden ver en la tabla 1.

Un metaanálisis realizado en el año 2006 analiza un total de 684 pacientes recogidos en 10 trabajos publicados desde el año 1980 al 2004. Solamente 2 de los estudios son considerados de alta calidad, y en ellos se establece una sensibilidad del 95% y una especificidad del 99%. Incluyendo en el análisis los otros 8 estudios de menor calidad, la sensibilidad se reduce al 89%, manteniendo la misma especificidad del 99%.

En esta revisión llama la atención el elevado número de publicaciones en las que no se realiza la exploración de la fosa posterior, práctica que debe ser criticada, ya que para realizar el diagnóstico de ME hay que demostrar la PCC tanto de la circulación anterior como posterior.

Sonorizar la circulación posterior en un paciente intubado tiene una cierta dificultad técnica y, por lo tanto, la alta sensibilidad encontrada en este metaanálisis puede explicarse por el gran número de trabajos que no estudian la fosa posterior.

La especificidad del DTC como test confirmatorio de ME en la literatura oscila entre el 97-100%.

Limitaciones del Doppler transcraneal en el diagnóstico de muerte encefálica

- Ausencia de ventana sónica.
- Técnica dependiente del explorador.
- Dificultad para sonorizar la circulación posterior.
- Falsos positivos para el diagnóstico de ME (pacientes que no cumplen criterios clínicos de ME pero tienen PCC en el Doppler): en el momento inicial de una hemorragia subaracnoidea por rotura aneurismática con grandes elevaciones de PIC y en la parada cardiaca se han observado patrones ultrasonográficos de PCC.

Estas situaciones son transitorias y reversibles, razón por la cual, algunas guías recomiendan repetir el estudio a los 30 min.

Esta norma general no parece tener mucha justificación en pacientes con síndrome de hipertensión intracraneal refractaria y progresiva en los cuales se realiza una monitorización diaria de DTC y donde se ha ido comprobando el empeoramiento progresivo hasta llegar a los criterios de PCC.

Además de estas situaciones transitorias, de forma muy excepcional se han comunicado algunos casos falsos positivos, tanto en pacientes con cráneos abiertos como sin defectos craneales; en todos ellos el estudio DTC fue completo tanto de la circulación anterior como posterior.

Falsos negativos para el diagnóstico de ME (pacientes con criterios clínicos de ME y presencia de flujo en el DTC): Los pacientes con caja craneana abierta pueden tener una exploración clínica de ME y presencia de flujo sanguíneo cerebral.

Tabla 1 Ventajas y limitaciones del Doppler transcraneal para el diagnóstico de la muerte encefálica

Ventajas

Técnica portátil que permite realizar estudios «a pie de cama»
Método no invasivo que mide la velocidad de flujo arterial intracraneal
Permite monitorizar la evolución del paciente
Relativamente barata
Amplia disponibilidad
Alta especificidad
Resultados no interferidos por fármacos depresores del SNC

Limitaciones

Técnica dependiente del explorador
Ausencia de ventana sónica, que impide el paso de los ultrasonidos (10-20%)
Dificultad para sonorizar la circulación posterior en el paciente crítico
Resultados falsos negativos en pacientes con anoxia
Resultados falsos negativos en pacientes con cráneo abierto (craniectomía descompresiva, fracturas con estallido de la bóveda craneana, drenaje ventricular y niños con fontanelas no cerradas)
Rentabilidad diagnóstica tiempo dependiente (aumenta la sensibilidad diagnóstica con el paso del tiempo)

Este fenómeno puede verse en pacientes portadores de un drenaje ventricular, craniectomía descompresiva, estallido de la bóveda craneana, fractura de la base del cráneo y niños menores de un año con fontanelas no cerradas.

En todos estos casos, la caja craneana abierta permite una cierta descompresión intracraneal que explica la persistencia de flujo en algunas de las arterias intracraneales, aún en una situación clínica ya confirmada de ME.

Por lo tanto, es muy importante recordar que la PCC no siempre es sincrónica con la exploración clínica de ME, es decir, la PCC se acompaña de una exploración clínica de ME pero esto no siempre es igual a la inversa, ya que hay pacientes con presencia de flujo cerebral y diagnóstico confirmado de ME (son casos de «flujo sin función»). Este mismo fenómeno se ha descrito en pacientes con encefalopatía anóxica post parada.

Doppler transcraneal en muerte encefálica. ¿Es útil o retrasa el diagnóstico?

En estos casos, durante el tiempo de la parada cardiaca, las neuronas sufren un daño irreversible, pero al recuperar el latido cardiaco por las maniobras de reanimación cardiopulmonar, se produce una reperusión cerebral que explica la sonorización de flujo aunque ya exista una muerte neuronal. Este mecanismo explica el fenómeno de «flujo sin función» en la anoxia.

En estos casos, la utilización del DTC no sólo no ayuda al diagnóstico de la ME, sino que incluso lo puede dificultar, llegando a ser un problema, ya que retrasa el diagnóstico de la PCC. Por esta razón la Sociedad Española de Neurosonología recomienda que en pacientes con cráneos abiertos el DTC no se utilice como método complementario diagnóstico de ME.

Sin embargo, y puesto que este fenómeno de persistencia de flujo no ocurre siempre, consideramos que puede defenderse su indicación conociendo bien estas limitaciones para no retrasar el diagnóstico de la ME y la declaración de muerte. Si el paciente no tiene ningún impedimento ni interferencia para confirmar el diagnóstico de ME mediante exploración clínica, esta debe primar sobre los hallazgos del DTC.

El fenómeno de presencia de «flujo cerebral sin función» en pacientes con cráneos abiertos y diagnóstico clínico de ME ha sido igualmente demostrado en otros estudios de flujo, como la angiografía cerebral mediante TC multicorte.

- El diagnóstico de la PCC es dependiente del tiempo: algunos autores han encontrado que la PCC documentada por Doppler (incluso en pacientes con cráneos cerrados) no es simultánea al diagnóstico clínico de ME, considerando, por tanto, que su rentabilidad diagnóstica es dependiente del tiempo. Dosemeci et al reportan una sensibilidad del 70,5% en un estudio realizado en 61 pacientes con diagnóstico clínico de ME.

En el primer examen con DTC realizado entre 0,5-4 h. después de confirmarse el diagnóstico clínico, encuentran que persiste flujo en 18 pacientes (29%); hacen seguimiento de estos, confirmando en 12 la PCC en un segundo Doppler realizado a las 12,6 ± 8,3 h. del diagnóstico clínico.



Dos pacientes requirieron un tercer examen y otro precisó repetir un cuarto examen con DTC para confirmar la PCC a las 96 h. del diagnóstico clínico.

Dosemeci et al. concluyen, a la vista de sus resultados, que la necesidad de demostrar la PCC en pacientes con diagnóstico clínico de ME es un aspecto que debe someterse a debate, ya que puede retrasar la declaración de muerte. Kuo et al.³⁴ reportan una sensibilidad del 77,2% en 44 pacientes diagnosticados de ME, demostrando igualmente que la sensibilidad diagnóstica se incrementa con el paso del tiempo, de tal manera que hasta 6 h. después del diagnóstico clínico, los hallazgos del DTC solamente confirman la PCC en el 58,3% de los pacientes, entre 6-12 h. en el 76,9%, entre 12-24 h. en el 83,3%, y finalmente, entre 24 y 36 h., el 100% de los pacientes estudiados.

Conclusiones

La sonografía con DTC es una exploración no invasiva, repetible y fácilmente disponible, que permite demostrar la PCC que acompaña a la ME. Por su especificidad próxima al 100%, es de especial utilidad en pacientes sedados o con dificultad para realizar la exploración neurológica completa.

Sus limitaciones son la ausencia de ventana sónica, ser una técnica dependiente del explorador, y la existencia de falsos negativos (pacientes con presencia de flujo cerebral en el DTC, pero con diagnóstico clínico de ME) en casos de cráneos abiertos y anoxia.

La PCC no siempre es sincrónica con el diagnóstico clínico de ME y, por lo tanto, su rentabilidad diagnóstica es dependiente del tiempo, hecho que debe ser reconocido para no retrasar la declaración de muerte.

A pesar de sus limitaciones, el DTC es un excelente método diagnóstico de ME, que puede contribuir a optimizar la obtención de órganos para trasplante.

Sería necesaria una actualización de los criterios diagnósticos de PCC mediante la realización de una conferencia de consenso multidisciplinar.



Avances en Trasplantes

Dra. Carmen Irene Brugal

Desde hace más de 60 años cuando se realizó el primer trasplante de órgano (riñón) con éxito absoluto en Boston, EUA, la historia de esta terapia ha sido de evolución incesante. En los últimos años los logros en materia de trasplante han sido impresionantes. La pericia de los profesionales, la experiencia, la tecnología y los nuevos fármacos han jugado un papel determinante en el desarrollo de los mismos.

El trasplante podría ser una opción para mujeres incapaces

de concebir por patologías congénitas o porque por alguna condición de salud perdieron el útero.

En 2012, en Gotemburgo, Suecia se realizaron trasplantes de útero a 9 mujeres de alrededor de 30 años gracias a donantes vivos, familiares o amigas, de entre 50 a 60 años. Anteriormente ya se había intentado esta terapia en Turquía y Arabia Saudí. En este tipo de cirugía el útero no se conecta a las trompas de Falopio por lo que el embarazo ocurre por fecundación asistida, empleando los propios óvulos de la receptora.

En el 2014 nació el primer bebé de este grupo de receptoras, y hasta el momento han nacido por cesárea un total de 5 bebés. A principios de este año se realizó el primer trasplante de este tipo en USA, y se plantea que pronto se realicen también en Argentina.

En el caso del trasplante de cara es mucho lo que se ha avanzado desde que en 2005 se realizara el primer trasplante parcial de rostro en Francia. Este trasplante es requerido en casos como enfermedades deformantes, quemaduras y traumas. En 2008 se llevó a cabo el primero de estos en E.U.A. con injerto proveniente de donante fallecido.

En Barcelona, España, en 2010 asistimos al primer trasplante total de rostro. Cada vez se realizan trasplantes de este tipo más complejos y laboriosos con injertos de donantes fallecidos. Por ejemplo, el realizado en 2015 también en Barcelona, que incluyó el reemplazo de los 2/3 inferiores de la cara, cuello, lengua y faringe. Y más complejo aún el realizado en la ciudad de New York, E.U.A.

Este último le proporcionó al receptor: cara, cuero cabelludo, orejas, canales auditivos, porciones de hueso de la barbilla, mejilla, nariz, párpados y músculos. En el mismo período se hizo el primer trasplante de cara en Rusia.

En China, en 2013 se creó un nuevo rostro en un receptor de 17 años a partir del tejido extraído de la pierna del receptor, y se implantó para que creciera en el pecho del paciente para luego que se desarrollara realizar con ese tejido el trasplante de rostro. Con este procedimiento se han realizado una decena en China.

En total en el mundo se han llevado a cabo una treintena de trasplantes de rostro de los cuales han fallecido 3 por circunstancias particulares.

De la misma manera evolucionan los trasplantes de extremidades. Desde el año 2008, cuando se realizó el primer trasplante de brazo en Alemania, hasta el momento se han llevado a cabo más de 47 trasplantes de este tipo en 12 países. El primer trasplante doble de piernas se realizó en España, en 2011.

Un año más tarde, en Turquía se hizo el primer trasplante triple de extremidades (2 brazos y una pierna), y unos meses después, en el mismo país, el primer trasplante cuádruple.

De mucha relevancia resultó el trasplante de garganta realizado el año pasado en Polonia. En el mundo ya se habían llevado a cabo 2, pero este de Polonia ha sido el más extenso. Incluyó: tráquea, esófago, glándulas tiroideas, glándulas adyacentes, músculos, vasos sanguíneos y piel.

El paciente (antes de ser trasplantado) estaba imposibilitado para hablar, respirar y tragar. El receptor había sufrido de cáncer en el área seis años antes, y ya estaba curado.

Conocimos recientemente la noticia de que un hombre joven trasplantado de pene que había recibido de un donante fallecido en 2014 en Ciudad del Cabo, Sudáfrica se convirtió en padre. Este paciente había sufrido complicaciones seguidas a una circuncisión realizada cuando alcanzó la mayoría de edad.

En el presente año se realizó una cirugía similar en Massachusetts, E.U.A., en un hombre que había sufrido una amputación de pene como consecuencia de un cáncer.

Luego de este trasplante el paciente recuperó la posibilidad de orinar, en unos meses la función sexual y como consecuencia, en este caso, conocimos que también va a ser padre. Anteriormente en China se había realizado un trasplante de este tipo, pero terminó en rechazo psicológico.

Como vemos, los logros han sido muchos. Recientemente se realizó en España, el primer trasplante de hígado por laparoscopia de un donante adulto vivo que donó el 20% de su hígado a un paciente de 1 año con atresia biliar. La cirugía fue por laparoscopia tanto en el donante como en el receptor, con las ventajas que eso conlleva.

De igual manera, en 2015, en Barcelona se llevó a cabo el primer trasplante de riñón en Europa utilizando un robot. La donante fue la madre de la paciente.

Esta nueva técnica es menos invasiva y requiere menos transfusiones, ocasiona menos dolor post-operatorio y ofrece además al cirujano una visión magnífica sin el temblor normal de las manos. En este sentido, en la Universidad de California, en 2012 se realizó el primer trasplante de pulmón respirando; gracias a un aparato que permite la preservación del órgano en movimiento y su movilización (funcionando) hasta el implante.

En Texas, E.U.A. se hizo hace unos meses, el primer trasplante parcial de cráneo y cuero cabelludo provenientes de un donante humano fallecido. El paciente también recibió riñón y páncreas. Ya en Holanda se había reemplazado la mayor parte del cráneo de una mujer por uno artificial, impreso en 3D.

Como podemos ver la terapia de trasplante progresa, se solidifica y es la solución que requieren muchos pacientes. Para que siga esta tendencia se requiere que cada día crezca también la solidaridad y con ella las donaciones de órganos y tejidos.

Calidad de Vida de los Pacientes Trasplantados

Dra. Esther De Luna



Las diferentes situaciones clínicas, sociales y la distinta gama de estadios en los que se encuentran las personas cuando llegan al trasplante, condicionan sus expectativas tanto hacia el propio trasplante como hacia el futuro.

El trasplante es un regalo de valor incalculable, cuya magnitud sólo conocen los enfermos y sus familias.

La calidad de vida es un concepto fundamentalmente subjetivo “Calidad de vida percibida”. Según la OMS, consiste en: “Bienestar físico, bienestar emocional y

bienestar social” (WHO, 1958). Sin embargo, los profesionales relacionados con el trasplante sienten cada vez más la necesidad de aumentar su percepción del beneficio último de este proceso costoso, tanto desde el punto de vista del gasto sanitario y del coste humano, como desde la perspectiva del principio ético de justicia y equidad.

Los trasplantes de órganos sólidos, como riñones, hígado, corazón, páncreas o pulmones son cada vez más un componente sistemático de la atención de salud en muchos países, dejando de ser una característica exclusiva de la atención sanitaria de los países de altos ingresos.

Los trasplantes son coste-eficaces en muchas circunstancias, por ejemplo el trasplante renal no sólo proporciona tasas de supervivencia y una calidad de vida muy superior a la que se obtiene con otros tratamientos para la insuficiencia renal crónica terminal (hemodiálisis), sino que también es mucho menos costoso a largo plazo.

El trasplante renal no supone únicamente la liberación de la diálisis para el enfermo, sino también una completa recuperación de la función renal. Así, el enfermo renal recupera su estado de salud perdido con el desarrollo de la insuficiencia renal crónica terminal y no recuperado con la diálisis. Por este motivo, todos los estudios de calidad de vida del trasplante renal ponen de manifiesto dos aspectos distintos que deben ser considerados: la mejoría en la percepción de salud del enfermo y la liberación de la diálisis y de sus restricciones dietéticas asociadas.

Todos los estudios de calidad de vida del trasplante renal publicados coinciden en la mejoría significativa en la calidad del trasplante renal respecto a la diálisis, ya que éste mejora sustancialmente la calidad de vida.

Los aspectos relacionados con la actividad física mejoran en un 80% de los estudios publicados; los relacionados con la actividad mental-psíquica en un 80%, los sociales en un 60% y de forma global el 100% de los estudios coinciden en una mejoría sustancial.

Aspectos directamente relacionados con el trasplante renal, el tratamiento inmunosupresor y la función renal resultarán decisivos en la calidad de vida lograda después del trasplante renal.

El trasplante hepático debe observarse más allá de una perspectiva médica, para incluirse en un marco multidisciplinario desde un punto de vista biopsicosocial, que asume el concepto de calidad de vida relacionado con la calidad de vida física, mental y social, no sólo con la enfermedad.

Se ha demostrado que el trasplante hepático mejora considerablemente la calidad de vida de los pacientes en la etapa final de la enfermedad hepática, hecho que se correlaciona de forma importante

con la independencia e incremento de la habilidad para el trabajo y, por consiguiente, con la integración del paciente a su núcleo familiar, laboral y social.

A pesar de tener que recibir tratamiento inmunosupresor de por vida, los hombres pueden ser padres y las mujeres pueden quedar embarazadas.

Los pacientes y sus familias consideran que el trasplante, al cambiar su estado de salud, constituye una posibilidad de mejorar su calidad de vida.

El éxito del trasplante cardíaco significa garantizar la sobrevida de los pacientes con cardiopatía y permitirles desarrollar sus actividades diarias con calidad.

El trasplante cardíaco se presenta como la primera opción de tratamiento en la insuficiencia cardíaca, lo que representa significativamente un aumento de sobrevida y calidad de vida de los trasplantados.

Hay una preocupación con la calidad de vida de los seres humanos, principalmente con los receptores de trasplantes cardíacos, pues los mismos necesitan cuidados rigurosos y una mayor asistencia familiar y del equipo de salud.

Calidad de vida es la autoestima y el bienestar personal e incluye una serie de aspectos, como la capacidad funcional, el nivel socioeconómico, el estado emocional, la interacción social, la actividad intelectual, el autocuidado, el soporte familiar, el propio estado de salud, los valores culturales, éticos y la religiosidad, el estilo de vida, la satisfacción con el empleo y con actividades diarias y el ambiente en que se vive.

Los pacientes que están en la lista de espera de trasplante cardíaco enfrentan sentimientos de abandono, depresión, desesperanza, ansiedad, disminución de su autoestima, entre otros, todo esto incide en el desarrollo de reacciones del paciente y de la familia frente a la enfermedad.

El trasplante cardíaco es la única posibilidad para la mejora de la calidad de vida de pacientes que padecen enfermedades cardíacas refractarias, que sufren con signos y síntomas de la patología, y que, aún con la adhesión y optimización del tratamiento farmacológico y clínico, no

consiguen llevar una vida diaria normal, además de poseer un pronóstico reservado.

La calidad de vida puede mejorarse progresivamente con una adecuada y precoz rehabilitación física, familiar, social y laboral. El trasplante de corazón ofrece una buena calidad de vida en el 75% de los supervivientes, pudiendo disfrutar completamente de su vida familiar, reincorporándose a la actividad laboral y deportiva, así como viajar sin grandes limitaciones.

Los trasplantados se sienten realizados en cuanto al trasplante, presentando un grado de satisfacción muy grande por estar viviendo una vida nueva.

El trasplante pulmonar es considerado en la actualidad el tratamiento de elección para pacientes portadores de una patología pulmonar avanzada, sin compromiso de otro órgano vital y que tengan sobrevida esperada de menos de dos años. Ha presentado una evolución notable en los últimos años mejorando la sobrevida y calidad de vida de los pacientes, reflejando una alta calidad de vida de los pacientes trasplantados de pulmón, que es superior o similar a la de la población general. Los pacientes presentaron mejor función física, menos dolor, mejor salud mental y vitalidad que la población de referencia, no existiendo diferencias en el resto de las dimensiones.

El trasplante pulmonar mejora la función pulmonar y la tolerancia al esfuerzo, pudiendo influir estas circunstancias en la percepción del paciente de su CVRS.

Hay suficientes evidencias que muestran que diversos factores psicosociales tienen relación con la calidad de vida de las personas receptoras de un trasplante de órganos.

La adaptación a un trasplante de órganos dependerá además de factores como la edad, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los rasgos de personalidad, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otros. Todos estos factores podrán permitir a los pacientes trasplantados tener salud y bienestar psicológico.

Trasplante Renal Procedente de Riñones de Donantes Mayores de 70 Años

Dra. Luz Dahiana Mora



Durante la última década uno de los problemas más acuciantes en el trasplante renal ha sido la escasez de órganos. Ello es debido al incremento de la prevalencia de la insuficiencia renal en la población, y también a cambios socio-sanitarios en el país, que conducen a la disminución de las tasas de fallecimiento por accidente de tráfico, incidencia de EVC y el envejecimiento de la población.

En general, la demanda crece de manera exponencial a medida que mejoran los resultados de supervivencia, y por tanto la posibilidad de que se beneficie un número cada vez mayor de enfermos.

En la actualidad España es reconocida internacionalmente como el país con la mayor tasa de donantes de cadáver del mundo, a unos niveles mantenidos hasta lograr los 39, 7 donantes por millón de población en el año 2015.

Esto ha motivado un enorme esfuerzo colectivo en España en incrementar la donación, y expandir las fuentes de donantes potenciales.

En los últimos años se ha producido un cambio en el perfil del donante de órganos en muerte encefálica, pasando del

donante con menos de 50 años y con un perfil traumático a un donante añoso con comorbilidades y perfil cerebrovascular (donante con criterios expandidos).

Durante el año 2015 se realizaron 2,905 trasplantes renales en España. La actividad de trasplante renal ha sido prioritariamente de donante cadáver, correspondiendo a 48,3% por millón de población, lo que la coloca entre los países con una mayor tasa en este tipo de trasplantes.

Durante el 2014 se realizaron 423 trasplantes renales de donante vivo, lo que supone casi el 16% del total de la actividad renal.

Donación y Trasplante de Órganos en la República Dominicana

En el período comprendido entre enero y diciembre del año 2014, se detectaron 141 donantes potenciales de órganos y tejidos, fallecidos por muerte encefálica, procedentes de varias unidades de cuidados intensivos de hospitales de Santo Domingo, Santiago, La Vega, San Cristóbal, Baní y San Juan de la Maguana.

Trasplante Renal Procedente de Riñones de Donantes Mayores de 70 Años

Principales causas de muerte encefálica

Del total de los posibles donantes (141), se convirtieron en donantes reales veinte y nueve (29), lo que representa un 20,6% del total. Comparado con el año 2013, el índice de donantes reales/fallecidos en muerte encefálica (18,1%) se ha incrementado.

Hay que destacar que se ha incrementado la detección de donantes potenciales, 141 frente a 94 en el año 2013.

La tasa de donantes cadavéricos por millón de población (PMP) en el 2014 fue de 2,96 PMP, frente al 1,83 PMP para el año 2013; incremento en un 39%.

Durante el periodo enero diciembre del año 2014 se realizaron: 78 trasplantes renales, 6 de hígado y 331 de corneas.

Por estas razones, entre otras, sería de gran utilidad aplicar el modelo español en nuestro país; para detectar porque se pierden estos donantes, y estudiar más a fondo otras causas aparte de la contraindicación médica y negativa familiar, que son las causas predominantes de pérdida de donantes encontradas hasta la fecha.

En esta etapa la utilización de donantes cadavéricos con criterios expandidos, constituiría una gran fuente para aumentar la tasa de donación y trasplante en República Dominicana y es por ello el interés en determinar la evolución y supervivencia de pacientes trasplantados con injertos procedentes de donantes añosos, enfatizando la edad como factor más importante.

Múltiples evidencias científicas revelan que estos factores empeoran los resultados del trasplante renal e incrementan la susceptibilidad del riñón trasplantado frente a diversas agresiones; tiempo de isquemia fría, daño de isquemia y reperusión, rechazo, nefrotoxicidad, etc.

Sin embargo, la utilización de adultos mayores como donantes potenciales de

órganos es una estrategia válida y real para intentar disminuir el número de pacientes en lista de espera de un trasplante renal.

Material y método

Este es un estudio retrospectivo de la evolución de un total de 42 pacientes con trasplante renal procedente de donantes en muerte encefálica (DME) mayores de 70 años (GRUPO A), que luego fueron comparados con aquellos procedentes de donantes menores de 70 años (GRUPO B), en el servicio de nefrología del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), Zaragoza, en el período entre 1º de enero de 2012 a 31 de diciembre de 2014.

Se realizó biopsia a todos los donantes, de ambos grupos; las mismas estuvieron entre score 0-2, por algún grado de glomeruloesclerosis o ligero engrosamiento de la íntima. Siendo todas aptas para aprobación del trasplante.

Dentro de las complicaciones quirúrgicas destacaron en el primer grupo: fugas urinarias y sangrado de la herida en primer lugar; ambas presentes en 4,8% de los casos. Correspondiendo un 2,4 % a linfocela, infección de herida quirúrgica y hematoma, respectivamente.

En el segundo grupo; la complicación más frecuente fue presencia de hematomas en 10 casos (8.47%); seguido de sangrado en infección de la herida con 6 (5.08%) casos en ambas; en tercer lugar trombosis de la arteria renal en 5 (4.23%) y finalmente linfocela y fugas urinarias en 4 (3.38%).

De las complicaciones infecciosas, las más frecuentes en ambos grupos fueron: Infección de Vías Urinarias en 24 (57.4%), del grupo A frente a 55 (64.09%); del grupo B; infección por CMV en 7 (16.6%) y 3 (7.14%) por Virus BK, en ambos grupos respectivamente.

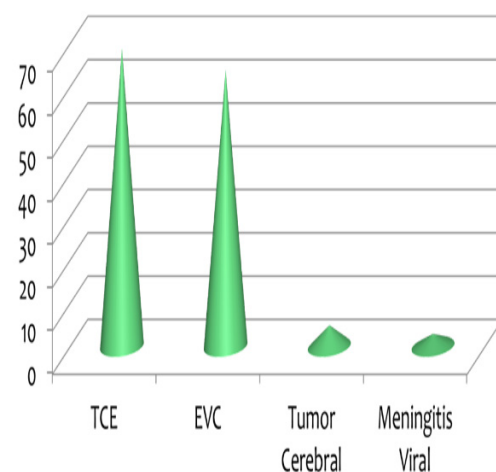
Los trasplantes renales con riñones de donantes mayores de 70 años implantados en receptores mayores, presentan una supervivencia del paciente, que aun-

que es inferior resulta satisfactoria con respecto a aquellos pacientes en diálisis que están en espera de un trasplante.

El porcentaje de pacientes que perdieron el injerto fue mayor en el grupo A, así como la estancia hospitalaria. No hubo diferencias en la incidencia de retraso de la función del injerto.

Aunque sea conocido que la edad del donante y, en menor medida, la del receptor tienen influencia sobre el resultado del injerto, hay que considerar que la primera causa de pérdida del injerto, especialmente en los pacientes con más de 70 años, es la muerte del paciente con injerto funcionante, por lo tanto, esto hace que la expectativa de vida del receptor parezca ser uno de los criterios más importantes en la elección del receptor del riñón de donante añoso.

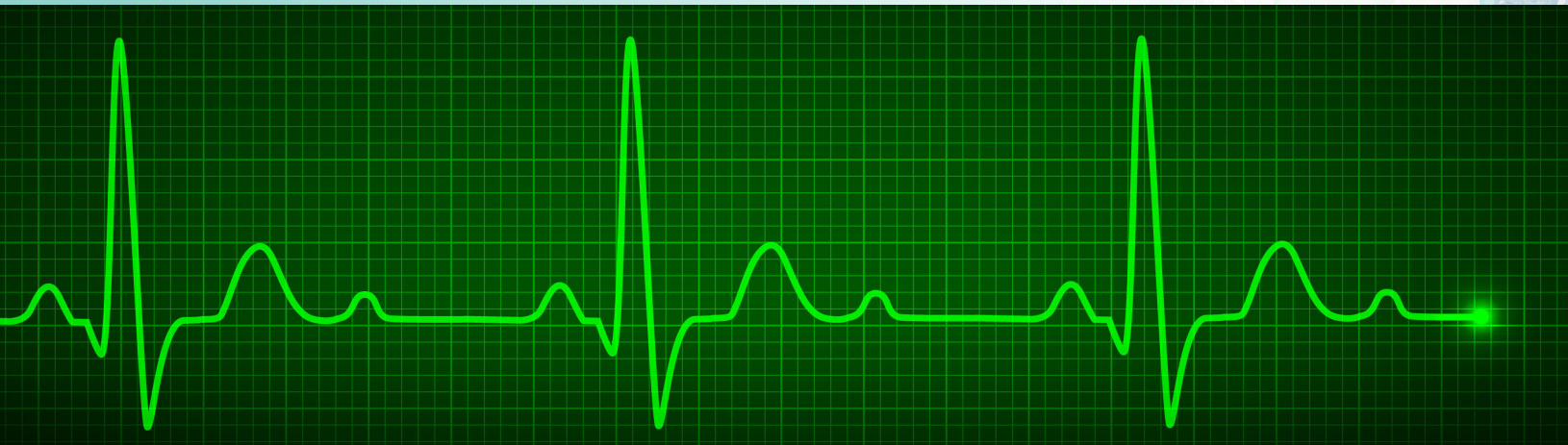
INCORT: Enero-diciembre 2014



| VARIABLE | GRUPO A | GRUPO B |
|-------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| EDAD DEL DONANTE | Media: 75,5 (70-86) | Media: 51,8 (16-69) |
| SEXO DEL DONANTE | M: 24 (57,1%) F: 18 (42,8%) | M: 71 (60,1%) F: 47 (39,8%) |
| EDAD DEL RECEPTOR | Media: 69,9 (49-79) | Media: 52,5 (21-73) |
| SEXO DEL RECEPTOR | M: 29 (69,0%) F: 13 (30,9%) | M: 77 (62,2%) F: 41 (39,7%) |

Trazabilidad de los Injertos Obtenidos de Donantes en Asistolia Controlada

Dra. Isabel Aimée Caamaño



Desde la creación de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) en el año 1989, la donación de órganos en España ha pasado de 14.3 donantes por millón de población (pmp) a 39.7 donantes actuales, que sitúan este país como líder mundial en donación.

Hasta el año 2012 la actividad de donación fundamentada por el momento era de donación de personas fallecidas en situación de muerte encefálica. Sin embargo, pese a una actividad de trasplante que prácticamente ha alcanzado los 90 procedimientos por millón de población (pmp), dicha actividad era insuficiente para cubrir las necesidades de trasplante de la población española y las listas de espera de pacientes pendientes de recibir un órgano seguían aumentando cada año.

Por consiguiente la ONT inició la búsqueda de distintas fuentes de donantes alternativas a la muerte encefálica, y llegaron a la conclusión de que más que una posibilidad sería una realidad la Donación en Asistolia (DA).

La preocupación de la Comunidad Trasplantadora Internacional por la escasez de órganos fue el origen del interés creciente para buscar una nueva técnica. Muchos países comenzaron la extracción de órganos procedentes de

donantes en asistolia en el año 1989, pero en 1995 se celebró en Maastricht el 1st International Workshop on non Heart beating donors, allí se clasificaron los donantes en asistolia en cuatro tipos y se definieron las bases y regulaciones para estos casos.

Clasificación de Maastricht

| Categoría | Descripción | Localización |
|-----------|--|------------------------|
| I | Muerto a la llegada | Urgencias hospital |
| II | Reanimación no exitosa (IIa extra, IIb hospitalaria) | SEM-Urgencias hospital |
| III | Esperando parada cardíaca | UCI hospital |
| IV | Durante o tras el diagnóstico de muerte cerebral | UCI hospital |

Desde entonces ha ocurrido un crecimiento total de un 17% del total de donantes, estos se le atribuyen a la asistolia, con un crecimiento de 11.2% del 2014 al 2015. De acuerdo con la legislación, el diagnóstico y certificación de la muerte de una persona se basará en la confirmación del cese irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria (muerte por criterios circulatorios y respiratorios) o de las funciones encefálicas (muerte encefálica), conforme establece el artículo 9 del presente real decreto. Los profesionales que diagnostiquen y certifiquen la muerte deberán ser médicos con la cualificación adecuada para esta finalidad, distintos de aquellos

que hayan de intervenir en la extracción o el trasplante y no estarán sujetos a las instrucciones de estos últimos.

Este tipo de donación se ha desarrollado de manera extraordinaria en muchos países de nuestro entorno y ya constituye hasta el 40-50% del total de donantes fallecidos en países como Holanda o Reino Unido en los últimos años.

Los objetivos para la realización de esta investigación fueron:

- Evaluar la trazabilidad de los injertos en las primeras 24 horas y a los 3 meses.
- Evaluar las complicaciones y la mortalidad de los receptores.
- Evaluar la rentabilidad en porcentaje de órganos en DAC.
- Repercusión del programa de DAC tipo III en la CCAA Murcia.

Realizamos un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes sometidos a limitación del soporte vital de acuerdo con sus representantes y que fueron incluidos en un programa de donación en asistolia, ocurridos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, durante un período desde noviembre de 2014 hasta febrero de 2016 en pacientes en los que se realizó Limitación de Técnicas de Soporte Vital (LTSV). Y sobre el segui-

miento de los injertos a las 24 horas y a los tres meses de ser implantados, para evaluar su funcionalidad y la viabilidad de la donación en DAC, con la recogida de datos presentes en los expedientes de cada receptor.

Resultados:

En el año 2014 se alcanzó en España un máximo histórico de 193 donantes en asistolia, correspondiendo a una tasa de 4,1 por millón de población (pmp). Esta tasa es similar a la descrita para ese mismo año en Australia (4,5 pmp) y Estados Unidos (4,0 pmp), aunque inferior a la de otros países europeos como Reino Unido (8,0 pmp), Holanda (7,9 pmp) y Bélgica (7,5 pmp). No obstante, en números absolutos, España es el país europeo con un mayor desarrollo del programa de DA, a continuación de Reino Unido, con 505 donantes en asistolia (fundamentalmente controlada) en el año 2014.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de la Región de Murcia, España. (HCUVA).

Donación en Asistolia Controlada.

En esta sección se describen las características de un total de 102 donantes de los cuales 90 fueron obtenidos por diagnóstico de muerte encefálica y 12 donantes a corazón parado con el programa de asistolia controlada tipo III en el período de tiempo del 1 de enero de 2014 hasta el 1 de marzo del 2016.

La Arrixaca se convirtió en 2015 en el hospital con mayor número de donantes de órganos de España, alcanzando un nuevo récord histórico con 366 trasplantes, un 22% más que el año anterior donde sólo hubo 299 intervenciones. Cincuenta y dos familias decidieron donar los órganos de sus seres queridos dando con ello un ejemplo de solidaridad con sus conciudadanos. Este récord permitió alcanzar una tasa histórica de 44.3 donantes por cada millón de habitantes, cinco puntos por encima de la media nacional, que se quedó en 39.7 por millón.

De las 65 donaciones registradas en 2015 en la Región, 9 fueron en asistolia, de las cuales 7 fueron en la UCI de La Arrixaca, uno en el Morales Meseguer y otro en el Reina Sofía. Y en lo que va del 2016 ya

lleva el hospital dos nuevos donantes de este programa.

Características de los donantes:

De los 12 donantes obtenidos en nuestro hospital en asistolia controlada tipo III de la clasificación de Maastricht, tuvimos un total de 4 del sexo masculino y 8 donantes del sexo femenino, con una edad media de 58 años, mostrándose así cómo las mujeres son las que más donantes.

En cuanto a los receptores encontramos un resultado inverso mostrando a los hombres como los más trasplantados, con un total de 16 vs las mujeres que fueron sólo 6. La edad media entre los receptores hepáticos fue de 53 años y entre los renales fue de 57 años. Se puede ver un crecimiento notable en lo que son los trasplantes renales y hepáticos con un aumento de casi el 70% con respecto al año anterior. Mientras que se ve el buen pronóstico para este año, cuando en lo que va del primer trimestre del año ya la cuenta va por 2 donantes y 4 receptores beneficiados.

Los pacientes que son elegidos para colocarles los injertos de hígado son aquellos que se encuentran con patologías muy graves, ya casi incompatibles con su vida. De los siete injertos, uno se utilizó para un código cero y seis para lista de espera. Para catalogar la gravedad de los pacientes se utiliza el MELD que es un sistema de puntuación para medir la gravedad de la enfermedad hepática crónica (acrónimo en inglés MELD, Model for end-stage Liver Disease). El CHILD PUGH es el sistema de gradación más usado para clasificar el grado de gravedad (supervivencia a 1 y 2 años) de la hepatopatía crónica principalmente la cirrosis.

Las analíticas realizadas a los receptores demuestran la mejora de una manera eficaz entre las 24 horas postrasplante con la que se refleja a los tres meses, los injertos están teniendo buenos resultados con estas fuentes alternativas que supone la DAC.

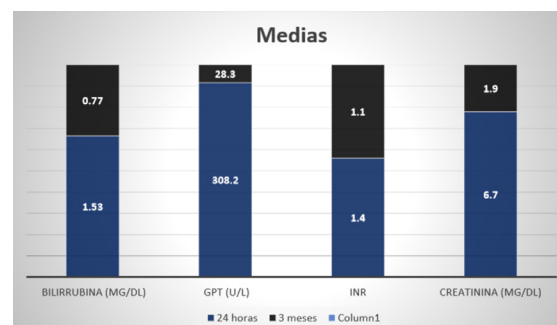
Entre las complicaciones que se mostraron en los receptores la más común fue el retraso en la función inicial del injerto con una media de 4 días para iniciar una función renal adecuada.

Dentro de las complicaciones hepáti-

cas sólo tuvimos una colangiopatía isquémica, una infección por CMV, y por último, una colangitis aguda con colédoco litiasis, los demás hígados siguen funcionando de manera normal.

Conclusión:

1. La ausencia de donantes de muerte encefálica obliga a explorar fuentes alternativas para generar donantes.
2. Los programas de donación en asistolia controlada permiten aumentar significativamente el número de donantes del centro.
3. La capacitación de un buen equipo para la detección de los donantes es fundamental, el trabajo en conjunto y un buen manejo es sumamente importante, pues así se puede hacer la detección del donante a tiempo y aplicarle los protocolos para llevar a cabo una donación en asistolia controlada con éxito.
4. Los resultados de los injertos obtenidos de DAC tienen un resultado favorable, con una buena función del injerto a los 3 meses.
5. En los resultados se ve el cambio significativo de los valores en las analíticas de los pacientes, demostrando así lo positivo que es realizar un trasplante.
6. El inicio de un programa en asistolia ha demostrado ser un programa rentable creando un aumento del 11% de nuestros donantes en el HCUVA.
7. Los órganos obtenidos según la experiencia del HCUVA han demostrado resultados similares de calidad a los obtenidos con donantes en muerte encefálica.
8. Los hígados obtenidos en DAC no son cedidos a otros hospitales por el tiempo de isquemia caliente y que sólo son trasplantados a pacientes con enfermedades hepáticas muy graves.



Consideraciones sobre Bioética y Medicina Experimental

Sr. Carlos Morales Sánchez - Coordinador Eventos INCORT

El tratamiento con células madre, también llamado terapia celular somática, no ha sido comprobado científicamente y aceptado por los organismos competentes, a excepción de aquellos tratamientos con progenitores hematopoyéticos, células del limbo corneal y el tratamiento con condrocitos, cuya efectividad ha sido validada.

La terapia celular somática, es una gran perspectiva de futuro para la medicina moderna en todo el mundo, principalmente para aquellas enfermedades hoy día incurables. Lamentablemente su utilidad terapéutica aún está a nivel de estudios para confirmar su veracidad; por ende, dichos procedimientos experimentales deben ser supervisados y aprobados por las instituciones responsables de llevar el control de la salud y bioética en cada país.

El control y supervisión de estos procedimientos, se han visto afectados por los grandes intereses envueltos en este tema. La República Dominicana, no es una excepción. Nuestra Constitución, en los acápites 1, 2 y 3 del Artículo 42 dice:

“Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica, moral y a vivir sin violencia. Tendrá la protección del Estado en casos de amenaza, riesgo o violación de las mismas.” En consecuencia:

“1) Ninguna persona puede ser sometida a penas, torturas o procedimientos vejatorios que impliquen la pérdida o disminución de su salud, o de su integridad física o psíquica;”

“2) Se condena la violencia intrafamiliar y de género en cualquiera de sus formas. El Estado garantizará mediante ley la adopción de medidas necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer;”

“3) Nadie puede ser sometido, sin consentimiento previo, a experimentos y procedimientos que no se ajusten a las normas científicas y bioéticas.”

Existen documentos a modo de recomendaciones sobre la terapia celular y su no comprobación terapéutica. De ellos cabe resaltar la: “Declaración de Quito sobre Terapias Celulares sin evidencia demostrada”, elaborada por la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante, en la cual plantea:

“El rechazo rotundo a la oferta de tratamientos curativos con células madre cuya eficacia no haya sido demostrada y que no garantice la seguridad en los pacientes;”

“La condena a la adquisición de partes del cuerpo humano para trasplante donde exista explotación de las poblaciones más vulnerables, y en donde se busquen beneficios de tipo económico, incluyendo el tráfico de material humano derivado de estas prácticas y el turismo de trasplante celular;”

“El apoyo a la investigación científica ética y estrictamente regulada con células madre en seres humanos;”

“La necesidad de establecer mecanismos legales y administrativos en los Estados Miembros, con el objeto de regular la Terapia Celular y controlar que dichas prácticas se realicen siempre dentro de un marco legal, respetando la dignidad humana, y bajo la supervisión de las autoridades competentes, reconociendo los esfuerzos de los estados que están estableciendo medidas regulatorias.”

Según nuestra constitución, toda investigación médica tiene que tener como propósito la protección de la vida, la salud, la intimidad y la dignidad de las personas. En consecuencia, “ninguna



persona puede ser sometida sin previa autorización a experimentos y procedimientos que no se ajusten a las normas científicas y bioéticas internacionalmente reconocidas o aprobadas”.

Los procedimientos en fase experimental y con fines terapéuticos que se lleven a cabo en una nación, no pueden representar ningún beneficio económico, y el Estado de cada país está en la obligación de defender a sus ciudadanos de procedimientos o terapias utilizadas sin ningún aval científico certificado y aprobado, como parte de los Derechos Fundamentales; en este caso, el derecho a una salud digna y el derecho a la vida.

Se puede concluir recomendando que:

a) A través de las autoridades sanitarias competentes, se tomen medidas necesarias contra los centros que de forma ilegal y sin la habilitación y acreditación adecuada, están poniendo en práctica procedimientos sin ninguna veracidad y sin ningún aval científico que justifique su implementación en los seres humanos.

b) Al realizar los procedimientos en fase experimental, se ajusten a las normativas establecidas por el Consejo Nacional de Bioética (CONABIOS).

c) Se prohíba todo tipo de cobro, en los procedimientos experimentales.

INCORT y CIPESA Unifican Esfuerzos para Sensibilizar sobre Trasplante y Donación de Órganos

Dept. Comunicación y Relaciones Públicas de INCORT



Con la finalidad de sensibilizar a profesionales de la comunicación, a fin de que sirvan de fuente de orientación a la sociedad en el tema de la donación y trasplante, el Círculo de Periodistas de la Salud (CIPESA) y el Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) firmaron un acuerdo-compromiso, donde se comprometen a unir voluntades para promover y difundir en República Dominicana la donación de órganos.

Rubricaron el convenio, el doctor Fernando Morales Billini, director del INCORT, y Emilia Santos, presidenta del CIPESA, quienes compartieron su interés de hacer un llamado y unir esfuerzos en las diversas áreas profesionales para trabajar en forma conjunta para lograr sensibilizar sobre donación y trasplante de órganos, tejidos y células a toda la sociedad dominicana.

La actividad incluyó además la conferencia, “Importancia de la Donación y el Trasplante: Cómo llevar esa buena noticia a la sociedad dominicana”, a cargo del doctor Billini, quien explicó los avances del INCORT en su posición de ejecutor del Programa Nacional de Donación y Trasplante en RD desde sus inicios.

“La importancia de la transmisión de mensajes positivos, que infunden confianza y que muestran el sistema de trasplante como un sistema equitativo, eficaz, transparente con fundamentos éticos y morales, mejorará la percepción de la gente sobre los trasplantes y la predisposición a la donación”, manifestó el Dr. Morales.

Indicó que es necesario llegar a la población general para informar correctamente y oportunamente el mensaje altruista y solidario que pueden salvar vidas, y cómo evitar las noticias negativas en los medios de comunicación que producen un efecto noci-

vo, dañan la imagen de los trasplantes e incrementan las tasas de rechazo a la donación, que en muchas ocasiones es por la falta de conocimiento del tema.

Consideró que “la difusión de noticias positivas a través de mensajes claros y concisos, transmitidos sin intermediarios y lo más explícito posible es necesario. Aprender los unos de los otros para poder informar bien”.

Emilia Santos, presidenta de CIPESA dijo que esta iniciativa compromete a la entidad a implementar acciones pertinentes y contribuir con el INCORT a desarrollar en la gente la cultura de la donación de órganos.

La actividad finalizó realizando conclusiones de este compromiso, para que cada dominicano y dominicana sean multiplicadores de este mensaje de esperanza como parte de su nueva campaña ¡Ayuda a Salvar vidas... Hazte Donante! Y juntos crear una cultura de donación y trasplante en RD.

Los trasplantes

Los trasplantes constituyen una terapéutica eficaz y perfectamente establecida que salvan vidas, ofrecen una rehabilitación absoluta a largo plazo, a pacientes que de otra manera no tendrían ninguna esperanza de curación.

La escasez de órganos es la principal limitación para salvar la vida de los pacientes, y la donación de órganos es la única vía para salvar estas vidas.

En ese sentido, el doctor Billini dijo que es de gran interés que la membresía de CIPESA pueda apoyar y comprometerse con esta iniciativa, ya que cada año, alrededor de 140 pacientes por millón de población sufren de insuficiencia renal crónica, sin contar con los pacientes necesitados de un trasplante.

Pacientes en Diálisis y Trasplantados Alzan su Voz en el Día Mundial del Riñón

Dept. Comunicación y Relaciones Públicas de INCORT



con el fin de incrementar el conocimiento sobre las enfermedades renales crónicas y atraer la atención hacia la necesidad urgente de una detección temprana y la prevención de enfermedades renales crónicas, así como concitar el apoyo a la donación de órganos y tejidos para trasplante, acción altruista y solidaria, de la que dependen que muchos enfermos con enfermedad orgánica terminal puedan seguir viviendo.

Este acto contó con el apoyo de personalidades del arte, profesionales de la salud y de los representantes de los pacientes como fueron el doctor Baduit Yapur Espinal, (trasplantado) y la Dra. Nuria Molano, paciente en diálisis; el Dr. Fernando Morales Billini, director del INCORT, y los pacientes cuyos testimonios de vida dieron soporte a este encuentro, con el que se buscó promover una cultura de prevención, y llevar a la sociedad el espíritu solidario y altruista de la donación de órganos y tejidos para trasplante.

La 11va. celebración del Día Mundial del Riñón, fue conmemorada mundialmente, y este año pacientes acompañados de artistas destacados ofrecieron su testimonio de vida, siendo portavoces para llevar el mensaje de esperanza y ayudar a crear una cultura de donación y trasplante en el país.

“Cuando los riñones no funcionan adecuadamente, se produce un fenómeno de intoxicación general del organismo, esta disfunción puede ser de carácter aguda, la que por lo regular es reversible con el tratamiento adecuado, pero si es de forma crónica, necesitará de tratamiento sustitutivo para la función renal, ya sea por método dialítico o por el trasplante renal”. “Nuestros pacientes con enfermedad terminal de órganos abrigan la esperanza de poder acceder al trasplante con la confianza de poder disponer de órganos sanos y de un tratamiento con calidad”, explicó el doctor Fernando Morales Billini, director del INCORT.

El Director del INCORT manifestó el interés de sensibilizar a médicos, profesionales de las áreas de salud, y a la ciudadanía, de la necesidad de detectar a tiempo cualquier patología que afecte la función renal y lograr en nuestro país una cultura de donación en beneficio de todos los pacientes que necesitan de un trasplante para seguir viviendo.

El Día Mundial del Riñón dedicado a la nefrología pediátrica se celebró el jueves 10 de marzo, donde se unieron en una sola voz la Asociación de Pacientes Trasplantados, la Asociación de Pacientes Renales, la de Pacientes en Diálisis y trasplantados con sus familiares para hacer un llamado a la sociedad dominicana en un emotivo acto celebrado en el Altar de la Patria en favor a la donación y al trasplante en República Dominicana.

La jornada de concientización que inició con un homenaje a los Padres de la Patria, con profesionales de la salud y pacientes en diálisis, cuenta con el apoyo de las autoridades de salud, profesionales que abogan por el cumplimiento en la lista de espera, para los que necesitan de un órgano para seguir viviendo.

Esta actividad contó con el apoyo del Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) y el Instituto Nacional de Trasplantes de Órganos (INTROS) evento coordinado internacionalmente por la Federación Internacional de Fundaciones Renales (IFKF) y la Sociedad Internacional de Nefrología (ISN), instituciones que unidas se han reunido



INCORT CELEBRÓ EL DÍA MUNDIAL DEL DONANTE

INVITANDO A LA SOCIEDAD A DAR PASOS ATINADOS PARA FAVORECER LA DONACIÓN

Dept. Comunicación y Relaciones Públicas de INCORT



El Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) celebró el viernes 14 de octubre “El Día Mundial del Donante de Órganos”, con dos actividades simultáneas realizadas en las plazas comerciales Galerías 360 y Megacentro, dirigidas a toda la familia, con el interés de motivar, orientar y educar en base a este tema y buscando crear una cultura de donación y trasplante en el país.

Esta actividad fue dirigida por los Coordinadores de Trasplante del INCORT, quienes explicaron la importancia del mensaje de la donación, y junto a pacientes que testificaron su sentir y promovieron a través de sus experiencias lo vivido antes de ser beneficiados con la donación y después de haberse realizado el trasplante.

Muy emotivo, el testimonio de un hijo, después de donar los órganos de su madre fallecida, reflejando su satisfacción al permitir que con ese gesto altruista y solidario de que otra persona pudiera seguir viviendo, lo que le ha permitido superar la pérdida de su ser querido.

De igual manera, testificaron pacientes que necesitan de un trasplante, y están en espera de un órgano para seguir viviendo. Ellos esperan del gesto altruista de una familia que tras la muerte de su ser querido se solidarice y done los órganos.

“Cada año en RD alrededor de 1,400 a 1,700 dominicanos sufren de una enfermedad renal terminal, sin contar con los que presentan fallas de otros órganos, los que necesitaran de un trasplante para seguir viviendo o mejorar su calidad de vida.

Debemos de pensar que nosotros o uno de nuestros familiares podrían necesitar de un trasplante”, así lo expresó la doctora Celia Pérez, coordinadora de trasplante de la Región Cero. El equipo del INCORT estimuló a las familias presentes a que se unan al gesto solidario de la donación, diciendo un Sí a la vida, con el objetivo de incrementar la tasa de donantes en República Dominicana.

Los coordinadores que impartieron las charlas en ambas plazas fueron los doctores Celia Pérez, David Cuevas, Aimée Caamaño y Ramón Oviedo.

El “Día Mundial del Donante de Órganos y Tejidos”, fue establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de despertar conciencia respecto a los valores que están asociados a la actividad de donación y trasplante: solidaridad, equidad, transparencia, altruismo y esperanza.

El INCORT, desde 2008 ha realizado esfuerzos trascendentes para lograr que RD pueda contar hoy con un Programa Nacional de Donación y Trasplante, y de esta manera llevar a nuestra sociedad el espíritu altruista y solidario de la donación de órganos y tejidos para trasplante, y que los pacientes con enfermedad terminal abriguen la esperanza de poder acceder al trasplante con la confianza de disponer de órganos sanos y de un tratamiento con calidad.

A la Memoria del Dr. Emilio Mena Castro

Dr. Fernando Morales Billini

Justo un mes antes de su muerte, el 22 de junio, el Dr. Emilio Mena Castro hizo público un documento de reflexión y despedida en el que apreciamos sus sólidas cualidades profesionales y humanas que lo acompañaron, y el cual reproducimos a continuación:

“Nada ha sido en vano, todo ha sido como sembrar para obtener la gran cosecha. Unos padres armados de las herramientas para formarnos en valores. Una hermosa familia, una esposa de singular actitud ante la vida, con hijos que son ejemplos, unos hermanos que son de mi caro orgullo. Nietos que nos llenan de alegría y son como bálsamo que fluye de manera natural para encantarnos la existencia. Una gran legión de amigos entrañables con quienes hemos compartido los más hermosos momentos de nuestra breve existencia. En fin, como Neruda, confieso que he vivido”.

El 22 de julio falleció en la ciudad de Santo Domingo el Dr. Emilio Mena Castro, médico, nefrólogo pediatra creador del Departamento de Nefrología y la Residencia de Nefrología en el hospital Dr. Robert Reid Cabral (HRRC), centro del cual fue su director.

Desde su llegada de México, donde se especializó en nefrología pediátrica, Emilio, contó con el apoyo del profesor Hugo Mendoza quien le da la responsabilidad de crear el Departamento de Nefrología del HRRC, participó en innumerables actividades científicas nacionales e internacionales, fue editor de la revista Archivos de Pediatría, participó en la comisión que presentó y discutió durante casi dos años en la Cámara de Diputados y el Senado, el anteproyecto de Ley de Legado y Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante, trabajó arduamente hasta culminar su promulgación en agosto de 1998, Ley 329-98 que abrió las puertas para iniciar la donación de órganos y tejidos para trasplante en beneficio de nuestros pacientes.

Fue profesor universitario, presidente de la Sociedad de Nefrología, de la Sociedad Dominicana de Donación y Trasplante (SODODYT) y de la Sociedad de Pediatría, cargos que supo asumir siempre con entusiasmo y responsabilidad, entre otros.

El Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT), el Instituto Nacional de Diálisis y Trasplante de Órganos (INTROS) y los que luchamos junto al Dr. Mena Castro para llevar esta modalidad terapéutica a todos los pacientes que necesitan de un trasplante de órganos para seguir viviendo o mejorar sustancialmente su calidad de vida, queremos dar a conocer al país su calidad humana y profesional que siempre le acompañó. Es un dominicano que merece ser emulado por sus aportes a la medicina y a la sociedad dominicana.

Emilio, te nos vas físicamente pero queremos decirte que todos sentimos tu ida como amigo y compañero, y reconocer tus grandes aportes para la nefrología dominicana y al desarrollo de la donación y el trasplante en nuestro país.



ayuda
salvar
vidas

HAZTE DONANTE

Donar órganos,
es un acto de amor
y solidaridad.
Comparte con tu familia
tu decisión
de donar.



AYUDA A SALVAR VIDAS

HAZTE DONANTE

*Donar órganos, es un acto de amor y solidaridad.
Ofrece la oportunidad a otros de seguir viviendo".*



www.incort.gob.do



info@incort.gob.do



809.532.0066



[incortrd](https://www.facebook.com/incortrd)



[incort_rd](https://www.instagram.com/incort_rd)