

Donación & Trasplante

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE TRASPLANTE • VOL. VII • AÑO 2017



**ayuda
salvar
vidas**

Sé un héroe

AYUDA A SALVAR VIDAS

HAZTE DONANTE

**Donar órganos
es un acto de amor
y solidaridad**

**ayuda
salvar
vidas**



AYUDA A SALVAR VIDAS

HAZTE DONANTE

ayuda salvar vidas

INDICE

- | | | | | | |
|----|---|--|----|--|--|
| 06 |  | Cumbre en Vaticano sobre el Tema de Tráfico de Órganos y Turismo de Trasplante
DR. FERNANDO MORALES BILLINI | 30 |  | Derecho en el Sistema de Salud de los Pacientes con Enfermedades Catastróficas
SR. CARLOS MORALES SÁNCHEZ |
| 09 |  | Recomendaciones para el Tratamiento de los Pacientes Críticos de las Unidades de Cuidados Intensivos
ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTE (ONT), ESPAÑA | 31 |  | Colaboraciones Interinstitucionales del INCORT
LIC. JESÚS FCO. PÉREZ |
| 11 |  | Reunión Regional sobre Trata de Personas en su Modalidad de Extracción Ilícita de Órganos
DR. FERNANDO MORALES BILLINI | 33 |  | SNS y el Servicio Andaluz de Salud Acuerdan Fortalecer La Atención Sanitaria En R.D.
DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS - INCORT |
| 13 |  | Contraindicaciones Médicas a la Donación en Enfermedades Tropicales y Emergentes en R.D.
DRA. ÁNGELA HERNÁNDEZ | 34 |  | Instituciones se Unen en el Día Mundial del Riñón para Concienciar sobre la Importancia de la Donación y el Trasplante
DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS - INCORT |
| 17 |  | Muerte Encefálica en Iberoamérica
D. ESCUDERO, R. MATESANZ, C. A. SORATTI, JOSÉ IGNACIO FLORES, EN NOMBRE DE LA RED/CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE | 36 |  | SODODYT celebró el II Congreso Nacional de Donación y Trasplante
DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS - INCORT |
| 22 |  | Propuesta para Implementar el Programa de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos
DR. HÉCTOR LUIS TEJADA HIDALGO | 37 |  | Jornada de Reforestación en conmemoración al "Día Mundial del Donante de Órganos Y Tejidos"
DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS - INCORT |
| 27 |  | Efectos de Noticias Negativas en los Medios de Comunicación sobre Donación y Trasplante de Órganos
DRES.: FERNANDO MORALES BILLINI, MARISOL GENAO, CELIA PÉREZ, ESTHER DE LUNA | | | |



AYUDA A SALVAR VIDAS

HAZTE DONANTE

CREDITOS



Director

Dr. Fernando Morales Billini

Consejo Nacional de Trasplante

Dra. Gisselle Vásquez

Dr. Fernando Morales Billini

Dra. Carmen Brugal

Dr. Rudyard Corona

Dra. Esther de Luna

Dr. Alexandro Marte

Dra. Celia Pérez

Dra. Ángela Hernández

Dr. José Caraballo

Dr. Emignio Liria

Dra. Isis Nefertiti Oller

Dra. Juana Sarita

Dr. Kenzo Yamamoto

Dr. Ignacio Bengoa

Dr. Armando Fernández

Dr. Roberto Castillo

Colaboradores

Dra. Dolores Escudero – España

Dra. Celia Pérez

Dra. Esther De Luna

Dr. Alexander Altman

Dra. Marisol Genao

Dra. Ángela Hernández

Dr. Héctor Tejada Hidalgo

Lic. Jesús Fco. Pérez

Licda. Elsy Fernández

Licda. Yulissa Ureña

Sr. Carlos Morales Sánchez

Corrección de estilo

Licda. Olga Altman

Diseño de portada y diagramación:

3bambú Publicidad: www.3bambu.com

Impresión

Print me

DIRECTOR
DR. FERNANDO MORALES BILLINI

Sin lugar a dudas, las noticias relacionadas con la donación y el trasplante generan gran interés en los medios informativos y en la población nacional, y esto las hace susceptibles de ser promovidos, aunque no siempre en el mejor sentido, ya que noticias engañosas y sensacionalistas generan dudas y temores que dan al traste con los esfuerzos de años de promoción para desarrollar y solidificar una cultura de donación y trasplante en cada país en cuestión.

Conocer las consideraciones de la Cumbre del Vaticano sobre el Tráfico de Órganos y Turismo de Trasplante, las recomendaciones propuestas por la Reunión Regional Sobre Trata de Personas en su Modalidad Extracción Ilícita de Órganos, así como los efectos de noticias negativas en los medios de comunicación sobre la donación y el trasplante de órganos en nuestro país son parte del contenido de este número 7 de la revista Donación y Trasplante.

En su compendio el lector tendrá acceso a los temas de más impacto en el mundo de la donación y trasplante, con ellos los acuerdos, apreciaciones y recomendaciones de las reuniones más importantes de 2016 y lo que va del 2017, referentes mundiales en lo relativo a esta impactante temática.

En nuestra revista encontraremos además, artículos que unifican el accionar médico como son: los lineamientos generales sobre el diagnóstico y manejo de la muerte encefálica, propuesta por la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes (RCIDT) para los países que la integran; los aspectos gerenciales en un hospital de 3er y 4to nivel importantes para fortalecer un programa de donación y trasplante, otros trabajos de investigación y análisis jurídicos sobre la ley 87-01, así como notas de prensa y nuestra participación internacional sobre los aspectos noticiosos más importantes sobre donación y trasplante en nuestro país y el exterior.

La donación en la República Dominicana ha sido afectada en los últimos dos años por noticias (leyendas urbanas) que lesionan la credibilidad de la actividad de donación y trasplante. Crónicas con alto contenido sensacionalista han puesto en duda el carácter solidario y altruista de la donación, generando una masiva negativa familiar reduciendo significativamente las posibilidades de ser trasplantados aquellos pa-

cientes que sufren de una enfermedad orgánica terminal con el consecuente aumento de la mortalidad de nuestros pacientes en listas de espera.

Lograr el acceso de esta modalidad terapéutica para los pacientes necesitados, requiere que el INCORT tenga satisfecho las necesidades materiales para lograr: disponer de una unidad de coordinación en cada hospital de 3er y 4to nivel, capacitar a los profesionales de la salud en los últimos lineamientos protocolares, y los últimos adelantos, promover en nuestra sociedad el carácter solidario y altruista de la donación y lograr despertar el interés de los políticos con capacidad de decisión y nos ayuden a generar la necesaria cultura positiva hacia la donación y el trasplante en toda nuestra sociedad.

Uno de los principales escollos para el desarrollo de la donación y el trasplante en nuestro país sigue siendo la cobertura selectiva e inequitativa de la oferta terapéutica por las ARS, lo que aumenta significativamente la mortalidad de nuestros pacientes, y su resistencia a cumplir los mandatos del Consejo Nacional de la Seguridad Social (SNS) en la puesta en efecto de la resolución 375 que garantiza la atención en salud a todos los afiliados del sistema que suman entre el contributivo y el subsidiado unos 6,500,000 de afiliados.

Llevamos más de 15 años con limitantes en los servicios médicos y dispensación de medicamentos y debemos considerar "qué tan necesarias son las ARS privadas para que este sistema funcione", ya que su intermediación no deja ver claramente su utilidad, y si vemos un encarecimiento galopante con un deficiente acceso a la salud para nuestros pacientes afiliados. Debemos considerar seriamente que la salud no puede ser un instrumento para beneficio de las entidades privadas que la administran por encima de las necesidades de nuestros pacientes.

Esperamos que nuestra revista sea un aporte importante para orientar a nuestra población en esta importante temática y felicitar al personal de nuestra institución por lograr durante 7 años consecutivos brindarnos la Revista Donación y Trasplante.

CUMBRE EN VATICANO SOBRE EL TEMA DE TRÁFICO DE ÓRGANOS Y TURISMO DE TRASPLANTE

DR. FERNANDO MORALES BILLINI



El 7 y 8 de febrero del año en curso se realizó en el Vaticano la Cumbre de la Pontificia Academia de las Ciencias (PAC) sobre el tema de Tráfico de Órganos y Turismo de Trasplante, donde representantes religiosos, personalidades de la donación y el trasplante, de organismos nacionales y multinacionales se comprometieron a combatir estos crímenes contra la humanidad a través de esfuerzos mancomunados que involucren a todas las partes interesadas alrededor del mundo.

Este importante tema viene debatiéndose desde hace más de 30 años y figura en la agenda de la OMS/OPS. Fue conocido por primera vez en el año 1987 y,

posteriormente, el 21 de mayo de 2010, se reafirmó el compromiso asumido por la OMS contenido en la Resolución WHA 63.22 por parte de la Asamblea Mundial de la Salud. En dicha Resolución, los Estados Miembros expresaron su firme decisión respecto de que la *“utilidad cada vez mayor de los trasplantes de células, tejidos y órganos humanos para una gran variedad de afecciones, en los países de bajos y de altos recursos por igual”, se funde estrictamente en “los principios de la dignidad y la solidaridad humanas, que condenan la adquisición de partes del cuerpo humano para el trasplante y la explotación de las poblaciones más pobres y vulnerables y el tráfico humano que se deriva de esas prácticas”.*

El tráfico de órganos viola los principios de justicia, equidad y respeto de la dignidad humana, en tanto engloba no sólo la venta de órganos, sino que también se ha convertido en una forma de la esclavitud que explota a trabajadores en condiciones de servidumbre, poblaciones migrantes, refugiados que huyen de los genocidios que se cometen en sus países de origen, afectando directamente a los desposeídos y los excluidos.

El tráfico de órganos y turismo de trasplante explota la miseria humana por medio de engaños y promesas económicas a las personas vulnerables con el propósito de remover sus órganos. Los individuos afectados son víctimas de programas de tráfico de

órganos cuando se les induce a vender sus órganos debido a la búsqueda desesperada por una vida mejor. Es importante aclarar que no se señala en este renglón el secuestro y asesinato de personas con el objetivo de extraer sus órganos para el trasplante, ya que estas por su complejidad constituyen Leyendas Urbanas que provocan temor e incertidumbre en la familia provocando altas tasas de negativa familiar, con el consecuente daño a los pacientes que necesitan de estos para seguir viviendo.

Pobreza, desigualdad, desempleo y falta de oportunidades socioeconómicas son los factores que hacen que personas vulnerables puedan vender alguno de sus órganos. De la misma manera, están desesperados los pacientes que están dispuestos a pagar importantes sumas de dinero y a viajar a destinos alejados como turistas de trasplante para obtener un órgano, tejidos o células que quizás los mantenga con vida desconociendo las consecuencias a corto y largo plazo sobre su condición de salud producto del trasplante comercial. Intermediarios y profesionales de la salud inescrupulosos hacen posible el tráfico de órganos, menospreciando la dignidad del ser humano.

Consciente de este drama, el Papa Francisco ha puesto como uno de los objetivos de su pontificado erradicar esta nueva forma de esclavitud. En septiembre de 2014, se presentaron al Papa Francisco los siguientes datos sobre el tráfico de órganos.

De conformidad con las Resoluciones de las Naciones Unidas y de la Asamblea Mundial de la Salud, la Reunión Cumbre de los alcaldes de las principales ciudades del mundo en el Vaticano en 2015, la Declaración conjunta de los líderes religiosos contra la esclavitud moderna y el Magisterio del papa Francisco, quien en junio de 2016, en la Cumbre de Jueces sobre Tráfico Humano

y Crimen Organizado, estableció que el tráfico de órganos y de humanos con el objetivo de la remoción de sus órganos, son “verdaderos crímenes contra la humanidad que deben ser reconocidos como tales por todos los líderes religiosos, políticos y sociales, y por las legislaciones nacionales e internacionales”, nosotros, los abajo firmantes, en la Cumbre de la Pontificia Academia de las Ciencias (PAC) sobre Tráfico de Órganos y Turismo de Trasplante, resolvemos combatir estos crímenes contra la humanidad a través de esfuerzos mancomunados que involucren a todas las partes interesadas alrededor del mundo.

Un sinnúmero de instrumentos legales internacionales define, condena y criminaliza estas prácticas, entre ellos, el Protocolo de las Naciones Unidas contra el Tráfico de Personas (Protocolo de Palermo), el Consejo de la Convención Europea contra el tráfico de Seres Humanos y el Consejo de la Convención de Europa contra el Tráfico de Órganos Humanos.

Las siguientes recomendaciones de la reunión Cumbre de la Pontificia Academia de Ciencias sobre Tráfico de Órganos y Turismo de Trasplante son propuestas a gobiernos nacionales, regionales y municipales, ministerios de salud, al poder judicial, a los líderes de las principales religiones, organizaciones profesionales médicas, y al público en general para su implementación en todo el mundo:

1. Que las naciones y todas las culturas reconozcan el tráfico de humanos con el propósito de remover los órganos para su tráfico, incluyendo el uso de órganos de prisioneros ejecutados, el pago a donantes o a familiares de donantes cadavéricos, como crímenes que deben ser condenados a nivel mundial y legalmente a nivel nacional e internacional.

2. Que los líderes religiosos estimularán la donación ética de órganos y condenarán el tráfico humano con el propósito de remover sus órganos y el tráfico de los mismos.


3. Que las naciones proveerán los recursos para alcanzar la auto-suficiencia en la donación de órganos a nivel nacional, con colaboraciones regionales de ser necesario, a través de la reducción de la necesidad del trasplante con medidas de prevención y optimizando la accesibilidad a programas de trasplante nacional en forma ética y regulada.

4. Que los gobiernos establecerán los marcos legales que proveerán bases explícitas para la prevención y persecución de crímenes asociados al trasplante, protegiendo a las víctimas independientemente del lugar donde los crímenes hayan sido cometidos, por ejemplo: constituyéndose además como participantes del Consejo de la Convención Europea contra el tráfico de órganos.

5. Que los profesionales de la salud realizarán una revisión ética y médica de los donantes y los receptores considerando sus resultados a corto y largo plazo.

6. Que los gobiernos establecerán registros de todos los procedimientos de procuración y trasplante realizados en su jurisdicción, como también el de todos los trasplantes que involucren a sus ciudadanos y residentes, realizados en otra jurisdicción, y compartirán los datos con bancos internacionales.

7. Que los gobiernos desarrollarán marcos legales para que los profesionales de la salud y otros profesionales puedan comunicar toda la información sobre casos sospechosos de crímenes relacionados al trasplante, respetando las obligaciones de los profesionales para con los pacientes.



8. Que las autoridades responsables, con el apoyo de los sistemas de justicia, investigarán los trasplantes que sean sospechosos de criminalidad dentro de su jurisdicción o cometidos por sus ciudadanos o residentes en otra jurisdicción.

9. Que las autoridades responsables, proveedores de cobertura en salud y las organizaciones de caridad no cubrirán los costos de procedimientos de trasplante que involucren tráfico humano con el propósito de remover sus órganos o el tráfico de órganos.

10. Que las organizaciones de profesionales de la salud involucradas con el trasplante promoverán entre sus miembros el conocimiento y cumplimiento de los instrumentos y guías internacionales contra el tráfico de órganos y humanos con el propósito de remover sus órganos.

11. Que la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa, Agencias de las Naciones Unidas, incluyendo la Oficina de las Naciones Unidas en Drogas y Crimen, y otros cuerpos internacionales cooperarán en recoger, en forma completa, toda información sobre los crímenes relacionados con el trasplante, para poder entender en forma clara la naturaleza y características de las redes de organizaciones criminales involucradas.



RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CRÍTICOS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTE (ONT), ESPAÑA



La Organización Nacional de Trasplante de España (ONT) ha enviado a todos los miembros de la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT) y del Grupo Punta Cana una investigación en la cual resaltan importantes recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs).

Por considerarlas de gran interés para el Programa de Donación y Trasplante de la República Dominicana resumimos la parte correspondiente al manejo de donante de órganos y tejidos en las UCIs y en otras unidades de pacientes críticos.

Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)

A. Hernández-Tejedor, O. Peñuelas, G. Sirgo Rodríguez, J. A. Llompart-Pou, E. Palencia Herrejón, A. Estella, M. P. Fuset Cabanesh, M. A. Alcalá-Llorente, P. Ramírez Gallegomereh, B. Obón Azuara, J. A. Lorente Balanza, C. Viquerizo Alonso, M. A. Ballesteros Sanz, M. García García, J. Caballero López, A. Socías Mir, A. Serrano Lázaro, J. M. Pérez Villares, y M. E. Herrera-Gutiérrez.

Grupo de Trabajo de Trasplante.

Recomendación 1: Ofrece la opción de la donación de órganos y tejidos como parte integral de los cuidados al final de la vida.

Respetar la dignidad de las personas que se encuentran en el proceso de la muerte supone permitirles elegir la posibilidad de donar sus órganos y tejidos, respetando su autonomía personal y la libertad de cada cual para gestionar su propia biografía de acuerdo a sus

valores.

El reconocimiento del derecho de un paciente a decidir cómo quiere morir nos obliga a explorar su voluntad de ser donante o no, y a respetar su decisión. La donación debe formar parte de los cuidados al final de la vida, y dicha opción debe considerarse en todo paciente fallecido o en situación de fallecimiento inminente en condiciones compatibles con la donación de órganos y tejidos. Es imprescindible difundir la idea de que la donación de órganos y tejidos forma parte de la cartera de servicios de la UCI, y está integrada en los cuidados al final de la vida.

Recomendación 2: Garantiza la posibilidad de la donación de órganos y tejidos de todos aquellos pacientes que fallecen en muerte encefálica.

El fallecimiento del paciente por criterios neurológicos sucede de manera

inexorable en la UCI, dada la necesidad de ventilación mecánica.

La voluntad de donación de órganos y tejidos de todo fallecido en muerte encefálica (ME) es un derecho que todos los médicos de UCI deben respetar y garantizar. La detección y comunicación precoz al coordinador de trasplante de todo paciente en ME o con daño neurológico catastrófico en riesgo de evolucionar a ME debe ser un proceso estandarizado. El coordinador de trasplante y el intensivista responsable del paciente son las personas más adecuadas para evaluar al potencial donante, investigar la voluntad de donación del fallecido en ME y garantizar que dicho derecho se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles. El mantenimiento adecuado del donante, que permita optimizar el proceso de donación, debe formar parte de la cartera de servicios de la UCI.

Recomendación 3: Valora la posibilidad de la donación en asistolia controlada en los pacientes en los que se decida la limitación del tratamiento de soporte vital.

La donación en asistolia controlada (DAC) es una importante vía de expansión de la donación de órganos en nuestro país. Su contribución ha contrarrestado el descenso en la tasa de donaciones por disminución de donantes en muerte encefálica.

Antes de poner en marcha un programa de DAC debe existir una cultura adecuada de los cuidados al final de la vida del paciente crítico y un protocolo consensuado de limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV). El intensivista debe pensar en la posibilidad de la donación ante un paciente al que se va a aplicar una LTSV. Los protocolos de DAC no son técnicamente complejos y están al alcance de cualquier hospital. Son opciones de preser-

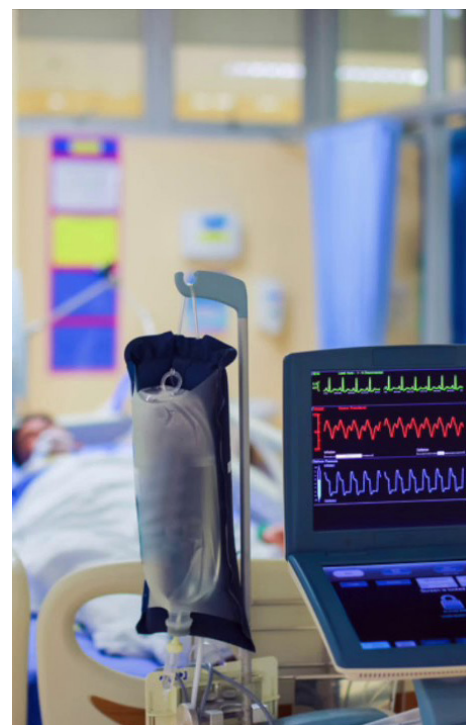
vación y extracción de órganos: cirugía rápida, perfusión fría in situ o perfusión abdominal normotérmica con circulación extracorpórea con oxigenación de membrana. Cada centro debe elegir el procedimiento adecuado a sus recursos o establecer alianzas con centros de apoyo que dispongan de experiencia y tecnología adecuadas.

Recomendación 4: Entrevista a los familiares de pacientes con daño cerebral catastrófico sin opción de tratamiento, previamente a muerte encefálica, para ofrecer ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

La entrevista de donación previa a la ME se realiza en pacientes con daño cerebral catastrófico en los que se ha determinado la futilidad de tratamiento médico o quirúrgico, con previsión de su fallecimiento en poco tiempo, en la que se consulta sobre la voluntad de donación del paciente y, en caso afirmativo, se solicita el consentimiento a los familiares para iniciar o mantener cuidados intensivos orientados a que el fallecimiento se produzca en unas condiciones que posibiliten la donación en ME. Los cuidados intensivos del donante de órganos deben asegurar una adecuada oxigenación y preservación de los órganos potencialmente trasplantables (ventilación mecánica, fármacos vasoactivos, etc.) y deben estar integrados en los cuidados al final de la vida en la UCI, garantizando el confort del paciente y la atención a sus familiares durante el proceso de fallecimiento.

Recomendación 5: En la información médica a las familias de aquellos pacientes que fallecen en tu unidad de cuidados intensivos, si la patología lo permite, incorpora la posibilidad de donación de tejidos.

La utilización clínica de tejidos humanos es, en la actualidad, una opción terapéutica al alcance de todos los profesionales y que mejora significativamente la calidad de vida de miles de pacientes. El número de trasplantes de tejidos supera ampliamente el número de trasplantes de órganos (por cada paciente que recibió un órgano en España hubo 3,5 pacientes que recibieron tejidos). Este incremento en su uso ha motivado un aumento en la demanda de donación de tejidos (DT). Los DT exceden el ámbito de la donación de órganos, englobando a todos los pacientes que fallecen en parada cardiorrespiratoria, por lo que cualquier fallecimiento hospitalario puede ser considerado como posible. La vía para aumentar la detección de posibles DT pasa por la formación y concienciación de los profesionales sanitarios. En este campo los intensivistas, como eje central y sustentador del modelo español de donación y trasplante, deberemos liderar el proceso de donación de tejidos.



REUNIÓN REGIONAL SOBRE TRATA DE PERSONAS EN SU MODALIDAD DE EXTRACCIÓN ILÍCITA DE ÓRGANOS

DR. FERNANDO MORALES BILLINI



La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) llevó a cabo la reunión regional sobre Trata de Personas en su modalidad de extracción ilícita de órganos, del 5 al 7 de diciembre de 2016 en Ciudad de Panamá, Panamá.

Esta reunión contó con la participación de Fiscales de Trata de Personas, Directores Forenses de 7 países (El Salvador, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana) y expertos internacionales en donación y trasplante de Argentina, República Dominicana, Costa Rica, España, Guatemala y México.

La reunión regional tuvo como propósito el identificar los retos en la investigación del delito de Trata de Personas en su modalidad de extracción de órganos, así como el intercambio de buenas prácticas; se discutió el camino a seguir en la mejora a la respuesta de las autoridades a la creciente participación de la delincuencia organizada en esta modalidad. La reunión brindó conocimientos técnicos médicos a los Fiscales de cómo investigar estos casos tan complejos y que hasta el momento sólo Costa Rica tiene un caso en juicio, se hizo hincapié en que sin embargo, se puede estar cometiendo el delito en la región sin que este pueda ser detectado, por lo que darle las he-

rramientas a los Fiscales y Médicos del tema, brinda una oportunidad real en que se investiguen más a fondo posibles casos de extracción ilícita de órganos a sectores vulnerables y de migrantes.

Se discutió además el daño que producen en la sociedad las falsas noticias de secuestro y asesinato de personas con el fin de vender sus órganos para trasplante, lo que dada su complejidad y el gran número de participantes en esta supuesta actividad lo hace casi imposible; constituyendo una leyenda urbana que genera miedo, desconfianza y confusión afectando significativamente las tasas de donación, y de forma di-

recta a los pacientes que necesitan del trasplante de órganos para seguir viviendo.

Esta actividad se llevó a cabo dentro del Programa Regional para Centroamérica de UNODC y el proyecto XCAX75 sobre Trata de Personas y tráfico ilícito de migrantes en Centroamérica y República Dominicana.

El formato de desarrollo de las jornadas fue alternado entre presentaciones de los expertos, trabajos en grupo, discusiones plenarias, ejercicios y presentaciones de los participantes.

LECCIONES APRENDIDAS

Se unificaron diez importantes recomendaciones que sin lugar a dudas son de gran interés para la sociedad.

1. El Ser Humano NO está a la venta, como ninguno de sus componentes anatómicos.

2. La modalidad de Trata de Personas con fines de extracción ilícita de órganos generalmente se da para trasplante de riñón.

3. Cada país debería contar con una Organización Nacional de Trasplante autónoma, pública, adscrita a la autoridad máxima de Salud del país, con presupuesto asignado, teniendo a su vez bajo su jurisdicción las similares organizaciones provinciales, y toda la actividad que en materia de donación y trasplante de órganos, tejidos y células se realice en el territorio nacional.

4. Buscar la creación de una Red Regional de especialistas en materia de Trata de Personas con fines de extracción ilícita de órganos, fiscales, médicos trasplantólogos, forenses,

para intercambiar información y buenas prácticas de los países; creando así un cuerpo consultivo multidisciplinario.

5. Los países deben trabajar en un registro único obligatorio de pacientes en diálisis y trasplantes realizados, con el fin de asegurar la trazabilidad y transparencia de los procesos.

6. Es necesario estimular la donación de órganos de fallecido para obtener la autosuficiencia en trasplante.

7. Los países deben asegurarse de contar con una legislación específica referente a trasplante de órganos, tejidos y células, donde conste específicamente la prohibición de trasplantes efectuados en el marco del tráfico ilegal o comercialización de los mismos y las sanciones correspondientes.

8. Se deberá poner énfasis en la educación médica y sensibilización de los operadores sanitarios sobre el delito de la Trata de Personas con fines de extracción ilícita de órganos.

9. Los médicos deben ser vigilantes de los requerimientos bioéticos y jurídicos que rigen la donación y trasplante de órganos, según los principios rectores de la Organización Mundial de la Salud y la normativa nacional e internacional en la materia.

10. Los países deben prestar atención al cumplimiento de lo establecido sobre los cuidados del donante vivo (por ejemplo, Foro de Ámsterdam), así como los cuidados del receptor y los criterios de calidad de todo el proceso de donación y trasplante.

Sin lugar a dudas esta reunión constituyó un importante avance en lo concerniente a las medidas regulativas y

de control interestatal de estas prácticas ilícitas y aberrantes, y constituye un importante ejemplo de que es posible desarrollar sólidas relaciones interinstitucionales entre nuestros países.



CONTRAINDICACIONES MÉDICAS A LA DONACIÓN EN ENFERMEDADES TROPICALES Y EMERGENTES EN R.D.

DRA. ÁNGELA HERNÁNDEZ



Se hace necesaria una buena evaluación de los donantes de órganos, con el rigor de los estándares de calidad establecidos, determinándose, a partir de su historial médico, examen físico, cuáles antecedentes personales pueden repercutir en el proceso de donación, para así tomar las medidas de apoyo pertinentes de procedimientos que nos puedan llevar a corroborar o descartar la información de un modo más eficaz.

Objetivos:

- Analizar las recomendaciones existentes en las revisiones bibliográficas y los protocolos emitidos por los comités científicos para el proceso de donación, en lo referente a las enfermedades emergentes entre ellas Malaria, Chagas, HTLV, Fiebre del Nilo Occidental e Influenza.
- Describir las determinaciones serológicas y los estudios de gabinete complementarios en cada caso pertinente.
- Aplicar protocolo para descartar o no la donación de órganos.

Material y Método:

- Se realizó una búsqueda para fines de revisión bibliográfica y de protocolos científicos de expertos acerca de la Malaria, enfermedad de Chagas, HTLV (virus linfotrófico humano), Influenza, fiebre del Nilo Occidental.
- Dicha revisión se efectuó a través de las bases de datos de PUBMED, Medline Plus y de Google, entre otros.
- Se analiza la incidencia, prevalencia, zonas geográficas de riesgo o altas tasas, cuáles son las recomendaciones dadas para cada entidad ante un posible donante de órganos proveniente de zonas endémicas, el cribado mediante las determinaciones serológicas y las pruebas y estudios complementarios, si en todos los casos aplican o no a la donación de órganos.

Enfermedades Emergentes:

- Las emergentes son aquellas cuya incidencia ha aumentado en los últimos 20 años, ejemplo el SIDA, desconocida antes de los '80; las reemergentes son aquellas que han vuelto a aparecer después que su incidencia había disminuido significativamente, como el dengue, que en los '60- '70 había disminuido, resurgiendo en los '80, ocasionando una epidemia en Cuba.

Influenza (H1N1)

El período de incubación es de hasta 7 días, la transmisión de persona a persona, por vía aérea por la tos, las gotitas de efusión nasal, también por las manos, conducto lacrimal y el uso de objetos contaminados a través de las manos. Tiene especial preferencia por el árbol respiratorio.

Recomendaciones:

Figura 1, Algoritmo Influenza.

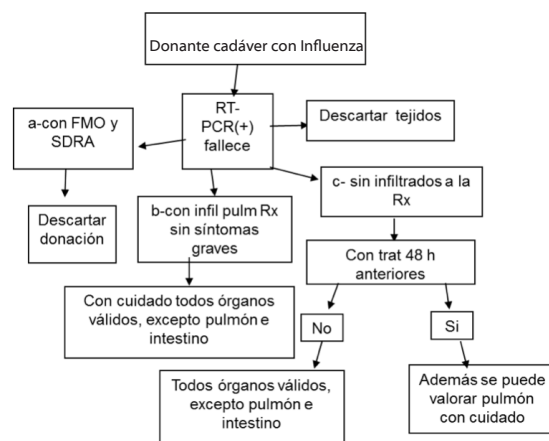
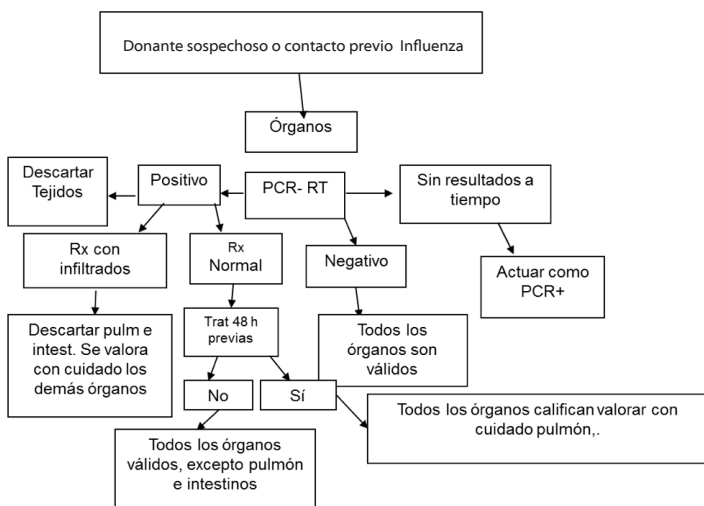


Figura 2, Algoritmo sospechoso Influenza.



Virus Humano de la Linfotrófico a Células T

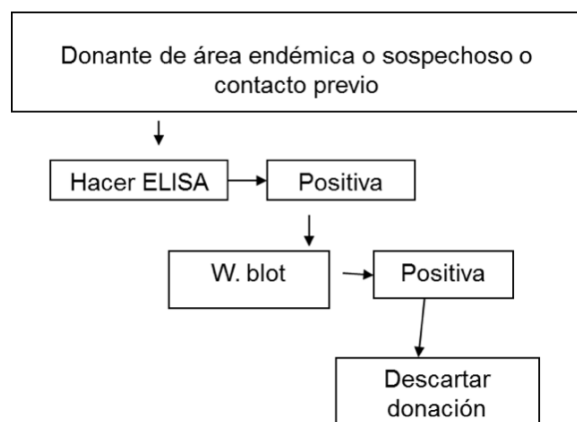
(HTLV 1 / 2)

Las vías de transmisión: sexual, transfusiones de sangre y hemoderivados, vertical (embarazo y lactancia), vía parenteral en adultos y trasplantes de órganos.

El HTLV 1 se ha asociado, principalmente a dos entidades: Paraparesia espástica (PPE) y la Leucemia T del Adulto (ATL), ambas con latencias prolongadas.

Recomendaciones.

Figura 4 algoritmo HTLV.



Malaria:

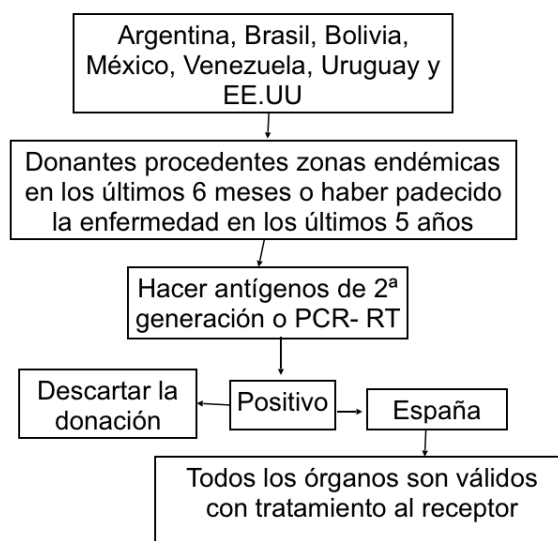
Plasmodium falciparum es un protozoo parásito, una de las especies del género Plasmodium que causa malaria; además también producida por el P. vivax, P. ovale y P. malariae.

Distribución mundial de la malaria: Caribe, Centroamérica, Suramérica, entre estos, Venezuela, Colombia, Ecuador, Paraguay y Brasil; el África Subsahariana, sur de Asia y parte de Oceanía.

Los síntomas se presentan de 10 días a 4 semanas. Suele presentarse con fiebre, escalofrío, sudoración, dolor de cabeza, dolores musculares, anemia, ictericia, náuseas, vómitos, sangrado GI, convulsiones coma.

Recomendaciones.

Figura 5, algoritmo Malaria.

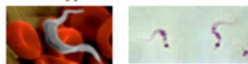


Enfermedad de Chagas

Triatoma chinche
besucón



Trypanosoma cruzi



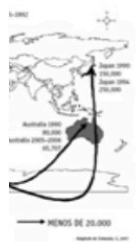
Clasificación científica: protista

Filo:	Euglenozoa
Clase:	Kinetoplastica
Orden:	Trypanosomida

Distribución Geográfica



se endémica para la enfermedad de

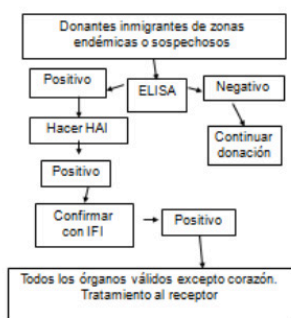


Diagnóstico.

- El frotis en sangre periférica, anticuerpos tipo IgG, en fase aguda.
- Pruebas serológicas: enzoinmunoensayo (ELISA), hemaglutinación (HAI), inmunofluorescencia indirecta (IFI): fases indeterminadas y crónicas.
- La PCR: al receptor.
- Hemocultivos y radioinmuno precipitación (RIPA).

Recomendaciones.

Figura 6 algoritmo Chagas

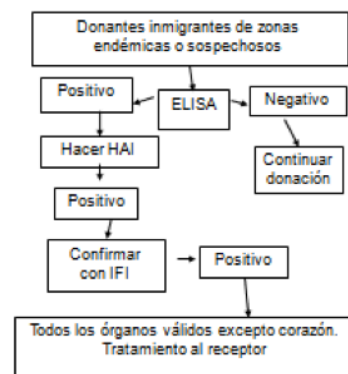


Diagnóstico.

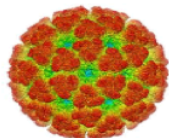
- El frotis en sangre periférica, anticuerpos tipo IgG, en fase aguda.
- Pruebas serológicas: enzoinmunoensayo (ELISA), hemaglutinación (HAI), inmunofluorescencia indirecta (IFI): fases indeterminadas y crónicas.
- La PCR: al receptor.
- Hemocultivos y radioinmuno precipitación (RIPA).

Recomendaciones.

Figura 6 algoritmo Chagas



Chikungunya



Microscopía electrónica del virus de chikungunya

Sinónimos

- Artritis epidémica chikunguña
- Fiebre de chikunguña
- CHIK es de origen **makonde** y significa 'enfermedad del hombre retorcido'

Casos de chikunguña registrados entre 1952 y 2015



Vector de transmisión



El mosquito **Aedes aegypti**



El mosquito **Aedes albopictus**

El diagnóstico

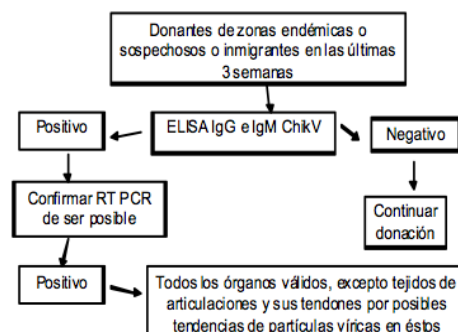
Se debe hacer por hemaglutinación indirecta o con una **prueba ELISA**: IgG e IgM en fase aguda (a los 8 días) y fase convalescente (día 10-14). RT-PCR: primeros 8 días, detecta el virus. Aislamiento viral.

Cuadro clínico

Fiebre 39-40 °C, 3-7 días luego picadura mosquito. Eritema- exantema intenso. Poliartralgia, rigidez articular, mialgias, posición doblada. Conjuntivitis. Cefalea, fatiga. Sinovitis crónica.

Recomendaciones.

Figura 7 algoritmo Chikungunya



Nota: Aún no se tiene documentada la transmisión por donación de sangre u órganos, pero se lleva a cabo las precauciones recomendadas para donación de sangre.

ZiKa Virus

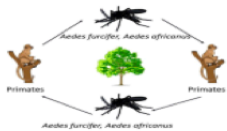
Familia *Flavivirus*, género *Flaviviridae*

- Virus RNA (+)
- Incubación 10 días
- Es un virus envuelto, con simetría de nucleocápsid eicosáedrica
- Aislado primera vez en monos rhesus 1947 en vigilancia Fiebre Amarilla
- Aislado en humanos 1952 en Uganda
- 2 linajes Africano y Asiático
- No hay reportes de muertes

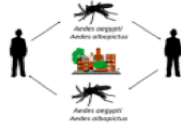
Vector de transmisión



Aedes aegypti
Aedes albopictus
Aedes africanus
Aedes triseriatus
Aedes albopictus
Aedes albopictus
Aedes albopictus



Cómo se transmite?



También se transmite por transfusiones,
transmisión sexual por el semen
En embarazadas al feto y,
presencia partículas víricas en leche materna

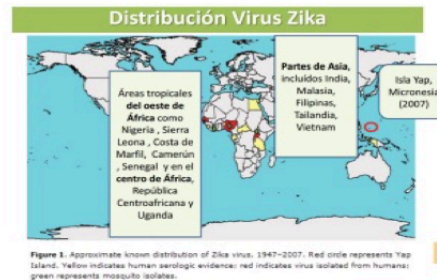


Figure 8. Approximate known distribution of Zika virus, 1947-2007. Red circle represents Yap Island. Yellow indicates human serologic evidence; red indicates virus isolated from humans; green represents mosquito isolates.

Conclusiones:

• La evaluación exhaustiva del donante es esencial para el éxito del trasplante. De aquí vemos que las recomendaciones de expertos a través de los comités científicos hacen énfasis en éste sentido para llevar a feliz término este procedimiento.

• En lo que respecta a las enfermedades infecciosas emergentes, es indispensable siempre, además de los antecedentes clínicos, saber la procedencia del donante, qué enfermedad es endémica en la zona de donde viene, ya que como hemos visto, algunas de ellas son latentes, y la transmisión al receptor puede acarrear consecuencias fatales, que en algunos casos pueden evitarse implementando el tratamiento adecuado luego del implante.

Características epidemiológicas

Período de incubación intrínseco (días) 3 – 12.
Viremia(días) 3- 5, curación 5-7 días.
Clínica: 20% presentación.
Complicaciones:Guillian- Barré, entre 2 -23 días;
y posible microcefalia en feto

El diagnóstico

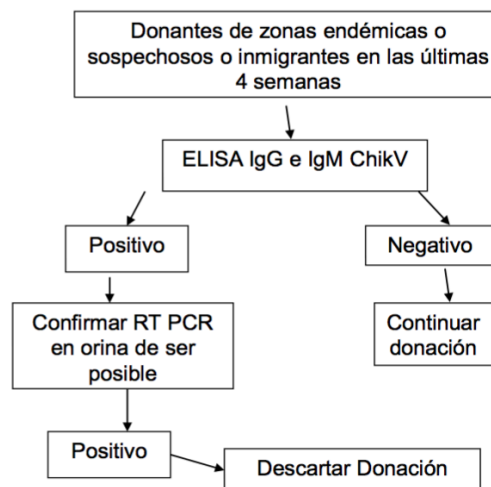
certero se debe hacer por hemoaglutinación indirecta o con una **prueba ELISA**: IgG e IgM a partir día 5 (reactividad cruzada con otro flavivirus)
RT-PCR: primeros 8 días en suero y en orina hasta 20 días, detecta el virus.
Aislamiento viral.

Cuadro clínico

Fiebre moderada
Eritema- exantema pruriginoso
Artralgias moderada
Conjuntivitis no purulenta muy frecuente
Cefalea, fatiga, vómitos, postración

Recomendaciones.

Figura 8 algoritmo Zikavirus

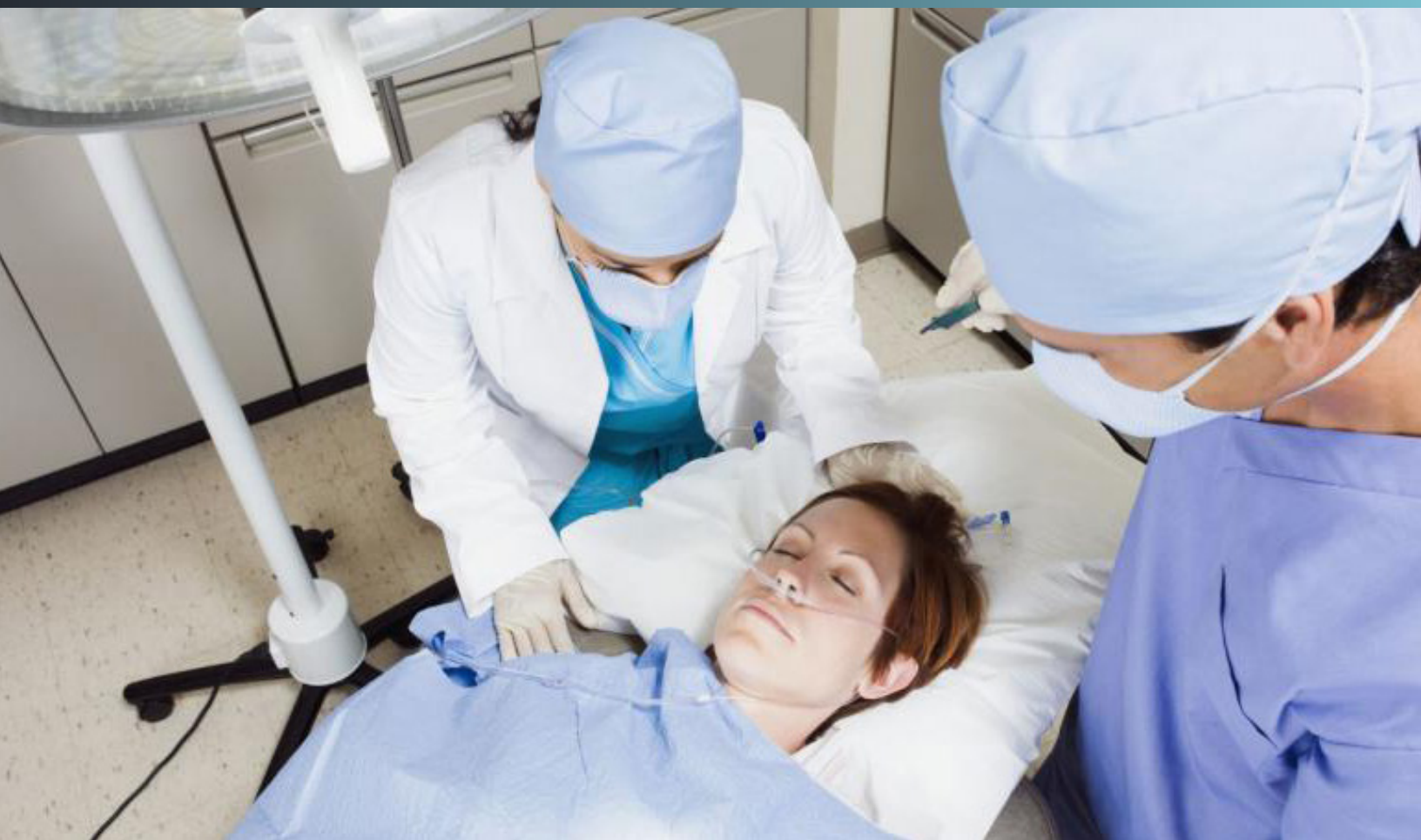


• Para realizar una buena evaluación, los médicos encargados deben de proceder según los protocolos expuestos para cada caso en particular, además de contar con las pruebas de gabinetes necesarios y eficientes, que le permitan realizar un buen cribaje para la toma de decisiones.

MUERTE ENCEFÁLICA EN IBEROAMÉRICA

D. ESCUDERO, R. MATESANZ, C. A. SORATTI, JOSÉ IGNACIO FLORES
EN NOMBRE DE LA RED/CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE

RESUMEN REALIZADO POR:
DR. ALEXANDER ALTMAN



La ME se ha aceptado como la muerte del individuo desde hace décadas, pero existen diferencias legales y gran variabilidad en los criterios diagnósticos de cada país.

Todos los países iberoamericanos, excepto Nicaragua, reconocen legalmente la (ME) como la muerte de la persona. Para declarar el fallecimiento, en la mayoría se necesitan 2 o 3 médicos. En todos los países es obligatoria la presencia de un coma arreactivo, ausencia de reflejos de tronco y de respiración espontánea. Los niveles de presión par-

cial de dióxido de carbono requeridos en el test de apnea oscilan entre 50–60 mmHg. La temperatura mínima requerida para la exploración neurológica oscila entre 32–35,1 C. El test de atropina es obligatorio en 7 países (35%). El período de observación más recomendado es de 6 horas, pero hay gran variabilidad, que llega hasta 24 horas. En 8 países (40%) es obligatorio realizar siempre un test instrumental, en el resto solamente en circunstancias especiales. En algunos países, si no hay donación de órganos para trasplante no se retiran las medidas de soporte, este

hecho es más frecuente en los niños.

En 1959, Mollaret y Goulon describieron los primeros pacientes sin funciones encefálicas; posteriormente se siguió el concepto de muerte siguiendo criterios neurológicos o muerte encefálica (ME), que ha sido reconocido como la muerte del individuo por la comunidad científica desde el año 1968, cuando se publicaron los criterios de la Universidad de Harvard. La ME se ha aceptado en la legislación de la mayoría de los países, independientemente de su entorno cultural o religioso.

El diagnóstico de ME se basa en la demostración de un coma arreactivo, ausencia de reflejos troncoencefálicos y ausencia de respiración espontánea. Los criterios diagnósticos se han recogido en múltiples recomendaciones internacionales. Además del diagnóstico exclusivamente clínico, existe una serie de pruebas instrumentales que pueden ser obligatorias en algunos casos y que varían en cada país.

La certificación de ME es un diagnóstico de gran responsabilidad con trascendencia médica, ética y legal, ya que permite retirar todas las medidas de soporte o realizar la extracción de órganos para trasplante. En algunos países, como España, el 95% de los trasplantes se realizan con órganos procedentes de donantes en ME. Un amplio conocimiento sobre el diagnóstico de ME y la correcta toma de decisiones clínicas contribuye a evitar el consumo innecesario de recursos y optimiza la obtención de órganos para trasplante.

Se han estudiado los criterios diagnósticos de ME en diferentes países del mundo y se ha demostrado que existen diferencias importantes en el diagnóstico legal. Igualmente, se ha constatado una gran variabilidad en la aplicación de las guías diagnósticas en diferentes unidades de pacientes neurocríticos de un mismo país, e incluso en diferentes áreas de un mismo hospital, siendo múltiples los estudios que recomiendan la necesidad de actualizar y homogeneizar los criterios diagnósticos de ME.

En el presente trabajo se estudia la situación legal y las recomendaciones diagnósticas de ME en países de Iberoamérica. Se enviaron 21 encuestas, una a cada país miembro de la Red / Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. Respondieron 21 encuestas. Todos los países de Iberoamérica, excep-

to Nicaragua, que no tiene legislación específica, aceptan la ME como la muerte del individuo. Este reconocimiento se encuentra recogido en las leyes sobre donación y trasplante de órganos.

El número de médicos necesario para certificar la ME es muy variable; México es el único país que requiere solamente 1 médico; en Guatemala no se especifica el número; en 10 países (50%) son necesarios 2 médicos, y en 8 países (40%) se precisan 3 médicos. En la mayoría de los casos se requiere la presencia de especialistas en Neurología o Neurocirugía. Excepto en El Salvador, Guatemala y Perú, la norma recoge explícitamente que los médicos que realizan el diagnóstico de ME no deben pertenecer al equipo de trasplante.

La mayoría de los países tienen una ley de consentimiento presunto para la donación de órganos, aunque esta condición no se aplica en la práctica clínica, ya que de forma casi unánime se solicita a la familia la opinión del fallecido y su autorización para la extracción de órganos.

Una vez confirmado el diagnóstico de ME, si no hay donación de órganos, en 5 países (Bolivia, Colombia, Paraguay, Perú y Venezuela) no se procede a retirar la ventilación mecánica, ya que este hecho no está explícitamente recogido en su normativa. En el resto, existe una gran variabilidad; la mayoría de los países refiere que no se retiran las medidas de soporte, aunque existen grandes diferencias según áreas geográficas, hospitales, casos clínicos o edad del fallecido, y existe más rechazo de retirar la ventilación asistida en el caso de los niños. En algunos países como España o Portugal, la retirada de las medidas de soporte es una práctica sistemática y mayoritaria. Todos los países tienen algunas indicaciones básicas en la Ley / Reglamento

sobre cómo debe realizarse el diagnóstico. España y Cuba tienen indicaciones diagnósticas extensas y precisas en anexos al Reglamento. En Brasil, Colombia, España, Panamá, Portugal, Uruguay y Venezuela, además de la ley, existen guías diagnósticas elaboradas por colegios de médicos o sociedades científicas (de Neurología, Neurocirugía o Medicina Intensiva), que marcan los criterios diagnósticos en el país. En Argentina y en Ecuador estas recomendaciones están elaboradas por los organismos nacionales responsables de la donación y el trasplante de órganos.

Con respecto a los prerequisites clínicos necesarios antes de realizar la exploración neurológica, como estabilidad hemodinámica, oxigenación y ventilación adecuada, ausencia de alteraciones metabólicas, fármacos depresores del Sistema Nervioso Central (SNC), bloqueantes neuromusculares e hipotermia, todos los países contemplan su necesidad aunque existe gran variabilidad en su concreción. Se menciona de forma mayoritaria la ausencia de fármacos depresores del SNC y de hipotermia inducida.

Con respecto a la temperatura mínima requerida en los adultos para aceptar la exploración neurológica existe una amplia variabilidad. Doce países (60%) no la especifican en la ley (Brasil, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, Uruguay y Venezuela). Chile, Ecuador, El Salvador, Paraguay y Venezuela exigen temperaturas superiores o iguales a 35,1°C; y el resto requiere una temperatura superior o igual a 32-32,2°C. En todos los países se especifica la obligatoriedad de presentar coma arreactivo, ausencia de respuestas motoras al estímulo algésico y ausencia de reflejos troncoencefálicos.

Con respecto a qué reflejos tronco-encefálicos son obligatorios, existe gran variabilidad. En la mayoría no se enumeran detalladamente aunque es constante la necesidad de presentar midriasis bilateral arreactiva; Costa Rica sólo requiere realizar el reflejo fotomotor y el oculocefálico, y México solamente exige los reflejos fotomotor, oculocefálico y oculovestibular. Los reflejos de succión y búsqueda en los lactantes son mencionados específicamente en pocos países. El test de atropina para valorar la funcionalidad del nervio vago sólo es obligatorio en 7 países (35%), (Bolivia, Cuba, El Salvador, España, Guatemala, Panamá y Perú).

Existe amplia variabilidad en las cifras de presión parcial de dióxido de carbono (PaCO_2) requeridas al finalizar el test, que oscilan entre 50 y 60 mmHg. Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Perú, Paraguay, Portugal, República Dominicana y Venezuela no especifican los niveles de PaCO_2 . Ningún país menciona una cifra mínima obligatoria de pH arterial.

En 11 países se contempla explícitamente la presencia y aceptación de actividad motora de origen espinal.

En todos los países se recomienda o es obligatorio mantener un periodo de observación. En Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador, España, Panamá, Paraguay, Portugal y República Dominicana es de 6 horas. Costa Rica requiere el periodo de observación más corto (30 min.), seguido de Uruguay (90 min.). Los países con periodos de observación más largos son Venezuela (12 horas) y Guatemala; y El Salvador (24 horas). En algunos países como Cuba y Venezuela este periodo de observación puede acortarse si se utilizan test diagnósticos instrumentales. En España el periodo de observación se

deja a criterio médico; se recomiendan 6 horas en casos de lesión destructiva, y 24 horas en anoxia, aunque igualmente se puede acortar si se realizan test instrumentales. Cuando la anoxia es la causa de la ME, Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Panamá, Paraguay y Uruguay recomiendan periodos de 24 horas, y Venezuela de 36 horas.

En Argentina, Brasil y México es obligatorio realizar siempre un test instrumental; pero la ley permite la elección entre el EEG, una prueba de flujo sanguíneo cerebral u otro tipo de test instrumental.

Con respecto a otros métodos instrumentales, en general se admiten todos los aceptados en la literatura científica, excepto la angiografía cerebral mediante tomografía computarizada. Algunos países como Chile, Costa Rica, Guatemala, Portugal o República Dominicana no especifican el test instrumental y dejan abierta la elección a criterio médico.

En Costa Rica, Guatemala, México y Panamá no se definen las circunstancias especiales en las cuales es obligatorio realizar test instrumentales.

En España se definen claramente las circunstancias clínicas en las cuales es obligatorio realizar test instrumentales (graves destrozos del macizo craneofacial, drogas depresoras del SNC, imposibilidad de realizar el test de apnea, enfermedad de localización infratentorial, hipotermia inferior a $32,1^\circ\text{C}$, ausencia de lesión destructiva cerebral y niños menores de un año de edad). La elección del test instrumental se deja a criterio médico. Uruguay, Cuba y Ecuador se han inspirado y reproducen las recomendaciones diagnósticas españolas recogidas en el anexo I del Real Decreto No. 2.070/1999.

En el caso de los niños, hay 6 países (Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Portugal y República Dominicana) que no solicitan periodos de observación diferentes a los del adulto. En el resto de los países no hay uniformidad en cuanto a los periodos de observación, tramos de edad ni pruebas instrumentales requeridas. Los periodos más frecuentes son: hasta 2 meses de edad de 48 horas, 2 meses a un año de 24 horas, y de 1-2 años de 12 horas. En países como Cuba y España estos periodos se pueden acortar si hay pruebas instrumentales que estudien la circulación cerebral.

El reconocimiento legal de la ME ha venido condicionado por la necesidad de obtener órganos para trasplante. Por esta razón su diagnóstico se encuentra recogido mayoritariamente en las leyes y reglamentos sobre donación y trasplante de órganos. Aunque la aceptación de la ME es prácticamente universal, existe una gran diversidad en los criterios legales. Todos los países iberoamericanos, excepto Nicaragua, tienen legislación sobre el trasplante de órganos, y en todos estos se reconoce legalmente la ME como el fallecimiento de la persona. En la mayoría existen recomendaciones básicas sobre cómo debe realizarse el diagnóstico de la ME, que mencionan los criterios clínicos fundamentales. Se ha encontrado una gran variabilidad en los prerequisites clínicos. Algunos países exigen una temperatura injustificadamente elevada ($35,1^\circ\text{C}$), muy por encima de los $32,1^\circ\text{C}$ recomendados en los estándares internacionales. Recientemente, Greer en un estudio realizado en unidades de pacientes neurocríticos de hospitales norteamericanos encontraron que el 30% requiere temperaturas superiores o iguales a $35,1^\circ\text{C}$. Igual disparidad en la temperatura mínima requerida se ha encontrado en hospitales europeos.



El test de atropina sólo es obligatorio en 7 países (35%) iberoamericanos; en el estudio de Greer solamente se requirió en el 3% de las guías hospitalarias norteamericanas. En el test de apnea, la mayoría de los países requieren niveles finales de PaCO₂ superiores o iguales a 60 mmHg de acuerdo con las guías internacionales; en un país se piden valores superiores o iguales a 50 mmHg, lo que es claramente insuficiente para estimular al centro respiratorio. Wijdicks refiere que al menos en la mitad de los países del mundo no se realiza correctamente el test de apnea, ya que simplemente se desconecta al paciente

del respirador, sin realizar controles de gasometría arterial. Greer et al refieren que solamente en el 66% de las guías diagnósticas de los hospitales de Estados Unidos evaluados se requiere realizar una gasometría arterial pretest y constata igualmente amplia diversidad en el nivel final de PaCO₂ requerido. Powner et al comunican que en el 12% de los hospitales norteamericanos estudiados, la PaCO₂ final requerida no se ajusta a las recomendaciones de la Academia Americana de Neurología. Estudios en hospitales europeos demuestran igualmente una amplia diversidad en el test de apnea.

Algunos países exigen un tiempo de observación injustificadamente largo (24 horas) en los adultos, lo que representa un consumo innecesario de recursos y puede provocar la pérdida de donantes de órganos. En los niños existe una gran variabilidad en los periodos de observación recomendados.

Con respecto a los test instrumentales existen marcadas diferencias. Son obligatorios en el 40% de los países, lo que complica innecesariamente el diagnóstico y no se ajusta a las recomendaciones científicas. En 4 países, además, es obligatorio realizar más de 1 EEG, lo que no tiene ninguna justificación

científica y aumenta el consumo de recursos. Similares hallazgos de tiempo de observación prolongado y amplia variabilidad en los test instrumentales se encuentran también en algunos países europeos. La falta de recomendaciones claras en la utilización de métodos diagnósticos que estudian la circulación cerebral en pacientes tratados con barbitúricos se ha considerado como una causa importante de pérdida de donantes en el Reino Unido.

Al igual que en otros estudios hemos encontrado diferencias entre el número y la especialidad de los médicos necesarios para certificar la ME. La mayoría exige especialistas en Neurología y en Neurocirugía, y explicitan la obligatoriedad de que los médicos que certifican la muerte no pertenezcan a los equipos de trasplante. Esta condición exigida por los legisladores quiere expresar la máxima garantía e independencia en el diagnóstico. Powner et al refieren que solamente en el 42% de los hospitales norteamericanos se menciona que los médicos que diagnostican la ME no deben estar relacionados con el trasplante. Aunque en el presente trabajo se analizan los criterios diagnósticos legales y no las variaciones interhospitalarias, nuestros datos contrastan con los de Greer et al donde sólo en el 35% de los hospitales de Estados Unidos se requieren neurólogos o neurocirujanos, hecho que los autores interpretan como secundario a la falta de disponibilidad las 24 horas de estos especialistas.

Una vez confirmado el diagnóstico de ME, si no hay donación de órganos, la retirada de las medidas de soporte es una práctica generalizada en algunos países; aunque de forma al menos reconocida oficialmente, en más del 50% de los países estudiados no se desconecta la ventilación mecánica;

esta conducta es mucho más habitual en el caso de los niños. En la práctica clínica se limita el tratamiento a fluidoterapia de mantenimiento y fracción inspirada de oxígeno al 0,21% en espera de la asistolia. En algunos países el hecho de que el diagnóstico de ME esté incluido en la ley de trasplante es interpretado por los médicos como que, legalmente, no se puede declarar el fallecimiento en el caso de los no donantes ni, por lo tanto, retirar las medidas de soporte. Este hecho podría traducir que hoy en día los profesionales sanitarios no asumen plenamente el concepto de ME como la muerte del individuo. Esta conducta se ha constatado en estudios de diferentes áreas geográficas, y es mucho más evidente en países con poca historia trasplantadora. Considerar la ME igual a muerte es un concepto relativamente reciente en la historia de la humanidad, que necesitará probablemente muchos más años para asumirse plenamente. Esto podría explicar por qué en diferentes entornos económicos y culturales la familia e incluso los profesionales sanitarios se oponen a la retirada de las medidas de soporte. Desde la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante y de acuerdo con las recomendaciones científicas, éticas y legales uniformemente aceptadas, se recomienda retirar todas las medidas de soporte. No realizarlo supone clara futilidad terapéutica, consumo innecesario de recursos y una incorrecta práctica médica que prolonga inútilmente el mantenimiento artificial del cadáver y el dolor de la familia.

Los resultados de este estudio apoyan la necesidad de estandarizar y actualizar el diagnóstico de ME en una Task Force internacional, como se ha indicado en diversos trabajos. La World Federation of Neurology ha manifesta-

do la necesidad de unificar los criterios diagnósticos en el mundo y propone este objetivo para los próximos años.

Actualizar los criterios diagnósticos en aspectos como la disminución del tiempo de observación y el uso adecuado de los test instrumentales no restarían en ningún caso seguridad diagnóstica, evitaría el consumo innecesario de recursos y podría optimizar la obtención de órganos para trasplante.

Al ser conscientes de la enorme dificultad para unificar los criterios legales de todos los países miembros, desde la Red / Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante se optó por elaborar y aprobar unas recomendaciones científicas uniformes de acuerdo con las guías internacionales. Este documento aprobado en la reunión de mayo del año 2008 celebrada en La Habana, Cuba, incluye además unas consideraciones generales sobre la ME y las decisiones clínicas que deben tomarse tras su diagnóstico.

PROPUESTA PARA IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

DR. HÉCTOR LUIS TEJADA HIDALGO



Los trasplantes de órganos vienen desde tiempos muy remotos, teniendo sus orígenes en escritos mitológicos. No se puede negar que la donación de órganos es una de las herramientas terapéuticas que puede dar respuesta de manera definitiva a patologías de órganos los cuales estén irreversiblemente dañados.

Actualmente los trasplantes de órganos se consideran una opción terapéutica habitual, cuya indicación ha ido creciendo de forma continua debido a los buenos resultados, en términos tanto de supervivencia post-trasplante como de mejora de calidad de vida (Matesanz, 2009).

En países en vía de desarrollo como lo es la República Dominicana (R. D.), que todavía en el siglo XXI hablar de donación a los familiares, lo reciben como un atropello a su integridad y dolor, una aberración o simplemente lo ven como un mito, sumándole a esto el aspecto cultural y quizás el poco conocimiento sobre esta modalidad terapéutica.

El Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) como miembro activo del Grupo Punta Cana, y en estrecha colaboración con la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), han logrado mejorar las tasas de donación de acuerdo a los objetivos trazados en 2010, alcanzando de manera parcial el objetivo fundamental de poner en marcha una red nacional de

coordinadores de trasplante, y programas institucionales, que faciliten, mejoren y hagan efectivo el proceso de detección/donación.

República Dominicana cuenta con numerosos hospitales de tercer nivel adscritos a la Red de Salud Pública, los mismos cuentan con el aval del INCORT para ser centros generadores, así como trasplantadores.

El Hospital Traumatológico y Quirúrgico Profesor Juan Bosch, es una institución de tercer nivel de atención en salud, de la Región Norte o Cibao de la República Dominicana, dedicado a la atención de usuarios traumatizados y aquellos con patologías ortopédicas y quirúrgicas. Cuenta con ciento cuarenta y cinco (145) camas instaladas, ocho

(8) salas de cirugía, quince (15) camas en Emergencias, y doce (12) camas en Cuidados Intensivos. Cabe señalar que la estadística de emergencias atendidas mensual promedia, por ejemplo, en enero de 2016, fue alrededor de 966 pacientes, donde el 20% (192 pacientes) fueron emergencias por accidentes de tráfico, de los cuales un 3% necesitó de ingreso en Cuidados Intensivos por presentar lesiones catastróficas.

Por la característica antes mencionada del Hospital Traumatológico y Quirúrgico Profesor Juan Bosch, el INCORT valorando el potencial del centro, decide iniciar un programa de capacitación y creación de personal especializado con el objetivo de implementar el programa de detección y donación de órganos y tejidos.



Tomando como referencia el modelo español de donación y trasplante de órganos y tejidos, ejemplo en el mundo a seguir, apoyados en la guía de buenas prácticas en el proceso de donación de órganos, y en nuestro caso aplicando la experiencia en los resultados obtenidos en el proceso de donación y trasplante del Hospital Universitario de Reina Sofía de Córdoba, inspirado en ellos y a la vez miembro de la institución, se realizó esta propuesta de creación e implementación de un programa de detección y donación de órganos y tejidos, en el Hospital Traumatológico y Quirúrgico Profesor Juan Bosch, como otro centro más de salud de la República Dominicana que formaría parte de la Red Nacional de Donación y Trasplante, que el INCORT como máxima autoridad gestora es responsable.

Acorde a lo anteriormente expuesto podemos enunciar el problema científico de este trabajo:

¿Contribuirá la implementación del programa de donación y trasplante de órganos y tejidos a la detección precoz del potencial donante, minimizando la negativa familiar y alcanzar los resultados esperados por el INCORT, en el Hospital Traumatológico y Quirúrgico Profesor Juan Bosch?

Basados en el problema científico de este trabajo, constituye el objetivo general del mismo implementar el programa de donación y trasplante de órganos y tejidos en el Hospital Traumatológico y Quirúrgico Profesor Juan Bosch, soportado en las guías de buenas prácticas en el proceso de donación. Teniendo en cuenta las bases teóricas, se pueden formular las siguientes **preguntas científicas**:

- ¿Existirá un equipo multidisciplinario que garantice la marcha del programa de donación y trasplante de órganos y tejidos?
- ¿Cuáles serán las estrategias a utilizar para la detección temprana del potencial donante?
- ¿Cuál será el patrón a seguir para mejorar la efectividad de derivación del posible donante a las unidades críticas?
- ¿Puede establecerse una mejora en la efectividad de obtención del consentimiento a la donación?

Observando la problemática del proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos en el Hospital Traumatológico y Quirúrgico Profesor Juan Bosch, consideramos que implementar el programa de donación y trasplante de órganos y tejidos, puede ser de utilidad a la población, aportando nuevos órganos y tejidos a pacientes, como una opción más al tratamiento de enfermedades, como está claramente demostrado en muchos países del mundo, sobretodo en España.

El trabajo resulta necesario, factible y oportuno, pues según lo revisado no existe antecedentes de implementación del programa de donación y trasplante de órganos y tejidos en el Hospital Traumatológico y Quirúrgico Profesor Juan Bosch.

Objetivo general:

- Implementar el programa de donación y trasplante de órganos y tejidos, según las guías de buenas prácticas en el Hospital Traumatológico y Quirúrgico Profesor Juan Bosch.

Objetivos específicos:

- Crear un equipo multidisciplinario que garantice la marcha del programa de

donación y trasplante de órganos y tejidos.

- Elaborar estrategias para la detección temprana del potencial donante.
- Realizar el patrón a seguir para mejorar la efectividad de derivación del posible donante a las unidades críticas.
- Establecer una mejora en la efectividad de obtención del consentimiento a la donación.

Diseño metodológico:

Se trató de un estudio descriptivo, retrospectivo, partiendo del modelo ya descrito, con el fin de valorar su aplicación, y como tal un potencial incremento en el número de donación / trasplante en el Hospital Traumatológico y Quirúrgico Profesor Juan Bosch, el Pino, La Vega, de la República Dominicana, en el período comprendido de febrero a marzo, 2017.

Material:

El material utilizado para esta investigación fue primordialmente la revisión del Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación del modelo español, además de otras fuentes bibliográficas relacionadas al tema. Se solicitaron datos estadísticos del INCORT, como también datos correspondientes a la estadística y cartera de servicios del Hospital Traumatológico y Quirúrgico Profesor Juan Bosch.

Categoría	No. Especialistas
Emergenciología	6
Médico Intensivista	4
Neurología	2
Neurocirugía	6
Cirugía General	11
Gastroenterología	3
Neumología	2
Nefrología	2
Urología	4
Imagenología	2
Cardiología	2
Ortopedia y Traumatología	10
Oftalmología	3
Hematología	1
Médico Patólogo	2

Tabla 1.

Resultados y Discusión:

Tabla. 1. Categorías de servicios del Hospital Traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosch

Fuente:

Cartera de servicios del Hospital Traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosch

La tabla 1 muestra el número de médicos especialistas y las diferentes especialidades que forman parte de la cartera de servicios del Hospital Traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosch. Hay que señalar el predominio en número de los médicos de las especialidades quirúrgicas, en orden de mayor a menor; ortopedia y traumatología, cirugía general, neurocirugía, emergencia e intensivista, lo cual está en relación con la característica del servicio prestado por el centro.

Teniendo en cuenta la primera recomendación realizada por el modelo de la guía de buenas prácticas en el proceso de donación de órganos, sobre la composición del equipo de coordinación hospitalaria, valorando esta conformación de médicos espe-

	No.	%
Total emergencias atendidas	10973	100%
Emergencias atendidas x accidentes de tráfico	1573	14%
Curado y despachado	928	8.40%
Hospitalizados-UCI	119	1.00%
Hospitalizados-SALA	513	4.60%
Morgue	13	0.11%

Edad

Niños < 13 años	57	3.60%
14-45 años	1151	73.10%
> 45 años	365	23.20%

Sexo

Masculino	1276	81.10%
Femenino	297	19%

Fuente. Archivo Hosp. Prof. Juan Bosch.

Tabla 2.

cialistas en las distintas disciplinas, que forman parte de la institución, le brinda la oportunidad al centro, de conformar un equipo multidisciplinario, partiendo de la necesidad de coordinación del hospital en los diferentes procesos: derivación a UCI y manejo intra-UCI, como característica del coordinador, que ha cambiado en los últimos años, el intensivista forma el equipo emergenciólogo, en las urgencias y el médico intensivista acompañado de anestesista, nefrólogo, neurólogo y personal de enfermería en las unidades críticas. De esta forma el proceso se hace dinámico y multidisciplinario con la integración de las diferentes especialidades y se garantiza el cumplimiento en el proceso de donación.

Tabla 2. Estadísticas de emergencias por accidentes de tránsito Hospital Traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosch, 2016.

La muerte por accidentes de tráfico en América Latina y el Caribe se triplica cada año, según el Banco Interamericano de Desarrollo. En la actualidad exhibe el aciago récord de contar con la mayor cantidad de víctimas fatales de

accidentes automovilísticos en el mundo.

Aseguran en un comunicado los organizadores del Primer Congreso Iberoamericano de Seguridad Vial en Madrid, que es la zona más castigada del planeta por la siniestralidad vial.

En la tabla 2 se muestra la estadística del total de emergencia atendida en el año 2016 en el hospital Prof. Juan Bosch, de las cuales, del total el 1573 paciente (14%) fueron emergencia por accidentes de tránsito, 119 paciente ingresaron a unidades de cuidados críticos, por lesiones grave que ponen en riesgo de manera inminente la vida del enfermo y 13 paciente fallecieron en las primeras horas de ser atendido en la emergencia por presentar lesiones catastróficas, principalmente traumatismo de cráneo severo.

Hay que señalar que el grupo de edad promedio que predomina es de 14-45 años con un 73.10%, al igual que el sexo masculino con un 81.10 %, lo cual se relaciona con el resto de la estadística de otros centros hospitalario a nivel nacional de la República Dominicana.

De los datos estadísticos anteriormente mencionados, ubican al hospital en un centro con alto potenciales para la identificación de paciente potencial donantes, ya sea por presentar lesiones catastróficas sin posibilidad de solución, o por evolución clínica desfavorable a pesar del tratamiento médico-quirúrgico, a lesiones cerebrales irreversible que lo lleven a la muerte encefálica. Ejecutar medida como; el reconocimiento desde el servicio de emergencia, aviso a la coordinación de trasplante del hospital, la comunicación activa con los familiares, la conducta de mantenimiento del donante con el ingreso a UCI, serían algunos de los primeros pasos de inicio para la obtención de posibles órganos que ayudarían a dar vidas otras personas.

Tabla 3. Datos estadísticos de UCI Hospital Traumatológico Prof. Juan Bosch 2016

Descripción	No.	%
Total, de pacientes ingresados UCI	297	100%
Total, fallecidos en UCI	91	30.6%
Número de altas	206	69.3%
Numero fallecidos en M.E.	15	5%
Numero Donantes reales	0	0%

Fuente. Archivo Hospital Traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosch

En la tabla 3 se describen datos estadísticos del año 2016 de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosch, donde se muestra que, de 297 pacientes ingresados en el año, el 30.6% (91 pacientes) de ellos fallecieron, de los cuales 15 (5%) fueron por muerte encefálica, y ninguno se convirtió en donante real.

Al exponer estos datos estadísticos, hay que mencionar que en el Hospital Traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosch, no existe un programa de donación de órganos y trasplante, por tanto, el personal médico de emergencia y

de las unidades de cuidado crítico, no actúan en base a ello. Con la creación de un programa de donación de órganos y tejidos, uno de los puntos de acción va dirigido a todo el personal médico y de enfermería, a conocer todo lo relacionado al mismo, garantizar que sirva de portavoz a todo el personal sanitario de la institución, partiendo del apoyo de las directrices de la dirección médica. De esa manera esos resultados pueden mejorar, como se ha demostrado en algunos países de Latinoamérica y el Caribe, como fue demostrado en Cuba que tuvo un incremento con la tasa del donante, luego de la aplicación del programa de garantía de calidad de donación de órganos y trasplante según el modelo español.

En la tabla 4 se exponen los datos estadísticos presentados por el Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante, sobre los trasplantes de órganos y tejidos realizados en la República Dominicana en el año 2016, donde se muestra que se realizaron 56 trasplantes renales, un 52.0% de donantes vivos y 48.0% donantes cadavéricos, 3 trasplantes de hígado, 415 córneas, y 4 de médula ósea.

Es de señalar el gran número de donantes vivos en el trasplante renal, con un predominio en los donantes cadavéricos. Esto es una muestra que aún existe la limitación de la población al

concepto de la donación de órganos, ya sea por creencias religiosas, aspectos culturales, falta de confianza en el sistema de salud, mal funcionamiento de los métodos publicitarios del proceso de donación y trasplante, desconocimiento del alcance y características del programa, ausencia de un centro de salud que garantice a toda la población la aplicación justa, sin costo alguno y sin diferencias humanas. Son quizás de las limitaciones que existen en el pensamiento de la población dominicana. Contar con el apoyo de las instituciones del gobierno, la participación activa del personal médico y de enfermería, la ayuda de personas no vinculadas al sistema de salud, lograr la garantía del sistema sanitario en la atención médica brindada a los pacientes, son estos pilares clave donde se debe actuar para lograr una concienciación de la población para que la aceptación de donar órganos y tejidos sea vista en el contexto de que donar es vida y ser donante de órganos es un privilegio que sólo tiene esa persona que decide donar un órgano a una persona que lo necesita. Estos son logros que el modelo español del proceso a la donación de órganos y trasplante, ha alcanzado con su población en general, lo cual garantiza el funcionamiento del programa con el incremento a la aceptación, y cada día exista menos negativa familiar al proceso de donación.

Conclusión:

1. La implementación de un programa de donación y trasplante de órganos y tejidos, apoyado en las guías de buenas prácticas en el proceso de donación de órganos, en el Hospital Traumatológico y Quirúrgico Profesor Juan Bosch, llegaría a incrementar el número de donantes de órganos y tejidos, ya que tiene todo el potencial por la casuística y el número de pacientes con lesiones catastróficas que terminan con su vida.

Tabla 4

CENTRO DE SALUD	RENALES		CÓRNEAS		HÍGADO	MÉDULA ÓSEA	CORA- ZÓN
	VIVO	CADA VÉRICO	LOC.	IMP.	CADAVERÍCO	ALOGÉNICO	
Plaza de la Salud	16	14	2	2	3	4	
CEDIMAT	3						
CECANOT	1	13	37	187			
Fundación Baquero	1						
HOMS	8			3			
CCSM				41			
INCONSEGLA				12			
Diagnóstica ocular				2			
Centro Láser				118			
Inst. Espailat Cabral				4			
Und. Oft. Dr. Lora				4			
Medicalnet				1			
OTORRINO				1			
Ginecología y Obstetricia				1			
TOTAL	Nº	29	27	39	376		
	%	52,0	48,0	9,4	90,6		
TOTAL		56		415	3	4	0

Fuente: INCORT

y profesionales, solicitar apoyo a los medios de comunicación tanto por televisión y radio, crear material de apoyo a favor de la donación que esté al alcance de la población.

6. Creación de una comisión de trasplante hospitalaria formada por: Director General, Jefa de Enfermería, Encargada del Comité de Ética, Coordinador de trasplante hospitalario, Encargado de UCI, Encargado de Emergencia, Encargado de Cirugía General, Encargado de Anestesia, Encargado de Neurocirugía, etc., como organismo gestor del programa de donación y trasplante.

Recomendación:

Realizar esta propuesta de implementación del programa de donación de órganos y trasplante, en todos los centros de salud de la República Dominicana, con la creación de coordinadores de trasplante y el equipo multidisciplinario que sean responsables de la puesta en marcha y desarrollo del programa.



2. La creación de un equipo multidisciplinario, formado por: intensivista, emergenciólogo, cirujano general, neurocirujano, nefrólogo y personal de enfermería, capacidad con la que cuenta la institución, lo cual garantiza el trabajo en conjunto en ejecución y funcionamiento del programa de donación.

3. La realización de un plan de acción urgente donde exista una integración de todas las áreas críticas, para lograr la identificación temprana del potencial donante y su ingreso a UCI para su mantenimiento.

4. Ofrecer un servicio médico de calidad y confianza, desde el primer momento, al paciente influye de manera directa en la aceptación del familiar en el proceso de donación de órganos, por lo que brindar información detallada y continua de lo que interesa al paciente, son aspectos a tener en cuenta.

5. El trabajo publicitario es una herramienta fundamental, que debemos realizar para alcanzar la concienciación de la población en general y así disminuir la negativa familiar que tanto afecta al proceso de donación en nuestro país. El trabajo consistirá en: realizar charlas educativas dirigidas a diferentes grupos de edades

EFFECTOS DE NOTICIAS NEGATIVAS EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

DRES.: FERNANDO MORALES BILLINI, MARISOL GENAO, CELIA PÉREZ, ESTHER DE LUNA



Los medios de comunicación tienen una enorme labor informativa y una gran influencia en la sociedad. Es fundamental por su gran importancia garantizar que los medios respeten una serie de reglas éticas para temas tan sensibles como es la donación de órganos y tejidos para trasplante.

Mensajes con noticias negativas en los medios tendrán efectos adversos en la actitud de la población hacia la donación de órganos, y cuando surgen informaciones incontroladas y no canalizadas sobre los trasplantes pueden crear en la población una percepción negativa sobre la donación, situación

que repercute en una disminución de la tasa de donantes, lo que conlleva a una permanencia más larga de los pacientes en lista de espera, por lo que se deterioran o mueren en espera de un órgano para ser trasplantados.

Generar espacios comunicacionales que informen adecuadamente sobre la donación y el trasplante contribuirá a multiplicar este mensaje en pos de la creciente disponibilidad de órganos y tejidos en beneficio de todos aquellos que hoy esperan la posibilidad de salvar o mejorar su calidad de vida.

En los últimos dos años el programa nacional de donación y trasplante se

ha visto afectado con una significativa reducción de la donación de pacientes fallecidos y la realización de trasplantes como consecuencia del impacto de las noticias negativas surgidas y difundidas en los medios de comunicación, afectando considerablemente nuestra tasa de donación y trasplantes.

A inicios del año 2015, como consecuencia de importantes correctivos en el programa de medicamentos protegidos del Ministerio de Salud Pública, por mediación de grupos interesados se generaron noticias confusas, las cuales tuvieron una amplia cobertura de los medios de comunicación. Esta intensa campaña desinformativa puso

en duda la capacidad funcional y operativa del programa nacional de donación y trasplante, situación que se reflejó con un gran incremento de las negativas familiares a la solicitud de la donación.

En el primer semestre del año 2016, se logró revertir esta problemática consiguiendo un incremento considerable en la tasa de donantes cadavéricos, llegando a ser superior a la del año anterior. Pero a mediados del mes de agosto surge en los medios de comunicación la noticia del hallazgo de una osamenta infantil, acto que de forma irresponsable fue atribuido al tráfico criminal de órganos en el país. Es necesario establecer la diferencia de la venta de órgano (un riñón) de personas vulnerables que por necesidades socio-económicas, se dejan embaucar por organizaciones criminales en las cuales median profesionales de la salud, de las leyendas urbanas que implican asesinato de niños u otras personas para extraerles los órganos y trasplantarlos, acto imposible y del que no existe ningún tipo de prueba.

Esta información desvirtuada de la realidad se hizo eco en los principales medios de comunicación del país durante un período de 5 meses, situación que repercutió de manera tal, que lesionó la confianza de la población en los programas de trasplante, que desde el momento de su aparición hasta 6 meses después, no se había logrado un donante de personas fallecidas en el país.

Objetivos. Conocer el efecto producido por las noticias negativas de los medios de comunicación en la donación y trasplante de órganos. República Dominicana. Agosto 2015 - Enero 2016.

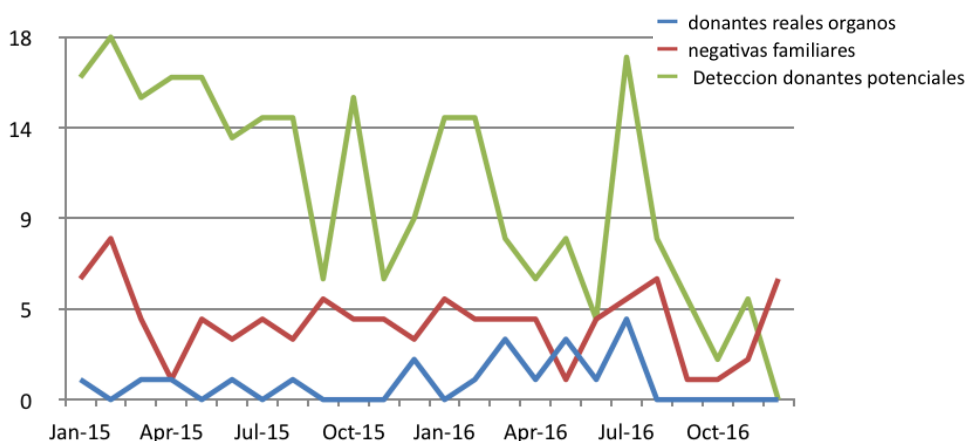
Material y método. Estudio descriptivo, retrospectivo, con el universo de los donantes (reales y potenciales) y negativas familiares en 2015-2016. República Dominicana.

Resultados. En el año 2014 la tasa de donación cadavérica llegó a 3 pmp, y luego, en el 2015, producto de importante crisis infor-

mativa descendió a 0,7. En los primeros meses de 2016 fue una recuperación hasta 2,5. A partir de agosto una avalancha de noticias negativas en los medios de comunicación sobre tráfico de órganos provocó un descenso de la tasa de donación a 0 donante pmp, y se prolongó hasta enero de 2017.

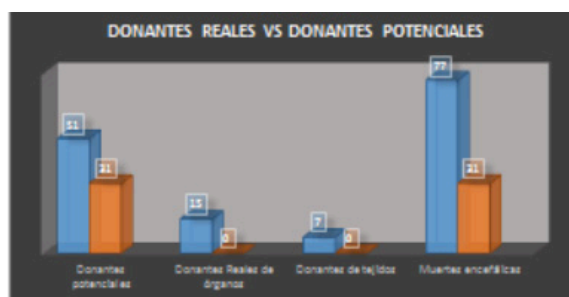
El INCORT le salió al frente a la avalancha de noticias negativas desmintiendo y orientando a la población. Es indudable que la transmisión de mensajes positivos que infunden confianza y que muestran el sistema de trasplante como un sistema equitativo y eficaz, mejorará la percepción que los ciudadanos tengan de la donación y los trasplantes. Por tanto, el tipo de noticias que difundan los medios de comunicación juega un papel decisivo en la creación de una cultura de la donación y los trasplantes en nuestros países.

Gráfico No. 1.- RELACIÓN DE DONANTES POTENCIALES VS. DONANTES REALES DE ÓRGANOS Y NEGATIVA FAMILIAR ANTE CRISIS INFORMATIVA. 2015-2016



Cuadro No. 2.- RELACION DE DETECCION DE DONANTES POTENCIALES, DE DONANTES REALES Y NEGATIVAS FAMILIAR ANTE CRISIS INFORMATIVA. 2014-2016

	Enero-Julio	Agosto- Noviembre
	Nº	Nº
Muertes encefálicas	77	31
Donantes potenciales	51	31
Donantes reales de órganos	15	0
Donantes de tejidos	7	0



La tasa de donantes cadavéricos por millón de población (PMP) en enero-julio del 2016 fue de 1,5 PMP. En el periodo agosto-diciembre del 2016 la tasa de donación ha descendido a 0,0.

EFFECTOS DE NOTICIAS NEGATIVAS EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Donaciones de fallecidos y trasplantes de órganos y tejidos enero-julio y agosto-diciembre 2016.

Donantes Reales : 15	enero-julio		agosto-diciembre	
	Donaciones	Trasplantes	Donaciones	Trasplantes
Riñones	30	27	0	0
Hígado	15	3	0	0
Córnea	36	36	0	0
Total	69	66	0	0



En el 2016 de los 55 trasplantes renales realizados, 28 fueron de donantes de vivo.

Intervenciones en Prensa en Caso Medicamentos Alto Costo

Medios

No. Aprox. Intervenciones

- Radio 380
- Televisión 56
- Prensa escrita 35
- Web 130
- Piquetes 33

Crisis Informativa, Caso De Asesinato Por Tráfico De Órganos

Medios	Nº Aproximado de intervenciones	Nº de intervenciones de INCORT
Radio	353	21
TV	193	37
Prensa Escrita	98	12
Web	230	15
Nota de prensa		3

Discusiones. El efecto negativo que en la opinión pública generó este tipo de noticias, ha sido debidamente estudiado en diferentes países. El efecto pernicioso que provocan sobre la sociedad las noticias negativas se considera como una de las principales causas de degradación de la imagen de la donación y el trasplante; incrementan las tasas de rechazo ante la solicitud de donación en la población general.

El INCORT, le salió al frente a la avalancha de noticias negativas desmintiendo y orientando a la población. Es indudable que la transmisión de mensajes positivos, que infunden confianza y que muestran el sistema de trasplantes como un sistema equitativo y eficaz, mejorará la percepción que los ciudadanos tengan de la donación y los trasplantes. Por tanto, el tipo de noticias que difundan los medios de comunicación juega un papel decisivo en la creación de una cultura de la donación y los trasplantes en nuestros países.

De lo dicho hasta ahora, podemos deducir que hay que llegar a la población para informarla correcta y claramente acerca del proceso de donación y los trasplantes para que su decisión sea favorable, por tanto la adecuada comunicación en los medios constituye herramientas indispensables para informar adecuadamente a la población. Los profesionales de los medios de comunicación pueden convertirse en agentes favorecedores de cambio en la actitud y conducta de la sociedad al ser un vehículo de transmisión de información a una gran audiencia. El mensaje transmitido debe ser positivo e infundir confianza, ya que cuanto mejor sea la percepción que las personas tengan de los programas de trasplante, más favorable será su disposición hacia la donación, lo que nos llevará a obtener un mayor número de donantes de órganos, y poder dar respuesta a estos pacientes, y evitar que mueran esperando un órgano para ser trasplantados.

Conclusiones:

- En el periodo estudiado hubo una alta tasa de pérdida de donantes de órganos, identificando como la causa principal, la negativa familiar.
- El reflejo del efecto pernicioso que sobre la opinión pública ocasionó la noticia desvirtuada sobre tráfico de órgano.
- La difusión permanente de los medios de comunicación de esta noticia negativa, degrado la imagen de los trasplantes.

Recomendaciones:

- Crear una atmósfera favorable hacia la donación a base de difusión de noticias positivas en los medios de comunicación.
- Evitar noticias y mensajes negativos que no van a contribuir al incremento de la donación de órganos.
- Contar con los medios de comunicación como puente continuo con la sociedad.

DERECHO EN EL SISTEMA DE SALUD DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

SR. CARLOS MORALES SÁNCHEZ



Las enfermedades de alto costo y complejidad, son aquellas que requieren medicinas y modalidades diagnósticas y terapéuticas de costos sumamente elevados para los pacientes, sus familiares y al mismo tiempo, para el Estado. La gran mayoría no están cubiertas por los seguros de salud o la cobertura es mínima dada la complejidad de las mismas.

Estos pacientes que padecen enfermedades de alto costo y complejidad, que llevan a una familia a la quiebra, constituyen un nivel muy bajo de la población dominicana y no hay razón para no darles un servicio digno y de calidad, como está establecido en nuestra Constitución en sus artículos 60 y 61 y la ley 87-01 de seguridad social, la cual establece la integralidad en la que todas las personas deben tener los servicios de salud cubiertos y establecidos en el catálogo de prestaciones, para tener un sistema de salud equitativo para todos.

El Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), sin la intención, violenta los derechos fundamentales en lo relativo a la resolución que menciona el catálogo de prestaciones, en el que establece cuáles procedimientos y/o medicamentos pueden ser o deben ser cubiertos por las administradoras de riesgos de salud (ARS), generando una situación discriminatoria e inequitativa para aquellos pacientes que padecen enfermedades altamente costosas, quienes no tienen posibilidad, por su cuenta, de cubrir sus elevados costos.

Urge la ampliación de ese catálogo de prestaciones a fin de que no haya inequidad en la cobertura de las enfermedades y que todas estén contempladas y cubiertas, evitando vulnerar y marginar a cientos de personas con enfermedades que no están cubiertas o al menos garantizar la cobertura de todas las enfermedades de alto costo, sin excepción de las mismas, ya que son un porcentaje

mínimo de la población las que padece. El Estado está en la obligación de que dichos derechos sean cubiertos y no sean vulnerados por ninguna entidad, tanto estatal como privada.

Consideramos que si no se corrige esta situación, en caso de ser apoderado por una acción directa en inconstitucionalidad, el Tribunal Constitucional deberá decidir que procede ampliar el catálogo de prestaciones que actualmente rige para las administradoras de riesgos de salud (ARS) y ordenar la cobertura total de todos los procedimientos sin excepción, puesto que el período de transición de diez años previsto en el art. 33 de la ley 87-01, venció hace seis años.



PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Dirección de Gestión Humana



LEY 87-01

GUÍA INFORMATIVA
**SISTEMA DOMINICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL
(SDSS)**

COLABORACIONES INTERINSTITUCIONALES DEL INCORT

LIC. JESÚS FCO. PÉREZ

El INCORT desde sus inicios, en el año 2008, ha entendido que la única forma de poder avanzar en el Plan Nacional de Donación y Trasplantes en nuestro país es mediante el uso adecuado de las técnicas gerenciales de planificación, consensuada con los diferentes departamentos y comisiones que la conforman.

Por lo que dentro del plan estratégico del INCORT existe un objetivo fundamental, el desarrollo institucional, el cual, para poder ser llevado a cabo, se vio en la necesidad de gestionar convenios de colaboración con diferentes instituciones tanto internacionales como gubernamentales, con el fin de desarrollar actividades de capacitación de los recursos humanos que interactúan en el proceso desde la detección temprana de posibles donantes hasta la culminación de los pacientes trasplantados.

Mediante el análisis de involucrados se identificaron las instituciones que interactúan de forma directa con los procesos y actividades que se llevan a cabo y se han gestionado diferentes convenios de colaboración para lograr un fin común entre las partes.

Los convenios que se han logrado consolidar los hemos dividido en dos categorías, internacionales y nacionales expuestos a continuación:



INTERNACIONALES

Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT).

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) tiene a su cargo la presidencia de la RCIDT, la cual fue creada para ser el punto de encuentro de diferentes iniciativas en materia de donación y trasplante de los países de Iberoamérica.

El INCORT como miembro de la RCIDT, está representada por su director, el Dr. Fernando Morales Billini, y dentro de los planes primordiales de la RCIDT están: desarrollar y mejorar la

cooperación entre los países miembros en aspectos organizativos y legislativos, formación de profesionales, aspectos éticos y sociales relacionados con la donación y trasplante de órganos, tejidos y células, así como la capacitación de los recursos humanos que intervienen en el proceso de la donación y el trasplante, lo que la ONT asume generosamente.

Hospital Reina Sofía. Córdoba, España.

Durante los años 2009 y 2010 se gestionó la firma del convenio de cooperación en salud entre la Comunidad Autónoma de Andalucía (Hospital Reina Sofía de Córdoba), el

INCORT y la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, el cual se continuó con algunas modificaciones y ampliaciones firmado nuevamente en el año 2015.

En enero del 2017 se gestionó un acuerdo de cooperación entre la Consejería de Salud de Andalucía y el Servicio Nacional de Salud de la República Dominicana, donde se entrenarán dominicanos en atención primaria, gerencia hospitalaria y especialización de los recursos humanos de los diferentes centros de atención de salud. Este convenio está dirigido fundamentalmente a potenciar el programa de donación y trasplante de nuestro país mediante la capacitación del personal sanitario que interviene en el proceso de la donación y el trasplante.

El personal seleccionado retorna luego de su preparación con una amplia visión y capacitación especializada, la cual nos permite disponer de recursos humanos que han sido entrenados en los hospitales modelo en el proceso de la donación y el trasplante en España.

NACIONALES

Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCyT)

Este convenio fue firmado en el año 2014, y renovado en el 2017, como forma de disponer del financiamiento de los recursos humanos y poder realizar las capacitaciones necesarias en el área de la coordinación de trasplante, el INCORT logró la firma de dos (2) convenios interinstitucionales con el MESCyT:

1) Programa de Cursos y Diplomados

Este convenio fue firmado con la finalidad de proporcionar a todo el personal médico que interviene en el proceso de donación y trasplante, una visión ge-

neral desde la detección temprana de posibles donantes hasta la culminación con el trasplante. Para esto el convenio está dividido en dos grupos de capacitación:

- Curso de Comunicación en Situaciones de Crisis
- Diplomado de Coordinación de trasplante de órganos y tejidos

2) Becas para Especializaciones y Maestrías Internacionales

Este convenio está diseñado para brindarles a los médicos especialistas que intervienen directamente en el proceso de la donación y el trasplante las herramientas necesarias para poder realizar exitosamente dicho proceso. Para esto dichas becas están divididas en 2 grupos:

- Especialización en Donación y Trasplante
- Maestría en Donación y Trasplante

Ministerio de Educación de la República Dominicana (MINERD)

Aunque no existe todavía un convenio firmado con el MINERD, en el año 2015 fueron autorizadas y llevadas a cabo veintinueve (29) charlas en quince (15) liceos y escuelas, en las cuales llegamos a concienciar un total de dos mil novecientos veinte (2,920) estudiantes.

Dichas charlas sirvieron como objetivo fundamental para la concienciación de los alumnos sobre el tema de la donación y el trasplante en nuestro país.

Dentro de los planes inmediatos del INCORT está la firma de un acuerdo interinstitucional con el MINERD para la formalización de dichas charlas en los recintos escolares.

Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Hospital General Plaza de la Salud (HGPS). Firmado en el año 2008 y renovado en el 2015.

Este convenio fue firmado luego de que observamos que las analíticas de laboratorio necesarias para la inclusión de receptores a la lista de espera nacional no disponían de ningún tipo de cobertura por parte de la seguridad social, haciendo que muchos pacientes que no cuentan con los recursos económicos necesarios para la realización de dichas pruebas no estaban siendo incluidos en la lista de espera por no poder completar los requisitos de estos estudios.

Por esto fue necesario contar con un convenio de supervisión por parte del INCORT, y gestión de pago por parte del Ministerio de Salud Pública hacia el Hospital General Plaza de la Salud, siendo este último el que dispone de un laboratorio de histocompatibilidad en el cual se llevan a cabo las pruebas.

A la fecha, bajo este convenio se han realizado las pruebas necesarias a más de 300 pacientes.



SNS Y EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD ACUERDAN FORTALECER LA ATENCIÓN SANITARIA EN R.D.

DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS - INCORT



El Servicio Nacional de Salud (SNS) y la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud de España, firmaron un acuerdo de cooperación para fortalecer la atención sanitaria a través de proyectos encaminados a mejorar la calidad de los servicios de la Red Única Pública.

El acuerdo fue firmado por los doctores Nelson Rodríguez Monegro, director ejecutivo del SNS y José Manuel Aranda Lara, el entonces director gerente

del Servicio Nacional de Salud Andaluz, quienes ponderaron que el convenio busca además capacitar al recurso humano a través de programas de formación gerencial y realizar investigaciones de interés común que favorezcan un trabajo articulado y científicamente sustentado.

El titular del SNS indicó que el doctor Fernando Morales Billini, director del Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT),

representará al país en la comisión mixta de coordinación que dará seguimiento a los puntos establecidos.

El acuerdo, que fue rubricado en la sede central del SNS de República Dominicana, también estipula nuevas alianzas que fomenten el desarrollo del sistema de salud, tomando como referencia el caso de la Ciudad Sanitaria Doctor Luis E. Aybar, pactado entre el INCORT con centros del Sistema Sanitario de Andalucía.

INSTITUCIONES SE UNEN EN EL DÍA MUNDIAL DEL RIÑÓN PARA CONCIENCIAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE

DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS - INCORT



Aprovechando la celebración del Día Mundial del Riñón, instituciones como el Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) realizaron una conferencia sobre el “Impacto Social en Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos”.

El doctor Fernando Morales Billini, director del INCORT, en su presentación resaltó la situación actual de la Donación y el Trasplante en República Dominicana, y el manejo de una crisis informativa, enfatizando el daño que han provocado a los pacientes y al pueblo en general las noticias negativas surgidas en torno al tema, llevando esto a dudas e incertidumbres sobre la donación, generando una significativa baja en la tasa de donantes por el te-

mor y la desconfianza que se ha producido en las familias dominicanas.

Al taller fueron convocados los directores regionales, provinciales y hospitalarios, prensa, médicos legistas, pacientes, miembros del Ministerio Público, fiscales y autoridades de reconocidas instituciones de salud, a quienes se les presentó una videoconferencia coordinada con la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), donde el doctor Eduardo Martín, nefrólogo y coordinador de trasplante, conjuntamente con las licenciadas Matilde de Duque, encargada de prensa, y Martha García, del Programa de Comunicación en Situaciones Críticas, intercambiaron opiniones sobre esta temática.

El objetivo de este encuentro fue que todo el sector salud, pacientes y sus fami-

liares, así como la prensa, incidan en la promoción e información sobre el tema de la donación y trasplante de órganos y tejidos, mejorando el conocimiento, motivación y solidaridad, y ayuden a fortalecer el desarrollo del proceso de la donación y el trasplante en el país.

De igual manera, el doctor Hernán Rodríguez, asesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), testificó la importancia de crear una cultura de donación y trasplante en toda Latinoamérica y el Caribe en favor de salvar vidas.

En este mismo sentido, el licenciado Joaquín Luciano, asesor legal del INCORT presentó la sexta edición de la Revista Donación y Trasplante de Órganos, órgano de difusión especializada en el tema.

El INCORT busca promover en la familia dominicana el espíritu solidario y altruista de la donación de órganos y tejidos para trasplante que permita crear una cultura de donación. Que nuestros pacientes con enfermedad terminal de órganos abriguen la esperanza de poder acceder al trasplante con la confianza de disponer de órganos sanos y de un tratamiento con calidad.



Ocuparon la mesa de honor el doctor Rafael Shifino, viceministro de Salud Ambiental del MSP, en representación de la ministra de Salud, la doctora Altagracia Guzmán Marcelino; el doctor Fernando Morales Billini, director del El doctor Hernán Rodríguez, asesor de OPS; el doctor Sócrates Sosa, director de Servicio de Sangre del MSP, y el licenciado Joaquín Luciano, asesor legal del INCORT.



En la actividad se resaltó el Día Mundial del Riñón, con el fin de incrementar el conocimiento sobre las enfermedades renales crónicas, la importancia de la prevención hacia la necesidad urgente de una detección temprana y la prevención de enfermedades renales crónicas.



SODODYT CELEBRÓ EL II CONGRESO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE

DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS - INCORT

La Sociedad Dominicana de Donación y Trasplante (SODODYT) celebró el II Congreso Nacional de Donación y Trasplante, dedicado al fenecido doctor Emilio Mena Castro, nefrólogo y pediatra, un gran contribuyente al desarrollo de la donación y el trasplante en República Dominicana. En este encuentro participaron importantes profesionales de la salud a nivel nacional e internacional.

El evento tuvo como objetivo generar debates entre profesionales con temas de gran trascendencia que involucran los procesos de donación y trasplante en cada uno de los países participantes, quienes hablaron de su experiencia en el tema.

La actividad se llevó a cabo los días 16 y el 17 de marzo del año en curso en el Hotel Crowne Plaza, y contó con la participación de reconocidos expertos en el tema, destacando la presencia de España, Argentina, México, Colombia, Cuba, y especialistas dominicanos con especialidad en donación y trasplante.

En el marco de este Congreso fue celebrada la asamblea eleccionaria de la Sociedad Dominicana de Donación y Trasplante (SODODYT), donde fue elegido el doctor Ignacio Bengoa, quien es médico nefrólogo del Centro Cardio-Neuro-Oftalmológico y de Trasplante (Cecanot), como su nuevo presidente para el período 2017 - 2019.

Entre los demás miembros de la nueva directiva de SODODYT figuran la Dra. Yany Marte como vicepresidenta, la Dra. Juana Sarita, secretaria; la Dra. Wanda Rodríguez, tesorera; los doctores Alberto Mejía, Carolina De La Cruz y Jessica Díaz, fungirán como vocales. Los nuevos incumbentes contarán con la asesoría del pasado presidente de la sociedad, el doctor Emignio Liria.



JORNADA DE REFORESTACIÓN EN CONMEMORACIÓN AL “DÍA MUNDIAL DEL DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS”

DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS - INCORT



El Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) celebró con una jornada de reforestación el “Día Mundial del Donante de Órganos y Tejidos”; con el que simbolizaron en esta conmemoración la realización de 1,016 trasplantes renales que se han realizado en República Dominicana desde el inicio del programa en el 1972 hasta la fecha.

El doctor Fernando Morales Billini, director del INCORT, indicó que en el país se han realizado un total de 1,016 trasplantes renales; 2,435 de córneas; 36 de médula ósea; 41 de hígado; 3 de corazón; y 1 de páncreas en la búsqueda de dar solución terapéutica a los pacientes con enfermedad orgánica terminal.

El INCORT continúa realizando este tipo de actividad para que la población conozca la importancia de este acto altruista y solidario en beneficio de los pacientes en la espera de un trasplante de órganos para seguir viviendo o mejorar sustancialmente su calidad de vida. Y exhortó al Congreso de la República a que declare por decreto el Día Nacional de la Donación.



"Morales Billini estimuló a las familias dominicanas 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".

Entre otras actividades de promoción que se estuvieron realizando durante esta semana con motivo del Día Mundial del Donante de Órganos fue un volanteo por la Zona Colonial y Plazas Comerciales, como Galería 360 y Megacentro, así como también en las diferentes estaciones del Metro de Santo Domingo, esto con el apoyo de los estudiantes de 4to de bachillerato del Colegio Secundaria Babeque que fungieron como voluntarios para la distribución de dichos materiales.



REVISTAS DONACIÓN Y TRASPLANTE EDICIONES ANTERIORES

Donacion & Trasplante

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE TRASPLANTE • VOL. I • AÑO 1



**La cooperación
España - Latinoamérica
en materia de
donación y trasplante**
Dr. Rafael Mateos
Pag. 6

**Recomendaciones
sobre terapia celular**
Dr. Fernando Morales
Pag. 16

**La verdad sobre las
células madre
y sangre del
cordón umbilical**
Dra. Esther De Loma
Pag. 30

Donación & Trasplante

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE TRASPLANTE • VOL. II • AÑO 2012



**MORALES BILLINI FUE ELECTO
PRESIDENTE GRUPO PUNTA CANA
DE COORDINADORES DE
TRASPLANTE DE IBEROAMÉRICA**
Compromiso asumido
por RD en un periodo de dos años

**ADECUADO USO DE LAS TERAPIAS
CELULARES**

**FONDO NACIONAL PARA LA ATENCIÓN
SOLIDARIA EN SALUD (FONASS)**
Cobertura para las enfermedades de alto
costo y complejidad

**DELEGACIÓN VIAJA A ESPAÑA Y
PLANIFICA PROGRAMA DE TRASPLANTE
CARDÍACO PARA RD**

**INCORT IMPARTE
DIPLOMADO
EN COORDINACIÓN Y TRASPLANTE
DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
E STEM CELLS**

Donación & Trasplante

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE TRASPLANTE • VOL. III • AÑO 2013



**GERENCIA EN LA DONACIÓN
Y EL TRASPLANTE**

**DECLARACIÓN DE QUITO
SOBRE TERAPIAS CELULARES
SIN EVIDENCIA DEMOSTRADA**

**TRASPLANTE CARDÍACO:
UNA ALTERNATIVA PARA LA VIDA**

**PROPUESTA MODELO BANCO
DE TEJIDOS OSTEOTENDINOSOS**

Donación & Trasplante

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE TRASPLANTE | VOL. IV | AÑO 2014
Edición Especial Noviembre 2014



**1^{er} CONGRESO
INTERNACIONAL
DE DONACIÓN Y TRASPLANTE
REPÚBLICA DOMINICANA**

**I^{ra} Reunión Américo- Europea
y de Sociedades de Donación y Trasplante**

**Problemas y desafíos en el desarrollo
de un programa nacional para
enfermedades de alto costo
y complejidad**

**La donación y el trasplante en el mundo.
Hacia dónde vamos**

Historia del trasplante de córnea en RD

Donación & Trasplante

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE TRASPLANTE | VOL. V | AÑO 2015



**MEDICAMENTOS
DE ALTO COSTO:
ENGAÑOS Y
VERDADES**

**NECESIDAD DE UNA
REGULACIÓN EFECTIVA
PARA EL USO DE
CÉLULAS MADRE**

**DONANTE RENAL
CON CRITERIOS
EXPANDIDOS**

**EDUCAR PARA
LA DONACIÓN**

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**

Avances en Trasplantes

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

**Doppler Transcraneal en el Diagnóstico
de la Muerte Encefálica, ¿es útil o influye el Doppler?**

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

**Calidad de Vida
de los Pacientes Trasplantados**



 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)
 Calle Presidente Hipólito Yrigoyen #17 B, Zona Universitaria, Santo Domingo, D.N.

