DONACIÓN & TRASPLANTE

Vol. X • Año 2020

10 ANIVERSARIO | Edición especial



Memorias del INCORT

Pandemia del coronavirus
en el mundo

Trasplante renal
en República Dominicana
y enfermedad por Covid-19

Necesidades de un paciente
con Covid-19

Declaración de la AMM
sobre las medidas para la prevención y la lucha contra los delitos relacionados con los trasplantes

incort
Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante



Director
Dr. Fernando Morales Billini

Consejo Nacional de Trasplante
Dr. Antonio Plutarco E. Arias Arias
Dr. Fernando Morales Billini
Dra. Carmen Brugal
Dra. Esther De Luna
Dr. Alexandro Marte
Dra. Celia Pérez
Dra. Ángela Hernández
Dr. Emignio Liria
Dr. José Caraballo
Dra. Juana Sarita
Dr. Kenzo Yamamoto
Dr. Roberto Castillo
Dra. Ellen Hilario

Colaboradores

Dra. Esther De Luna
Dra. Celia Pérez
Dr. Alexander Altman
Dr. Ignacio Bengoa
Dra. Yesenia Díaz
Dra. Diana Zayas
Dr. Jiomar Figueroa Germosen
Dra. Ana Carolina de la Cruz
Lic. Leticia Martínez Martiñon
Lic. Jesús Pérez
Lic. Edward del Villar
Lic. Yulissa Ureña Cabrera
Lic. Elsy Fernández
Lic. Bianca Melo Ballast
Sr. Richard Duanny Arias Cuevas

Corrección y estilo:
Aimara Vera Riverón

Diseño y composición:
Michelle Melo Ballast

Impreso por:

© Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante de la República Dominicana (INCORT), 2020

ISSN: 2636-2414

Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes (INCORT)
C/ Presidente Hipólito Yrigoyen, #17B,
Zona Universitaria, Santo Domingo, República Dominicana
Teléfono: 809-532-0066

CONTENIDO

06
MEMORIAS DEL INCORT

Celebramos 10 años desde el primer número de la revista *Donación & Trasplante*.

14
PANDEMIA DEL CORONAVIRUS EN EL MUNDO

La afectación global del SARS-CoV-2 nos está cambiando la forma de ver y hacer las cosas en el día a día...

34
DECLARACIÓN DE LA AMM

Sobre las medidas para la prevención yla lucha contra los delitos relacionados con los trasplantes.

50
SALUTACIONES

Felicitaciones de nuestros amigos por el X aniversario de la revista *Donación & Trasplante.*

06 MEMORIAS DEL INCORT

14 PANDEMIA DEL CORONAVIRUS EN EL MUNDO

21 UN TRASPLANTE DE PÁNCREAS

25 TRASPLANTE RENAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA Y ENFERMEDAD POR COVID-19

31 COBERTURA INTEGRAL DEL TRASPLANTE RENAL

34 DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LAS MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN Y LA LUCHA CONTRA LOS DELITOS RELACIONADOS CON LOS TRASPLANTES

38 PREVENCIÓN DEL CORONAVIRUS INCORT ORIENTA A LA POBLACIÓN SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE

40 FORO VIRTUAL

42 PLANIFICACIÓN DE UN INSTITUTO DE COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS, CÉLULAS Y TEJIDOS

44 LAS NECESIDADES DE UN PACIENTE CON COVID-19

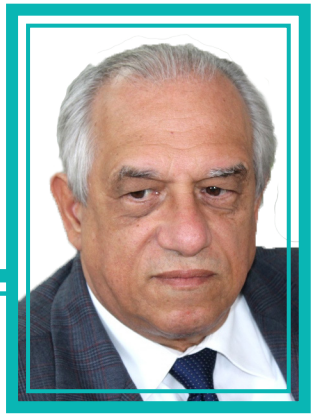
46 LA INFORMÁTICA EN TIEMPOS DE COVID-19

50 SALUTACIONES

53 PUBLICACIONES DEL INCORT

54 SOLICITA TU CARNET DE DONANTE

EDITORIAL



Dr. Fernando Morales Billini
Coordinador Nacional de Donación y Trasplante

Hace 10 años lanzamos el primer número de la revista *Donación & Trasplante*, proyecto de comunicación creado para difundir y promover la importancia de la donación y el trasplante como modalidad terapéutica de gran éxito en nuestro país. De esta forma, llevaríamos a nuestros lectores investigaciones, resoluciones, acuerdos y noticias con los principales logros de este método a nivel nacional y en el ámbito internacional, así como los planes estratégicos en esta materia con el objetivo de contribuir a la capacitación continua de los profesionales, funcionarios, estudiantes del área de la salud y la población en general, y mantener un equilibrio armónico entre los diferentes temas que maneja nuestra publicación.

En este año 2020, sorprendidos por una pandemia causada por el nuevo coronavirus Covid-19, nos hemos propuesto realizar una publicación especial y conmemorativa sobre los 10 años ininterrumpidos de nuestra revista, la cual constituye la vía ideal para difundir los nuevos protocolos para el manejo de pacientes afectados que están en diálisis y trasplante, así como adecuarnos a las nuevas necesidades para la realización de extracción multiorgánica en pacientes fallecidos, y el seguimiento de pacientes trasplantados en condiciones muy especiales, entre otros. Estas guías y protocolos han sido corregidos y modificados cuatro (4) veces y seguirán actualizándose en la medida en que vamos agregando conocimientos sobre esta enfermedad.

El contenido de esta décima edición de *Donación & Trasplante* está en sintonía con la pandemia que nos afecta, que cambiará nuestra forma de pensar y actuar en la vida. El Covid-19 nos ha demostrado lo vulnerable de nuestra existencia, economía e instituciones de salud. En tal sentido, gran parte del contenido de este número gira alrededor de esta pandemia. Presentamos las memorias del INCORT desde sus inicios, cuando era una institución sin presupuesto y, sin embargo, logró ejercer parte de sus funciones. Esta revisión histórica está acompañada de un testimonio gráfico y contiene, además, temas como la importancia de la psicología en la donación y el trasplante, el inicio de un programa del trasplante de páncreas en el país, artículos sobre los aspectos jurídicos contra los delitos relacionados con el trasplante, así como los importantes logros en materia de cobertura de trasplante renal por el Sistema de la Seguridad Social y las resoluciones emanadas del Consejo Nacional de la Seguridad Social.

10 años de este proyecto de publicación periódica ininterrumpido, implica la realización de un arduo trabajo por parte de los profesionales que laboran en el INCORT, personal de diferentes especialidades que con dedicación y perseverancia han llevado nuestra revista a ser un órgano de consulta tanto nacional como internacional.

Queremos agradecer a todos los colegas que contribuyeron con sus artículos para este número, así como a los amigos y miembros de organismos internacionales en donación y trasplante por sus hermosas y estimulantes comunicaciones de salutación ante este décimo aniversario de la revista. Sin lugar a duda, sus escritos nos impulsan a seguir luchando por lograr una cultura de donación y trasplante en nuestro país.

En esta oportunidad constituye un grato honor presentar el número 10 de la revista *Donación & Trasplante* correspondiente al año 2020.




ADECUADO USO DE LAS TERAPIAS
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











MEMORIAS DEL

incort

Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante



El Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) es el órgano de dirección técnica administrativa del Ministerio de Salud Pública que coordina las comisiones técnicas establecidas por el Consejo Nacional de Trasplante (CNT), así como la red de coordinadores que pone en marcha de las políticas diseñadas por el CNT relacionadas con la donación de órganos, tejidos y células para trasplantes en todo el territorio nacional.

Misión: Coordinar y facilitar todas las actividades relacionadas con la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células, con el objetivo de generar una cultura de donación y trasplante en nuestro país, acorde con las normas establecidas.

Visión: Ser la institución nacional de carácter oficial que facilite y garantice a todos los pacientes la disponibilidad de órganos, tejidos y células para las diferentes modalidades de trasplante.






MEDICO DOMINICANO
PASADOS PRESIDENTES



ANTECEDENTES

Desde finales de 1994 y hasta 1996, se trabajó en la elaboración del proyecto que culminaría en la Ley 329-98, concebida para regular la donación y legado, extracción, conservación e intercambio para trasplante de órganos y tejidos humanos.

Para su creación se tomaron como referencia las leyes de España, Argentina y Francia, entre otras, debido a que se había acordado por los integrantes del primer Proyecto Siembra (1994) que las leyes latinoamericanas en materia de donación y trasplante tuvieran referentes comunes que permitieran facilitar estos procesos.

La comisión que participó en la elaboración de este proyecto de ley estuvo integrada por los doctores Fernando Morales Billini, Esther De Luna, Emilio Mena Castro (e.p.d.), Hilda Lafontaine, José Juan Castillos, Eric Báez Ortiz (e.p.d.) y Gladstone Cumberbatch.

Este proyecto de ley fue introducido en el Congreso Nacional en 1996 por mediación del diputado Rafael (Fafa) Taveras. En aquel momento la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados estaba integrada por los doctores Rafael Kasse Acta y Altagracia Guzmán Marcelino, entre otros. A la discusión se integraron otros profesionales dedicados a la donación y el trasplante, como el Dr. Fernando Bonnet (e.p.d.), el Dr. Nicolás Rizik y el Dr. Guillermo Álvarez. No fue hasta 1998 que esta ley fue promulgada.

Inicios del INCORT

En enero de 2000 se dio cumplimiento a lo establecido en la Ley de Donación y Trasplante, con la oficialización del Consejo Nacional de Trasplante (CNT), cuya presidencia recayó en el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) como órgano ejecutor de las políticas trazadas por el Consejo Nacional de Trasplante (CNT). El Dr. Fernando Morales Billini fue elegido y juramentado como su director. El Dr. Juan Ceballos, Ministro de Salud en ese momento, fue quien le tomó el juramento.

Hasta el inicio de la creación del INCORT, en el país solo se realizaban trasplantes renales de donantes vivos en algunos hospitales de Santo Domingo y Santiago.

Durante el periodo comprendido de 2000 a 2008, cuando aún el INCORT no disponía de un presupuesto, la institución se mantuvo realizando una tímida promoción de la donación y el trasplante, así como actividades de formación y motivación, gracias al respaldo económico del Instituto Nacional de Diálisis y Trasplante de Órganos (INTROS), así como el Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud de la República Dominicana (PROSISA), la Comunidad Económica Europea y la Comisión Ejecutiva para Reforma del Sector Salud (CERSS). Con esos aportes se realizaron las siguientes actividades:

Desde 2000 hasta 2007 se realizaron 5 cursos talleres nacionales y 4 cursos internacionales sobre donación y trasplante.

Además de estas actividades, el INCORT logró preparar 6 coordinadores de trasplante hospitalario vía la Organización Nacional de Trasplante (ONT) en España durante el periodo 2005-2008.

Inicio gerencial con asignación presupuestaria

Con la asignación al INCORT de la primera partida presupuestaria (RD$17,000,000.00) en 2008, se instala una oficina con sus principales dependencias: dirección, administración, coordinación, comunicación y soporte de las secretarias, producto de reuniones de planificación que abordaban los objetivos y planes estratégicos de nuestra institución.

Se procede a asignar coordinadores hospitalarios en los centros asistenciales con capacidad para generar donantes y se inicia la etapa de procuración de órganos y tejidos, mediante la creación del Plan Nacional de Donación y Trasplante de Personas Fallecidas.

En 2008 el INCORT, junto a INTROS y la Organización Nacional de Trasplante (ONT) de España, coordinó el "Curso de formación de formadores para la comunicación de malas noticias" (European Donor Hospital Education Program - EDHEP), un programa de manejo de técnicas de comunicación, con la participación de 28 médicos y enfermeras nacionales, 2 de Venezuela, 1 de Honduras, 4 de Cuba, 2 de Costa Rica y 1 de Panamá, que sirvió para la acreditación de 4 profesionales dominicanos para ofertar dichos cursos.

CONVENIOS

El INCORT gestionó la firma de importantes convenios con diferentes instituciones que permitieron el fortalecimiento del Programa de Donación y Trasplante, como son:

a) Convenio con el Hospital General Plaza de la Salud (HGPS) para realizar pruebas en su laboratorio de histocompatibilidad para la inclusión de pacientes en la lista de espera nacional.
b) Convenio de cooperación en salud con la Comunidad Autonómica de Galicia, dirigido fundamentalmente al entrenamiento del personal sanitario para potenciar el programa de donación y trasplante en nuestro país.
c) Convenio con la Lotería Nacional para la asistencia económica a los pacientes con insuficiencia renal crónica.
d) Convenio de gastos compartidos con el Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCYT), tanto para el envío al exterior de becarios para su capacitación en materia de donación y trasplante como para la realización de los diplomados, cursos y talleres que realiza la institución.
e) Convenio de colaboración firmado con el INTROS para el desarrollo de capacitación, motivación y promoción en materia de donación y trasplante.

PROYECTOS

Durante estos años el INCORT ha elaborado diferentes proyectos, entre los cuales cabe mencionar el anteproyecto de ley que crearía el Fondo Nacional para la Atención Solidaria de Salud (FONASS), el cual, junto con el INTROS, fue presentado a la Comisión de salud de la Cámara de Diputados en 2012. Dicho proyecto fue asumido por la Presidencia de la República y se conoce actualmente como el Programa de Medicamentos de Alto Costo y Ayudas Médicas, con un presupuesto que ronda los 2,500 millones de pesos.

Otros proyectos fueron:

a) Laboratorio Nacional de Histocompatibilidad.
b) Banco de Tejidos.
c) Inclusión del tema de la donación y el trasplante en los diferentes pensum de las carreras de Ciencias de la Salud.
d) Programa de educación sobre donación y trasplante dirigido a estudiantes de nivel primario y secundario.
e) Programa de residencias médicas de medicina intensiva, aprobado por el Consejo Nacional de Residencias Médicas. Ese programa inició en el hospital Centro Cardio Oftalmológico Renal y Trasplante (CECANOT) el 1 de julio de 2009.

Educación Médica Continua

Con el fin de realizar la capacitación y actualización del personal sanitario en donación y trasplante se participó en 3 cursos, 3 congresos, 8 talleres y un seminario en el ámbito nacional.

Participación internacional

Los coordinadores de trasplante del INCORT durante todos estos años participaron con conferencias y trabajos científicos en 14 congresos internacionales de la Sociedad Iberoamericana de Donación y Trasplante, el Congreso Latinoamericano y del Caribe de Trasplante de la Sociedad de Trasplante de América Latina y del Caribe (STALYC), y el Congreso Internacional de la Transplantation Society.

Participaron, además, en 2 cursos, uno sobre coordinación de trasplante y otro acerca del uso del Doppler transcraneal.

Trabajos de investigación

Otro renglón donde el INCORT ha incursionado es la investigación con la presentación de 12 estudios internacionales, presentados en Cuba, Argentina y Perú y 7 en el país.

Proyectos internacionales

El INCORT ha participado en 3 proyectos internacionales:

1. Achieving Comprehensive Coordination in Organ Donation throughout the European Union-ACCORD, julio de 2012, Berlín, Alemania.
2. Registro de Diálisis y Trasplante Renal de Centroamérica y República Dominicana, octubre de 2014, San José, Costa Rica.
3. Logrando la coordinación comprensiva en la donación de órganos en la Unión Europea, España 2015.

En una institución como el INCORT, los protocolos son fundamentales para realizar un trabajo organizado y disponer de datos que permitan elaborar estrategias de seguimiento, trazabilidad y transparencia, por lo que se han elaborado 18 protocolos y formularios para el consentimiento basados en los reglamentos de la ley.

El Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) en 2017 participó en la elaboración de la primera disposición sanitaria que regula el uso de la terapia celular en la República Dominicana.

Publicaciones y promociones

Se han elaborado y publicado 6 libros, 6 folletos, 2 volantes, 1 manual, 3 afiches y 10 números de la revista *Donación & Trasplante* (incluyendo este número especial por el 10.o aniversario). También, el INCORT ha trabajado en la elaboración, grabación y publicación de 2 campañas audiovisuales con la colaboración de distintas figuras públicas, artistas, deportistas y comunicadores, los cuales han sido promocionados a través de la radio, la televisión y las redes sociales.









En su labor de promoción de carácter altruista y solidario de la donación, la institución realiza diversas actividades para conmemorar el Día Mundial del Donante de Órganos. Una de las más destacada fue la celebración del concierto Unidos por la Donación de Órganos en el cual han participado grandes artistas y presentadores dominicanos. Hasta la fecha se han realizado tres conciertos.

La institución cuenta con una página web: https://incortrd.com, así como presencia en las redes sociales Facebook, Twitter, Instagram y YouTube, a través de las cuales la población puede solicitar su carné de donante.

Relaciones interinstitucionales

La falta de cobertura de seguridad social es uno de los elementos que ha impedido que muchos pacientes sean beneficiados con el trasplante. Por tal motivo, el INCORT realizó varias reuniones de trabajo con la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SILSARIL) durante los años 2018 y 2019 y logró que se aprobara la Resolución 431-02 a cargo del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), lo cual significó un logro para garantizar la cobertura total a los pacientes renales, el donante fallecido, así como las etapas pre y postrasplante al receptor.

Educación y capacitación del personal sanitario

Desde 2008 al primer semestre de 2020 se han impartido las siguientes capacitaciones:

a) "Curso de comunicación en situaciones críticas", del cual se realizaron 68 ediciones que contaron con 1,445 asistentes.
b) 49 profesionales de la salud graduados en el Máster Alianza.
c) 43 profesionales sanitarios han realizado pasantías en el exterior en cirugía, trasplante, patología, cardiología de trasplante, hepatología en trasplante, anestesiología y cirugía cardiovascular.
d) 73 cursos intrahospitalarios con la participación de 2,998 integrantes, con la finalidad de que el personal sanitario de los diferentes hospitales tenga un conocimiento más acabado del proceso de donación y trasplante.

Un pilar complementario en el proceso de donación y trasplante es el personal de enfermería. En este caso, se han impartido 4 diplomados en materia de donación y trasplante lo cual ha permitido capacitar a 194 enfermeras.

En esta modalidad terapéutica, que es multidisciplinaria, tanto los médicos legistas como el personal de tránsito terrestre deben contar con conocimientos básicos sobre el proceso de donación y trasplante, por lo que se impartieron 3 cursos a los primeros y 4 a los segundos.

El trasplante renal es el que se realiza con mayor frecuencia en el país. En el periodo 2008-2019 se introduce el trasplante cadavérico. Hasta la fecha se han efectuado 676 trasplantes, de los cuales 225 son cadavéricos, 49 hepáticos, 3 cardíacos, 1 pancreático. En la actualidad nuestro sistema de salud cuenta con profesionales capacitados en la materia de donación y trasplante. Se dispone de 2 centros de trasplante de donantes vivos y cadavéricos, 3 de donantes vivos, 17 de córneas y 1 de piel, debidamente coordinados por el INCORT.






DONACIÓN
ÓRGANOS

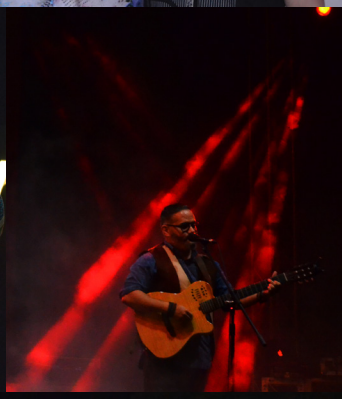

incort













PANDEMIA
DEL CORONAVIRUS EN EL MUNDO

Dr. Fernando Morales Billini

La afectación global del SARS-CoV-2 nos está cambiando la forma de ver y hacer las cosas en el día a día. Pone a prueba la funcionalidad de las instituciones de salud públicas y privadas, así como la efectividad de las redes sociales, las cuales, salvo pequeños problemas, han salido airosas de la congestión nunca vista que han sufrido en estos meses. Estas han sido efectivas en la comunicación y nos han permitido, desde el encierro de una cuarentena, continuar, aunque de forma parcial, con nuestras labores.

La enfermedad provocada por el coronavirus SARS-CoV-2, al igual que muchas otras virales que afectan a los humanos, no dispone, hasta la fecha, de medicamentos o vacunas efectivas para combatir sus efectos, lo que, sumado a la gran capacidad de transmisión de este virus, hará que muchas de nuestras actividades sean modificadas.

Nuestro trabajo nos obliga a aportar la educación eficaz y necesaria, así como la promoción y difusión de la donación y el trasplante entre nuestros conciudadanos. Ante la nueva realidad que afronta el mundo con la pandemia del COVID-19, nos vemos obligados a modificar las actividades pautadas en nuestro Plan Operativo Anual (POA) y adaptarnos a los modernos métodos de comunicación que nos brindan las redes cibernéticas y otras modalidades de capacitación y promoción para alcanzar nuestros objetivos de trabajo.

Las actividades específicas de capacitación para los trabajadores sanitarios serán realizadas en la modalidad de videoconferencias y webinars, de igual forma para la ciudadanía en general. Nos proponemos interactuar directamente de manera presencial en la procuración de donantes de órganos y tejidos y su posterior implante, lo cual esperamos reiniciar durante el último cuatrimestre del año en curso.

Para tales fines, será necesaria la meticulosa aplicación de los protocolos de preparación para los posibles donantes tanto de vivos como los cadavéricos y cumplir estrictamente las exigencias para la realización de los procedimientos quirúrgicos durante la pandemia.

Origen

La infección cruzada entre especies del mundo animal es un fenómeno ampliamente establecido. La Encefalitis Espongiforme, aunque causada por priones, es un ejemplo de enfermedad trasmitida al humano desde el ganado. Otro ejemplo más cercano, aunque limitado en la actualidad por las medidas de control epidemiológico, es la Rabia Humana, enfermedad mortal transmitida por las secreciones de animales salvajes y caninos enfermos (1). Estos procesos son posibles por la conservación estructural de los efectores moleculares, como el receptor de la acetilcolina en el caso del virus de la rabia o la enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) en el caso de los coronavirus SARS (5). Estos últimos forman parte de la subespecie de la beta coronavirus cuyos hospederos están distribuidos ampliamente en el mundo animal, afectando al ganado vacuno, equino, porcino, a los caninos y otras especies salvajes como los roedores (ratones), murciélagos, entre otras (5). En realidad, se desconocen la mayoría de los virus que afectan a la mayor parte de las especies animales.

La secuenciación del genoma del virus responsable de la última pandemia que afecta al planeta en la primera quincena de enero de 2020 permitió

clasificarlo como una beta coronavirus y recibió la denominación de SARS-CoV-2. La similitud genética de los virus SARS es alta, así como los mecanismos de entrada y secuestro dentro de la célula.

Según los reportes de la OMS, esta institución fue notificada a través de su oficina en China que en el período comprendido entre diciembre y enero se habían detectado 44 casos de neumonía de etiología desconocida. El primer reporte de dicha organización, fechado el 21 de enero de 2020, confirma la existencia de 278 casos en China, 2 en Tailandia, 1 en Japón y 1 en Corea del Sur.

La primera versión sobre su origen está relacionada con el mercado de mariscos de Wuhan donde este virus propio de los murciélagos pudo haber infectado a otros animales como serpientes y pangolines (también llamados civetas, omnívoros nocturnos asiáticos comparables al mapache norteamericano) como huéspedes intermediarios, y su consumo por el hombre, según se reporta, inició esta pandemia. Se ha identificado como caso primario una vendedora de camarones vivos de dicho mercado, y, a partir de ahí, se inició la transmisión de humanos a humanos hasta lo que tenemos hoy. Sin embargo, Huang y cols. (7) reportan en su descripción de los primeros casos de coronavirus en China que el inicio de síntomas en el primer caso identificado se remonta al 1 de diciembre de 2019 y no hubo vínculos entre este paciente y el resto de los pacientes admitidos en el hospital.

Existen múltiples teorías sobre el origen de este virus, algunas de ellas presentan la posibilidad de que fue manipulado por científicos de laboratorios especializados en biotecnología, si hubo accidente o escape de este, de su diseminación intencionada, entre otros. Pero lo que más importa en estos momentos es contener esta pandemia y sus efectos en la salud y el bienestar de todos.

Repercusiones políticas

Estamos viviendo una crisis de salud global con las mayores repercusiones en el orden social, político y económico. Ahora mismo, somos espectadores y afectados a la vez. Esta pandemia nos ha confinado sin límite de tiempo, y las instituciones como el Estado y la Familia se convierten en los protagonistas y protectores indispensables de la salud, además de constituirse en la base de una efectiva cohesión comunitaria, de gran ayuda para la supervivencia en general.

La pandemia tendrá importantes implicaciones geopolíticas que todavía son difíciles de anticipar. El referente más importante es la conocida como Gripe Española que se propagó entre los soldados que lucharon en la Primera Guerra Mundial y de allí a todo el mundo. Su letalidad está entre 50 y 70 millones de fallecidos en el mundo. Otras epidemias recientes (SARS, H1N1) fueron mucho menos severas que la actual.





El presidente francés Emmanuel Macron, citado por el teólogo brasileño Leonardo Boff, ha reconocido que "lo que esta pandemia revela es que existen bienes y servicios que deben quedar fuera de las leyes del mercado" (2).

Por su parte, Boff ha declarado en relación con la crisis global por el COVID-19:

> La pandemia actual del coronavirus representa una oportunidad única para que repensemos nuestro modo de habitar la Casa Común, la forma como producimos, consumimos y nos relacionamos con la naturaleza. Ha llegado la hora de cuestionar las virtudes del orden capitalista: la acumulación ilimitada, la competición, el individualismo, el consumismo, el despilfarro, la indiferencia frente a la miseria de millones de personas, la reducción del Estado y la exaltación del lema de Wall Street: "greed is good" (la avaricia es buena). Todo esto se ha puesto en jaque ahora. Aquel ya no puede continuar. Lo que nos podrá salvar ahora no son las empresas privadas, sino el Estado con sus políticas sanitarias generales, atacado siempre por el sistema del mercado "libre", y serán las virtudes del nuevo paradigma, defendidas por muchos y por mí, el cuidado, la solidaridad social, la corresponsabilidad y la compasión (2).

La economía mundial vive una crisis económica sin precedentes que evoluciona continuamente. Cada día las economías se cierran y paralizan, y las sociedades entran en cuarentenas más o menos severas. Se reducen las capacidades de producción, compra y venta, medidas solo comparables con situaciones de guerra.

A medida que los formuladores de políticas de todo el mundo luchan para lidiar con el nuevo coronavirus y sus consecuencias, tenemos que enfrentar el hecho y reconocer que la economía global de mercado es muy frágil y su capacidad de enfrentar esta crisis sorpresiva es prácticamente nula. Es un modelo que proyecta y promueve eficiencias extraordinarias, pero hoy podemos sin mucho esfuerzo apreciar su extraordinaria vulnerabilidad. Esta enfermedad constituye una enorme prueba al nuevo Orden Económico Mundial que se ha caracterizado por proteger las individualidades, pero cuando se enfrenta a un problema global se muestra inequitativo y poco funcional. La limitación de los viajes y la reducción de la producción y venta de productos afecta la vida económica de las empresas y genera una marcada reducción de la oferta de empleo, lo cual obliga a una importante reevaluación de la necesidad de un Estado con garantías para situaciones de emergencia social. La globalización no solo ha permitido la rápida propagación de enfermedades contagiosas, sino que ha fomentado una profunda interdependencia entre las empresas y las naciones que las hace más vulnerables a las crisis inesperadas. Ahora, todos, naciones, empresas y nosotros mismos nos damos cuenta de la gran vulnerabilidad de mundo.

Las estimaciones más optimistas luego del estallido del COVID-19 preveían que la tasa de crecimiento de la economía mundial disminuiría en la gran mayoría de los pauses hasta en un 15% del PBI. A medida que la pandemia se fue extendiendo, las previsiones fueron reduciendo el crecimiento esperado. Por ejemplo, Goldman Sachs, uno de los grupos de banca de inversión y valores más grande del mundo, indica que este es un escenario de recesión mundial. Incluso, las economías podrían enfrentarse a una contracción de mediano plazo sin una rápida recuperación (4).

Repercusiones sociales

Más allá de seguir un modelo de ejercicio ya trazado, la acción y decisión de los Gobiernos se están llevando a cabo sobre la base de mucha improvisación y a modo de dosis-respuesta. En algunos casos, la crisis sanitaria está adquiriendo matices de crisis política, como se ve en la contradicción frecuente entre autoridades locales y gobiernos centrales o entre países en el seno de bloques de integración regional. La desprotección de los sectores más pobres y las dificultades que enfrentan para obtener bienes básicos imprescindibles ya ha llevado a diferentes formas de reacciones sociales.

El coronavirus también nos obligará a reinventar nuevos sistemas políticos y modos de producción enfocados en el bienestar social y la justeza. Esto solo es posible mediante la participación de todos los ciudadanos sobre la base de la confianza entre las personas, los políticos y la ciencia.

Enfrentamiento a la pandemia en República Dominicana

El sistema de salud de República Dominicana, al igual que la mayoría de los países del mundo, ha sufrido este año la crisis más profunda. Desde que fuimos afectados por la gripe española, no estábamos preparados para asumir una pandemia de tal envergadura. La comisión de alto nivel creada para enfrentar la epidemia ha priorizado las decisiones políticas sobre las técnicas, y sobre todo las del área de la salud. Hay que asumir la experiencia de los países que han logrado controlar con éxito la transmisión de esta enfermedad.

La batalla contra el coronavirus se libra en diferentes frentes, una buena atención primaria permitirá una atención precoz de los casos detectados, así como el seguimiento de sus contactos. Se debe garantizar el cumplimiento de cuarentenas, el distanciamiento, la higienización adecuada y el uso de mascarillas. El gasto para el manejo en camas de agudos, equipos de laboratorio, respiradores mecánicos y otros ha debilitado la inversión para las acciones puntuales en la primera línea de atención. Esta debe disponer de pruebas diagnósticas con el objetivo de conocer los pacientes con signos de la enfermedad y la vigilancia adecuada de aquellos que son positivos, pero se mantienen como asintomáticos, los cuales tienen libre contacto con más personas. Los que presentan la enfermedad de forma leve (positivos sintomáticos) deben ser tratados y asilados fuera de sus casas.

Se deben tomar medidas más enérgicas en relación con una cuarentena más efectiva donde se evite en lo posible la aglomeración de personas en las escuelas, universidades y otras actividades sociales, vendedores ambulantes y personas en la calle sin la protección de mascarillas. Si esto no se logra, esta pandemia será menos controlada. Nuestro presupuesto en salud es marcadamente deficitario, alrededor de 1.9 del PBI para el gasto público en salud y el manejo de los fondos que provee aseguramiento. No es ni por asomo justo ni equitativo y su administración por las ARS se caracteriza por priorizar el lucro y no la solución para las necesidades terapéuticas de la población.

Héroes de primera línea

Los Estados y los líderes gubernamentales y empresariales deben garantizar que los médicos, enfermeras, socorristas y otros profesionales de la medicina que trabajan en la primera línea de la pandemia de COVID-19 reciban los equipos de protección adecuados.

Baskut Tuncak, reportero de Naciones Unidas, calificó a los trabajadores de la salud como "héroes" que "deben estar protegidos", y subrayó que la inaceptable escasez de equipos de protección básicos para impedir que el personal sanitario se infecte, que afecta casi todas las naciones que luchan contra el nuevo coronavirus, es una situación que se agrava aún más en los países con menos recursos (15).

El sacrificio y trabajo diario de médicos, enfermeros, celadores y técnicos les ha convertido en "héroes sin capa" a ojos de la ciudadanía. Hay quien cree que este reconocimiento al personal sanitario no solo debería existir en tiempos de crisis, sino ser algo inherente a la sociedad.

El destacado nefrólogo español Rafael Matezans, artífice del modelo español de trasplante y creador de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) de España, en su artículo "La prueba de esfuerzo del coronavirus", apunta:

> En estos días asistimos a un lamentable espectáculo con sanitarios reciclando bolsas de basuras como equipos de protección frente al virus y reutilizando una y otra vez mascarillas inadecuadas, porque los equipos de protección individual (EPI, en el vocabulario médico que todo el mundo aprende a marchas forzadas) se han convertido en un bien remoto y difícilmente alcanzable, a eso se suma la sobresaturación de urgencias, UVI y camas hospitalarias en general.
>
> Estas son las condiciones a las que se enfrentan nuestros profesionales en primera línea con esta prueba de esfuerzo. Son nuestros héroes, y cuantos honores les rinda la sociedad serán pocos, pero si cuando acabe todo esto, la clase política en general y nuestros gobernantes en particular

no han llegado a valorar adecuadamente lo que representa nuestro Sistema Nacional de Salud, público y universal, y la necesidad de cuidarlo y fortalecerlo, será que una vez más no han entendido nada. No solo hay que aplaudirles, sobre todo hay que tratarles dignamente, como realmente merecen (9).

¿Qué hacer?

La historia nos muestra que tenemos entre las manos la posibilidad de convertir la desgracia en algo positivo, que nos ayude a salir de la crisis en la que nos encontrábamos desde antes de la pandemia, y que esta impulsó a la superficie, para cambiar nuestra visión del consumo, de lo que genera desigualdad y separación entre los ciudadanos.

Necesitamos datos epidemiológicos más fiables y reales, invertir en la atención primaria de salud, pruebas diagnósticas y adquisición de medicamentos que hayan demostrado capacidad curativa o de mejoría y que ayuden al tratamiento de esta patología, así como los equipos necesarios para una adecuada atención y protección de nuestros pacientes y el sector sanitario. No sabemos aún si la lucha contra esta pandemia es solo una prueba de fuerza para algo más poderoso que se avecina. De todas las enseñanzas que definitivamente nos dejará esta pandemia, una de las más importantes es la necesidad de disponer de mejores sistemas de salud para todos. Asimismo, no debemos descuidar la atención de las otras enfermedades que afectan nuestro sistema de salud.

En nuestro Sistema Nacional es necesario la creación de empleos de calidad de 8 horas que permita la adherencia necesaria entre el trabajador y su centro de salud, con una remuneración acorde a su responsabilidad, reconocimiento, educación continua, investigación y desarrollo de sus competencias profesionales.

Las decisiones deber ser tomadas en consenso con la participación de todos los sectores sociales y políticos que representan a los países, y las medidas deben ser sustentadas por criterios técnicos y científicos, no por decisiones políticas a la medida de los intereses de sectores dominantes.

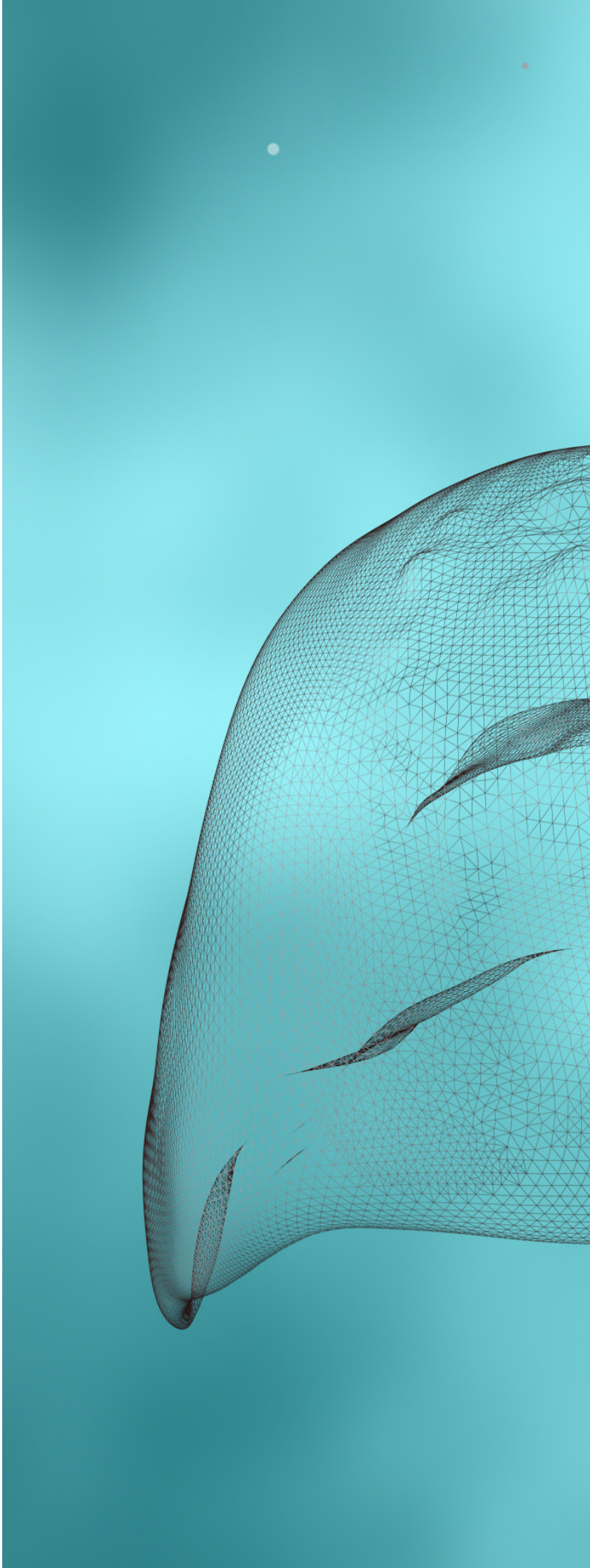
Las fuerzas sociales de todos los países del mundo deberán luchar unidas para garantizar los cambios necesarios para corregir lo que esta crisis claramente ha dejado ver. Sin duda, habrá sectores que tratarán de restablecer el reino del mercado, pero los cambios solo se operarán dependiendo de la dedicación y la tenacidad para lograr Estados con gobiernos más activos en los destinos de la economía y comprometidos con una redistribución social más justa y equitativa.

Este pequeño, pero poderoso virus eliminó los telones de un teatro deteriorado al enseñarnos un nuevo escenario, cuya ruta debemos recorrer, hasta corregir la injusticia y la desigualdad, flagelos que deberían ser cosas del pasado.

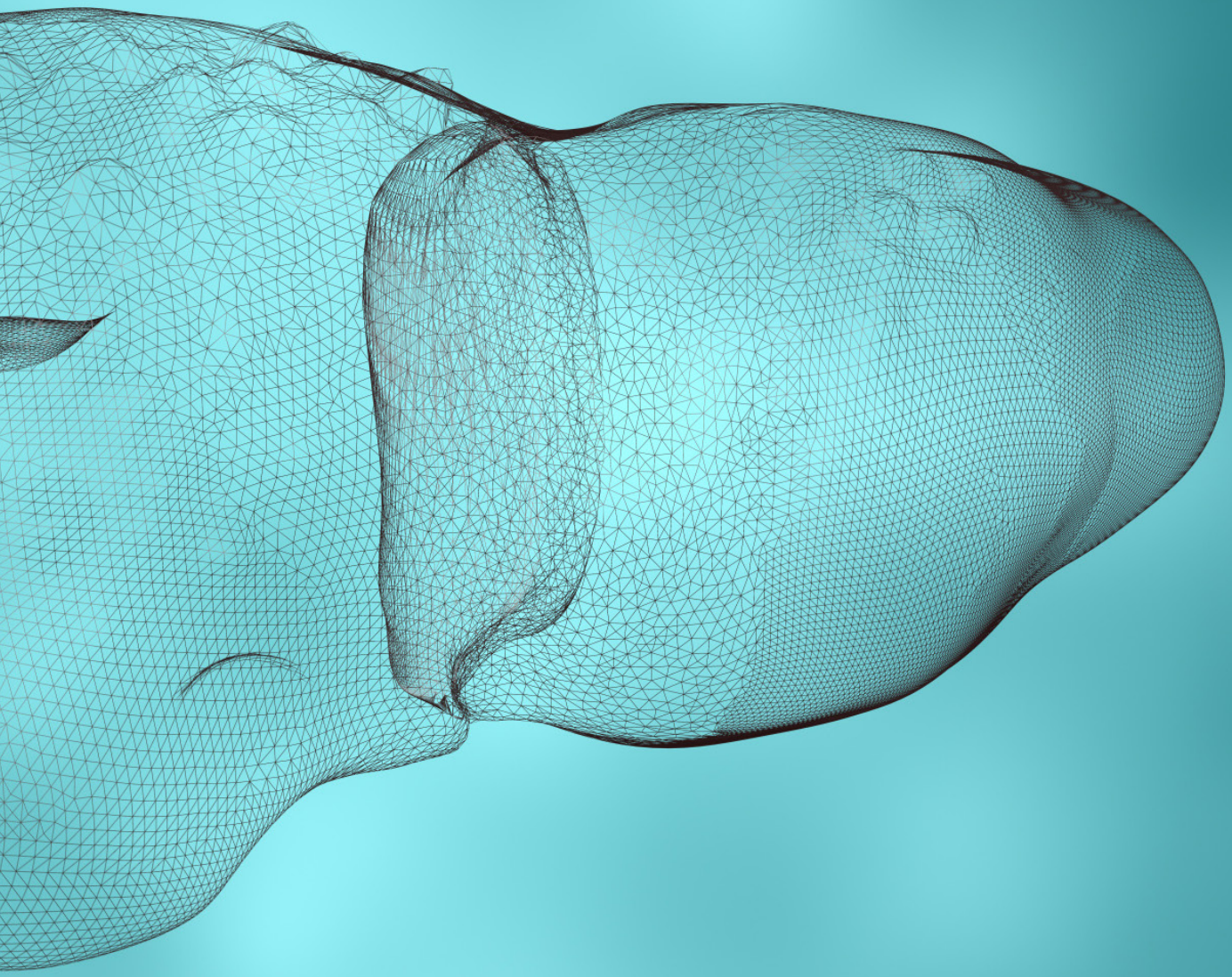
Referencias bibliográficas

1. Belouzard S, Millet JK, Licitra BN y Whittaker GR. Mechanisms of Coronavirus Cell Entry Mediated by the Viral Spike Protein. Viruses 2012, 4, 1011-1033.
2. Boff, L. Coronavirus: autodefensa de la propia Tierra. Acento, 13 abril 2020. Disponible en: https://acento.com.do/2020/opinion/pandemia-y-aprendizajes/8804752-coronavirus-autodefensa-de-la-propia-tierra/
3. Calpena, et al. Aparcamiento de ancianos S. A. Ctxt, marzo 2020. Disponible en:https://ctxt.es/es/20200302/Politica/31527/residencias-de-ancianos-privatizacion-coronavirus-fondos-buitre.htm
4. Cepal. América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19. Efectos económicos y sociales. Informe especial COVID-19, abril 2020. Disponible en:https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/4/S2000264_es.pdf
5. Cui J, Li F y Shi ZL. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nature Review, 2019, 17(3), 181.
6. Estulin D. Estamos presenciando el colapso liberal global. Resumen Latinoamericano, marzo 2020. Disponible en: http://www.resumenlatinoamericano.org/2020/03/22/internacional-daniel-estulin-estamos-presenciando-el-colpaso-liberal-global/
7. Huang C, Wang Y, Li X y cols. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020; 395: 497–506
8. Lima, L. Coronavirus: por qué EE. UU. "está fracasando" en la forma en que combate el covid-19 y cómo deja

en evidencia su sistema de salud. BBC News Mundo, marzo, 2020. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-51840157
9. Matezans R. La prueba de esfuerzo del Coronavirus. Redacción Médica, 30 marzo 2020. Disponible en: https://www.redaccionmedica.com/opinion/la-prueba-de-esfuerzo-del-coronavirus-8433
10. Nicoli, V. Las camas de los hospitales se han suprimido en nombre de la eficiencia. Ctxt. Entrevista a Noam Chomsky publicada en Il Manifesto. marzo, 2020. Disponible en: https://ctxt.es/es/20200302/Politica/31456/noam-chomsky-coronavirus-neoliberalismo-sanidad.htm
11. Organización Mundial de la Salud. Nuevo coronavirus - República de Corea (procedente de China), enero 2020. Disponible en: https://www.who.int/csr/don/21-january-2020-novel-coronavirus-republic-of-korea-ex-china/es/
12. Parrish CR, Holmes EC, Morens DM y cols. Cross-Species Virus Transmission and the Emergence of New Epidemic Diseases. Microbiology and Molecular Biology Reviews, sept. 2008, p. 457–470.
13. Senserrich, R. Las consecuencias geopolíticas de la pandemia desde la mirada de tres expertos. Red de comunicaciones Pio XII, Bolivia.
14. Steinberg F. Coronavirus: amenaza económica, respuesta política e implicaciones. Real Instituto Elcano, marzo 2020. Disponible en: http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari22-2020-steinberg-coronavirus-amenaza-economica-respuesta-politica-e-implicaciones
15. Tuncak, B. Hay que proteger el personal sanitario, héroes que luchan contra el coronavirus. Noticias ONU, 30 de marzo 2020. Disponible en: https://news.un.org/es/story/2020/03/1472062
16. Zepp-LaRouche, H. Declaración de la presidenta del Instituto Schiller Internacional: China merece un reconocimiento por su lucha contra el coronavirus. LaRouche, febrero, 2020. Disponible en: https://espanol.larouchepac.com/es/20200208.
17. Zizek, S. El coronavirus es un golpe al capitalismo. RT, febrero 2020. Disponible en: https://actualidad.rt.com/actualidad/344511-slavoj-zizek-coronavirus-golp



UN TRASPLANTE DE PÁNCREAS



Autores: Dr. Jiomar Figueroa Germosen [Cirujano de Trasplante] /
Dra. Ana Carolina de la Cruz [Nefróloga de Trasplante Renal y Pancreático]

Un trasplante de páncreas es una intervención quirúrgica que consiste en colocar un páncreas sano proveniente de una persona fallecida en otra persona enferma, cuyo páncreas ya no funciona correctamente.

El páncreas es un órgano retroperitoneal que se encuentra detrás de la parte baja del estómago. Una de sus principales funciones es producir insulina, una hormona que regula la absorción de azúcar (glucosa) hacia el interior de las células. Si el páncreas no produce suficiente insulina, la cantidad de azúcar en la sangre puede elevarse a valores poco saludables, lo que produce diabetes de tipo 1 (que por lo regular ocurre desde la infancia) o tipo 2 (que por lo regular ocurre en el adulto).

La mayoría de los trasplantes de páncreas se hacen para tratar la diabetes tipo 1. Un trasplante de páncreas ofrece una posible cura para esta afección. En algunos casos, los trasplantes de páncreas también pueden tratar la diabetes tipo 2.

La nefropatía diabética (ND) es la primera causa de inicio de tratamiento sustitutivo por insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). La mayoría de los países occidentales [1], incluido nuestro país, no están exentos de esa realidad.

En la actualidad, no existe ninguna forma ni pauta de administración de insulina para obtener un control glicémico tan correcto como el observado con el trasplante de páncreas. Un injerto pancreático funcionante es capaz de producir insulina en función de las demandas metabólicas de cada paciente, estableciendo un estado euglicémico, que permite alcanzar unos valores normales de hemoglobina glicosilada (HbA1c). Pero, además, este correcto control metabólico posibilita estabilizar e incluso revertir algunas de las complicaciones crónicas asociadas a la enfermedad diabética, lo que se traduce en una mayor calidad de vida y supervivencia de estos pacientes.

Para la mayoría, el trasplante de riñón será la mejor opción, y un grupo seleccionado se podrá también beneficiar de las ventajas de un trasplante de páncreas (TP) efectuado de forma simultánea. Con frecuencia, el trasplante de páncreas se realiza junto con un trasplante de riñón en personas cuyos riñones han quedado afectados por la diabetes estando en insuficiencia renal crónica.

Hay varios tipos diferentes de trasplantes de páncreas, como son:

1. Trasplante de páncreas únicamente.
2. Trasplante combinado de riñón y páncreas.
3. Trasplante de páncreas después de un trasplante de riñón.
4. Trasplante de células de islotes pancreáticos (en ensayo clínico actualmente).

En el seguimiento después de un trasplante de páncreas, los pacientes tomarán medicamentos inmunosupresores durante el resto de su vida para evitar que su cuerpo rechace el páncreas trasplantado. Los medicamentos contra el rechazo actúan deprimiendo el sistema inmunitario. Estos medicamentos también dificultan la defensa del cuerpo frente a infecciones y enfermedades.

¿Cómo se prepara un paciente para un trasplante de páncreas y riñón?

Debes evaluarse con el equipo de preparación multidisciplinario: Nefrología, Cirugía Endocrinología, Oftalmología, Odontología, Neumología, Cardiología, Gastroenterología, Urología, Anestesiología, Psicología, Trabajo Social, etc., además de realizar un sinnúmero de estudios y analíticas especiales para ser sometido al procedimiento.

El procedimiento quirúrgico consiste en colocar el injerto pancreático en la parte inferior derecha del abdomen y el injerto renal en la fosa ilíaca izquierda. El páncreas nativo del paciente se deja en su lugar de origen.

El equipo quirúrgico se encarga de los detalles propios del implante de ambos injertos y el equipo de anestesia de la estabilidad hemodinámica y el control de los signos vitales a lo largo de la intervención.



La cirugía de trasplante de páncreas, por lo general, dura de tres a seis horas, dependiendo de si sometemos al paciente a un trasplante de páncreas solo o a un trasplante combinado de páncreas y riñón al mismo tiempo.

Después de un trasplante de páncreas exitoso, el nuevo páncreas producirá la insulina que necesita el cuerpo, por lo tanto, ya no se requerirá terapia con insulina para tratar la diabetes tipo 1, al igual que con un trasplante renal exitoso el paciente no necesitará hemodiálisis y su calidad de vida será diferente.

En nuestro país, el Hospital General Plaza de la Salud realizó el día 13 de octubre de 2020, con éxito, el primer trasplante funcionante de páncreas y riñón a una paciente de 27 años con enfermedad diabética tipo 1 desde los 10 años y con enfermedad renal crónica de 2 años de evolución en hemodiálisis, 3 veces por semana.

Esta intervención quirúrgica fue posible gracias al esfuerzo de un gran número de profesionales, dirigido en el ámbito quirúrgico por el Dr. Jiomar Figueroa Germosen y en la parte clínica por la Dra. Ana Carolina de la Cruz.

Bibliografía

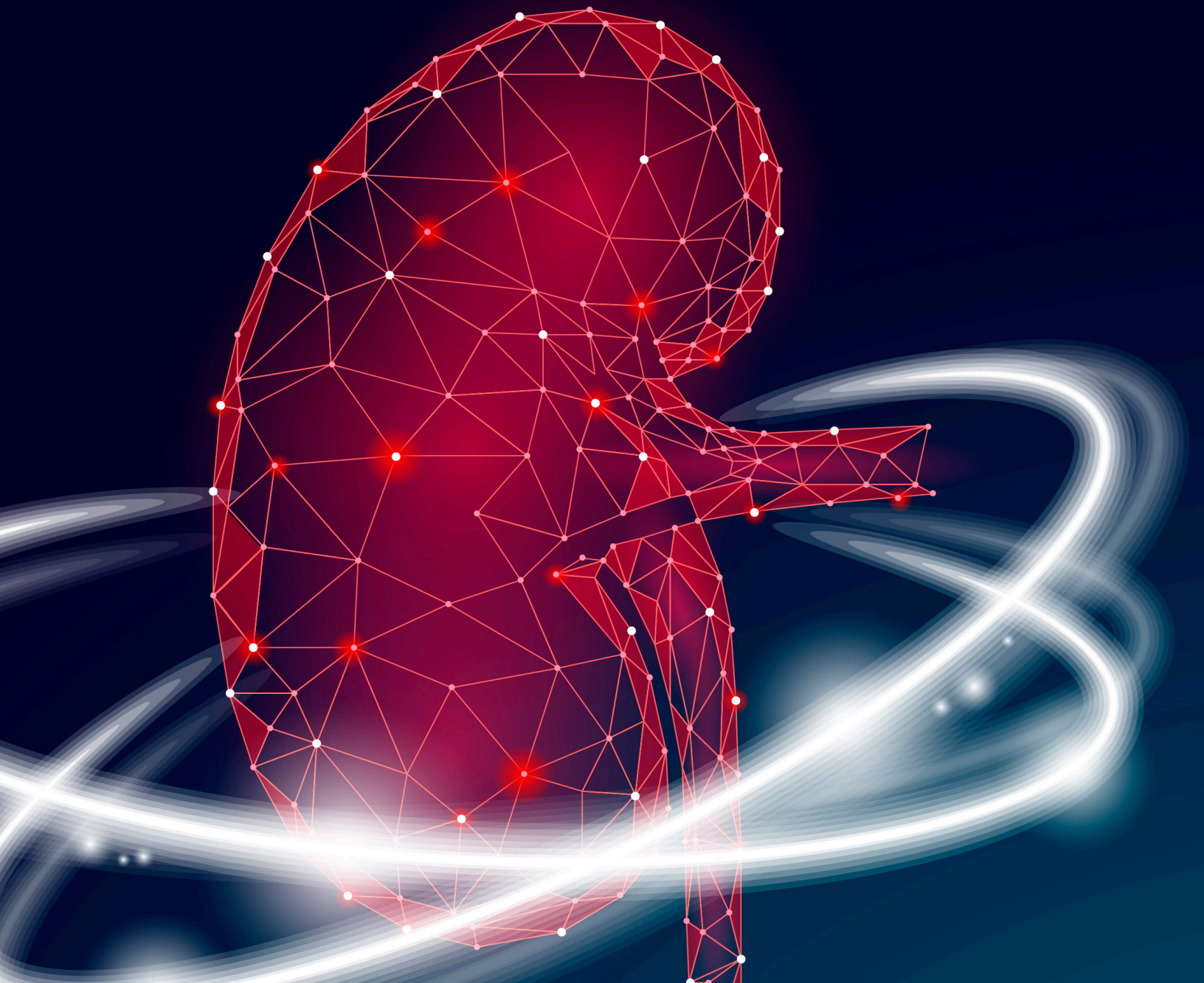
1. *Mayo Clinic Family Health Book* (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.ª edición.
2. Martínez-Castelao A, Górriz JL, De Álvaro F, Navarro JF. Epidemiología de la diabetes mellitus y la nefropatía diabética. Repercusiones sociales de la pandemia. *Nefro-Plus* 2008; 1(1):8-15.
3. Gruessner RWG and Gruessner AC. The current state of pancreas transplantation. *NatRevEndocrinol* 2013; 9: 555-562.
4. Dean PG, Kukla A, Stegall MD, Kudva YC. Pancreas transplantation. BMJ 2017;357:j1321doi: 10.1136/bmj.j1321
5. Mittal S and Gough SCL. Pancreas transplantation: treatment option for people with diabetes. *Diabetic Medicine* 2013; DOI: 10.1111/dme.12373.
6. Dunn TB. Life after pancreas transplantation: reversal of diabetic lesions. *CurrOpin Organ Transplant* 2014; 19:73¿79.
7. Documento de consenso sobre criterios de selección de donante y receptor en trasplante de páncreas. Actualización del documento de consenso sobre Trasplante de Páncreas e Islotes 2005. Grupo Español de Trasplante de Páncreas y Organización Nacional de Trasplantes. Disponible en: http://www.ont.es/infesp/Paginas/DocumentosdeConsenso. [consultado 1 de septiembre 2019].



TRASPLANTE RENAL

EN LA REPÚBLICA DOMINICANA Y ENFERMEDAD POR COVID-19

Dr. Ignacio Bengoa



Según datos del Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT), el primer trasplante de órgano sólido en nuestro país se realizó 1972. En 2019 se había realizado un total de 1,148 trasplantes renales, 49 trasplantes hepáticos, 3 trasplantes cardíacos y 1 trasplante pancreático.

La manifestación más avanzada de la enfermedad renal crónica, la insuficiencia renal crónica terminal, y la consiguiente necesidad de terapia renal sustitutiva para poder sobrevivir (diálisis o trasplante) ha presentado un incremento progresivo en las últimas décadas alcanzando cifras consideradas como epidémicas. Se estima que la incidencia anual para nuestro país es de 150 a 200 habitantes por millón de población (1500 a 2000 pacientes necesitarían todos los años algún tipo de terapia renal sustitutiva).

El trasplante renal es la mejor terapia de sustitución renal, ya que ofrece mejor supervivencia del paciente, mejor calidad de vida y es más económico para la sanidad pública o privada.

El virus causante de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), se denomina coronavirus del síndrome respiratorio grave agudo 2 (SARS-CoV-2). Se especula que tiene un origen zoonótico y se transmite por las gotitas exhaladas al hablar y toser tanto por personas asintomáticas como sintomáticas; presenta un periodo de incubación medio, es de 5 días oscilando de 2 a 14 días (el 98% de los pacientes) aunque ha habido casos hasta 24 días. El tiempo desde el inicio hasta el desarrollo de la enfermedad grave (incluida la hipoxia): 1 semana. Un 20% de los casos, a los 7-9 días del inicio de la enfermedad, se produce un agravamiento brusco con desaturación requiriendo ingreso urgente hospitalario y parece ser que, en un porcentaje menor, pero en algunos jóvenes es aún más rápido. Un 5-6% de esos pacientes agravados precisan ingreso en unidades de cuidados intensivos.

La enfermedad COVID-19 se podría clasificar en 3 etapas según los hallazgos clínicos y la respuesta a los diferentes tratamientos.

Fase I: Infección temprana (día 1 a día 6-8). Gran carga viral en secreciones rinofaríngeas

La etapa inicial ocurre en el momento de la inoculación y el establecimiento temprano de la enfermedad. Para la mayoría de las personas esto implica un período de incubación asociado con síntomas leves y a menudo no específicos, como malestar general, fiebre y tos seca. Durante este período, el COVID-19 se multiplica y establece la residencia en el huésped, centrándose en el sistema respiratorio, uniéndose a las células utilizando el receptor enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) (pulmón, intestino delgado, riñón y endotelio vascular). Como resultado del método de transmisión por aire, así como la afinidad por los receptores ACE2 del pulmón, la infección generalmente se presenta con síntomas respiratorios y sistémicos leves.

El diagnóstico en esta etapa incluye PCR de muestra respiratoria, junto con imágenes de tórax, hemograma completo (linfopenia y neutrofilia) y pruebas de función hepática.

El tratamiento en esta etapa está dirigido principalmente al alivio sintomático. En aquellos pacientes que pueden mantener el virus limitado a esta etapa de COVID-19, el pronóstico y la recuperación son excelentes.

Fase II: Inflamatoria pulmonar (moderada): afectación pulmonar sin hipoxia (IIa) y con hipoxia (IIb) (7-10 día...)

Es la etapa de afectación inflamatoria pulmonar. Los pacientes desarrollan una neumonía viral, con tos, fiebre y posiblemente hipoxia (definido como un PaO2 / FiO2 de < 300 mmHg). Se observan infiltrados bilaterales u opacidades en vidrio esmerilado. Los análisis de sangre revelan un aumento de la linfopenia, junto con elevación de transaminasas y a veces procalcitonina baja. Los marcadores de inflamación sistémica pueden estar elevados, pero no notablemente. En esta etapa es cuando los pacientes necesitarían ser hospitalizados para una observación y tratamiento cercanos.

El tratamiento consistiría principalmente en medidas de apoyo y terapias antivirales disponibles como Remdesivir.

En la etapa temprana IIa (sin hipoxia significativa), no parece indicado el uso de corticosteroides. Sin embargo, en IIb, si se produce hipoxia, es probable que los pacientes progresen a ventilación mecánica y, en esa situación, los corticosteroides deben emplearse juiciosamente.

Fase III: Inflamación sistémica extrapulmonar

Una minoría de pacientes con COVID-19 pasará a la tercera y más grave etapa de la enfermedad, que se manifiesta como un síndrome de hiperinflamación sistémica extrapulmonar.

En esta etapa, se elevan los marcadores como la IL-2, IL-6, IL-7, el factor estimulante de colonias de granulocitos, la proteína inflamatoria de macrófagos 1-alfa, el factor de necrosis tumoral-alfa, la PCR, la ferritina y el dímero-D. Están significativamente más elevados en aquellos pacientes con enfermedad más grave. La troponina y el péptido natriurético de tipo B N-terminal pro (NT-proBNP) también pueden estar elevados.

En esta etapa, puede presentarse un síndrome hemofagocítico, shock, vasoplejia, insuficiencia respiratoria e incluso, fracaso multiorgánico con afectación sistémica, incluida miocarditis.

El tratamiento en el estadio III comprende el uso de corticosteroides, junto a inhibidores de citoquinas como Tocilizumab (inhibidor de IL-6) o Anakinra (antagonista del receptor de IL-1) e inmunoglobulina (IGIV) para modulación de un sistema inmune.

En general, el pronóstico es grave y la recuperación de esta etapa crítica de la enfermedad es pobre.

Enfermedad COVID-19 en trasplantados renal

No se conocen datos precisos sobre los receptores de trasplante con COVID-19. Sin embargo, según los datos de influenza y SARS, si ocurre una infección, la progresión a neumonía puede ser más común en la población inmunocomprometida, incluidos los receptores de trasplantes. Además, se anticipa que los receptores de trasplantes pueden tener una mayor carga viral y eliminación, lo que resulta en una mayor infectividad y potencial de propagación a otras personas.

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE COVID-19 SE REALIZA IGUAL QUE A LA POBLACIÓN GENERAL

1. Pruebas basadas en la detección de ácidos nucleicos

La detección de la presencia de ácidos nucleicos del COVID-19 en la muestra del paciente por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es la técnica más útil para el diagnóstico de este proceso y, por tanto, debe ser considerada el procedimiento de elección y referencia.

Los falsos positivos o negativos en realidad están relacionados con inadecuada técnica de recogida, etiquetado o transporte. Puede ocurrir degradación viral de ARN de las muestras, por lo que las pruebas deben realizarse dentro de las 4 horas o congelarse a -20° C; de lo contrario aumenta el falso negativo. Se debería hacer la prueba confirmatoria solo cuando la situación clínica lo requiera o los resultados del primer estudio fuesen dudosos.

2. Pruebas basadas en la reacción antígeno-anticuerpo

Detección de antígenos y detección de anticuerpos
Las pruebas de detección de anticuerpos IgM e IgG en sangre en formato de inmunocromatografía. Dada la incertidumbre de dichas pruebas (imprecisión y especificidad no alta), es importante que la interpretación de anticuerpos sea cautelosa, pues pudiera ser que creamos tener anticuerpos y bajemos la protección, por lo que habría que hacer un umbral de anticuerpos de protección.

TRATAMIENTO ENFERMEDAD COVID-19 TRASPLANTE RENAL

En la República Dominicana los casos por enfermedad COVID-19 ha aumentado de manera progresiva

desde marzo de 2020. No se conoce el comportamiento de dicha condición en trasplante renal. El enfoque terapéutico aún se debate y más aún, cuando los datos en subgrupos de pacientes de alto riesgo son escasos. En el momento actual, salvo el Remdesivir, la anticoagulación y los corticoides, en una fase previa a la agravación de la explosión inflamatoria, no existen datos suficientes en favor o en contra de cualquier terapia antiviral o inmunomoduladora para pacientes graves o trasplantados renales. De hecho, no hay datos farmacocinéticos en muchos de estos fármacos relacionados con la función renal. Considerando que una parte muy importante (10%) de la población mundial tiene un filtrado glomerular (FG) < 60ml/min/1.73m2 y que muchos pacientes trasplantados tienen asimismo FG muy descendidos. Presentamos una primera aproximación orientativa de las modificaciones de dosis de estos fármacos en relación con su función renal (Tabla 1).

	Hidroxicloroquina	Lopinavir/Ritonavir	Darunavir/Cobicistat	Azitomizina	Tocilizumab	Anakinra	Sirilumab	Intereferón B1b	Remdesivir
FGe>60ml/min	400 mg VO/12hr primer día, seguido de 200 mg VO/12h durente 5 días	200 mg/50 mg x2/12hr VO duración máxima de 14 días	800 mg/150 mg cada 24h VO. No requiere ajuste posológico. Cobicistat Inhibe la secreción tubular de creatinina. Precaución para el ajuste de otros fármacos.	500-250 mg/ 24h VO o IV durante 4-5 días	Dosis Fija: Peso>75kg:dosis única 600 mg IV. Peso < 75kg: dosis única 400 mg IV. O Ajustar: Peso < 30kg: 12 mg/kg/IV. Peso>30kg: 8mg/ kg/IV.	100-200 mg/12 24h 1-2 días en inyección	200-400 mg IV en una única infusión.	250 microgramos administrados por vía subcutánea cada 48h durante 14 días. Comenzar con 62,5 microgramos e ir aumentando paulatinamente.	Dosis de carga el primer día de 200 mg IV seguida de una dosis de mantenimiento de 100 mg IV al día desde el día 2 al día 10
FGe 45-60 ml/min						Precaución, aunque no requiera ajuste de dosis			
FGe 35-45 ml/min									
Fge 30-15 ml/min	200 mg VO/12h durante 5 días				Sin datos sobre toxicidad o ajuste	Se debe considerar administrar la dosis prescrita en días alternos	Sin datos sobre toxicidad o ajuste	Se debe extremar la precaución y considerar una estrecha vigilancia de los pacientes a los que se administa irterferón beta y presentan fallo renal grave.	Sin datos sobre toxicidad o ajuste
FGe <15 ml/min	200 mg VO/24h durante 5 días			Precaución: FGe<10 ml/min se incrementan un 33% los niveles sistémicos					
Hemodiálisis	200 mg VO/24hr durante 5 días **	Ambos se unen ampliamente a proteínas plasmáticas, es poco probable que se eliminen significativamente por HD o DP	Sin datos sobre ajuste, precaución *.	Los días de diálisis administrar después de la sesión	Sin datos sobre ajuste, precaución*		Sin datos sobre ajuste, precaución*	Sin datos sobre ajuste, precaución*	Sin datos sobre ajuste, precaución*
Diálisis Peritoneal	201 mg VO/24hr durante 5 días			500-250 mg/ 24h VO o IV					

* En ausencia de datos sobre aclaramiento dialítico, se recomienda administrar la dosis del fármaco al finalizar cada sesión de hemodiálisis.

** Siempre que el QTc del electrocardiograma sea inferior a 450 milisegundos.



Asimismo, falta información para recomendar a favor o en contra cualquier agente antimicrobiano de amplio espectro en ausencia de una indicación específica. Tampoco los datos clínicos son suficientes para recomendar a favor o en contra del uso de plasma convaleciente o inmunoglobulina hiperinmune para el tratamiento de COVID-19, a pesar de datos positivos en series muy cortas de Covid-19. Especialmente importante es la acumulación de estudios sobre la hidroxicloroquina, el fármaco mundialmente más empleado, no solamente por su cada vez más comentada ineficacia, sino por su eventual toxicidad que ha requerido una advertencia de la FDA (Food and Drug Administration del Gobierno de EE. UU.) y de la EMA (European Medicienes Agency).
Es importante individualizar el tratamiento día a día de cada paciente trasplantado renal infectado con COVID 19, haciendo hincapié en cuanto a disminución de la inmunosupresión, las interacciones farmacológicas y ajustar las dosis de los medicamentos en relación con la función renal en los pacientes trasplantados (tabla 2 del Hospital de la Paz España).

Tabla 2. Protocolo inmunosupresor en pacientes con trasplante renal e infección por COVID-19 del Hospital La Paz de Madrid

Receptores de trasplante renal		**<60 AÑOS**	**>60 AÑOS**
Sin infiltrados pulmonares		-Mantener tto inmunosupresor sin cambios. -Si comienza tratamiento con hidroxicloroquina disminuir la dosis de tacrolimus y de iMTOR un 20% de entrada (debido a las interacciones entre tacrolimus e iMTOR y la cloroquina) y luego monitorizar siempre niveles cada 48 horas y mantener niveles de tacrolimus: 4-6 ng/ml.	-Suspender MMF y mantener con tacrolimus1 (niveles de 4-6 ng/ml) y prednisona (dosis habitual, no subir a 20 mg)
Con infiltrados pulmonares	Sin hipoxemia ni fiebre	- Suspender sólo MMF. Mantener con tacrolimus1 (niveles 4-6 ng/ml) y prednisona 20 mg al día	Suspender MMF, disminuir tacrolimus1 para niveles de 3-5 ng/ml y mantener prednisona (dosis habitual, no subir a 20 mg)
	Más Hipoxemia (con necesidad de oxígeno) o fiebre	1.- Suspender tacrolimus y MMF (o iMTOR) y mantener solo con prednisona 20 mg al día durante los primeros 4 días. 2.- A partir del 5o día de ingreso, si la situación clínica mejora (no tiene fiebre y no necesita oxígeno): Reiniciar tacrolimus1 para mantener niveles de 4-6 ng/ml asociado a la prednisona de 20 mg. 3.- A partir del 5o día de ingreso, si la situación clínica no mejora (persiste con fiebre o necesidad de oxígeno), mantener solo con prednisona 20 mg al día. Se reiniciará tacrolimus como en el punto 2 cuando mejore.	1.- Suspender tacrolimus y MMF (o iMTOR) y mantener solo con prednisona 20 mg al día durante los primeros 4 días. 2.- A partir del 5o día, si la situación clínica mejora (no tiene fiebre y no necesita oxígeno): Reiniciar tacrolimus1 para mantener niveles de 3-5 ng/ml asociado a la prednisona de 20 mg. 3.- A partir del 5o día, si la situación clínica no mejora (persiste con fiebre o necesidad de oxígeno), mantener solo con prednisona 20 mg al día. Se reiniciará tacrolimus como en el punto 2 cuando mejore. Si comienza o ya está con hidroxicloroquina, disminuir la dosis de tacrolimus y de iMTOR un 20% de entrada (debido a las interacciones entre tacrolimus e iMTOR y la cloroquina).
Pacientes que han estado en contacto con un caso de infección confirmada por coronavirus y no tienen síntomas	Comenzar con Hidroxicloroquina 200mg cada 12 horas durante 5 días. Reducir dosis de tacrolimus o iMTOR un 20% durante los días y posteriormente volver a la dosis habitual. Resto de la inmunosupresión sin cambios.		

Podríamos concluir que el mejor tratamiento es la prevención, mientras esperamos una vacuna eficaz, segura y de calidad para los pacientes trasplantados renales.

Se recomienda a los pacientes trasplantados durante la pandemia COVID-19, lo siguiente:

1. Mantener estrecha relación con sus médicos de trasplantes y ante cualquier signos o síntomas sospechosos de infección respiratoria, comunicárselo de inmediato (tos, fiebre, dolor muscular, goteo nasal, cansancio inexplicable, pérdida del gusto, pérdida del olfato, diarrea, salpullido, rash, conjuntivitis o cualquier síntoma clínico no habitual).
2. No suspender ni modificar ningún tratamiento inmunosupresor y/o tratamiento de sus enfermedades habituales (hipertensión, diabetes mellitus, enfermedades pulmonares crónicas, etc.) sin consultar con sus médicos.
3. En estado de emergencia mantener el confinamiento en domicilio de forma estricta, evitar salir de casa, reducir la asistencia al máximo a centros hospitalarios, realizar toma de muestra de laboratorio en el domicilio, seguimiento médico por el teléfono o alguna plataforma virtual.
4. Mantener una higiene adecuada: lavado de mano con frecuencia por 20 segundos con agua y jabón o un desinfectante para manos a base de alcohol, al menos al 60%. Evitar tocarse los ojos, nariz y boca antes de lavarse las manos. Realizar limpieza habitual de las superficies de la casa, regularmente con una solución de hipoclorito al 1% (1000 ml de agua se añade 10 ml de cloro).
5. Se recomienda esquema de vacunación con Influenza estacional y refuerzo de Neumococo, si procediera.
6. Si va a salir de domicilio utilizar mascarilla en lugares públicos, evitar conglomerados de personas (no ir al banco, no ir al supermercado etc.), distanciamiento de 2 metros entre personas, evitar contacto con personas.
7. Evitar consumo de alcohol y/o tabaco, son perjudiciales para la salud y, además, disminuyen las defensas.
8. Seguir una correcta alimentación e hidratación, según recomendación médica individualizada.

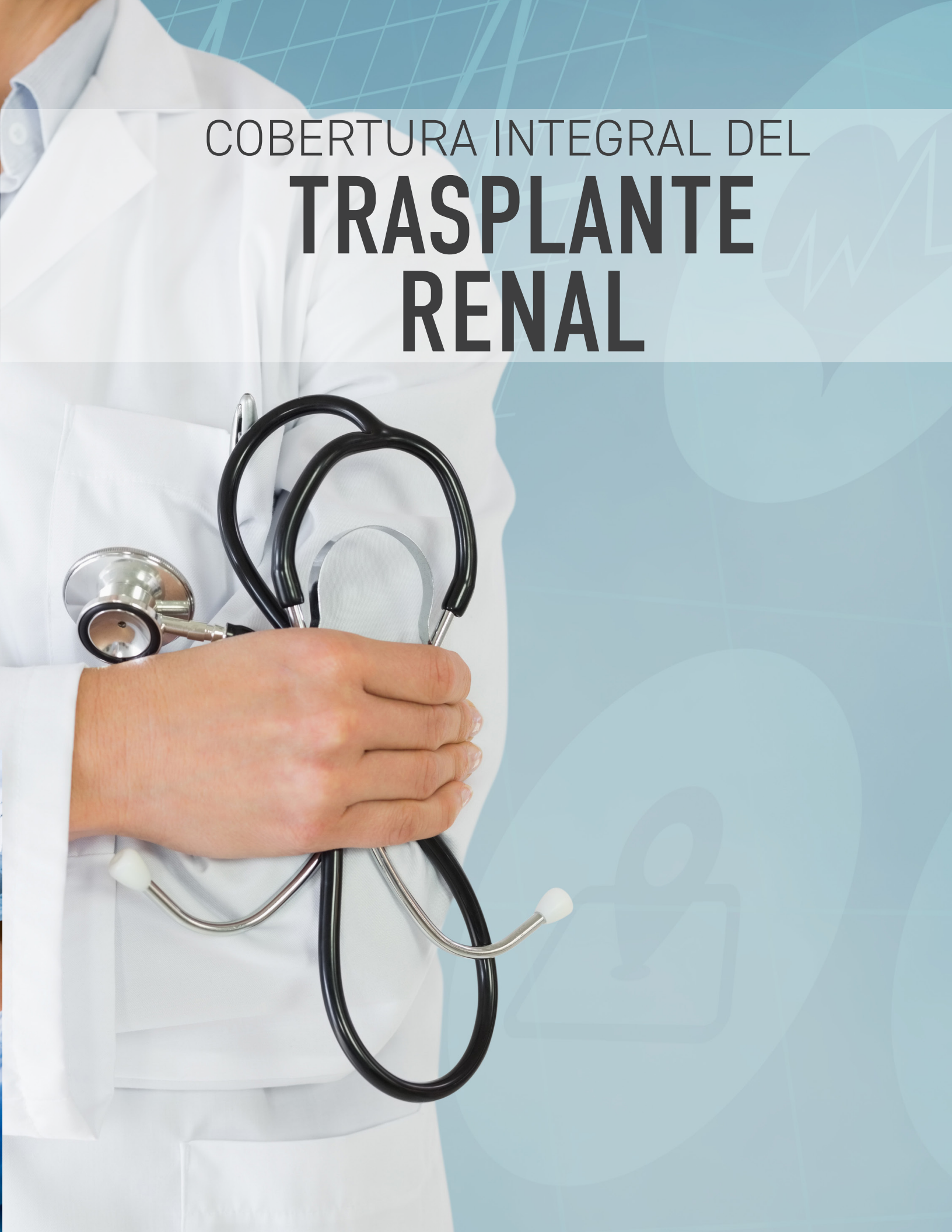
En relación con la actividad trasplantadora, la mayor parte de los grupos de trasplantes en el mundo, consideran continuar con los programas de trasplantes, en la medida que se pueda descartar la infección por COVID 19, basado en el riesgo epidemiológico, la disponibilidad operativa de cada institución de acuerdo con la pandemia, pruebas directas de identificación del virus e imagen escenográficas pulmonares. Actualmente, se reinició el programa de trasplante renal de donante cadavérico y vivo en septiembre 2020 en la República Dominicana.

El Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) trabaja de forma continua en la elaboración y actualización de protocolos según la evidencia científica y las buenas prácticas para continuar el programa de donación y trasplante. Este documento debe de tratar el abordaje completo de pacientes, quienes serán llevados a trasplantes y sus donantes (donante fallecido y donante de vivo), así como el equipo trasplantador ante este nuevo escenario de enfermedad COVID-19 y todas las medidas de bioseguridad.



COBERTURA INTEGRAL DEL

TRASPLANTE RENAL



La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se ha convertido en un grave problema de salud pública, incrementándose en los últimos años de manera importante la incidencia y prevalencia de la insuficiencia renal crónica o fallo renal, la cual deriva en un tratamiento sustitutivo mediante diálisis o trasplante renal.

El trasplante renal es la terapia de elección para la insuficiencia renal crónica terminal, mejora la calidad de vida y la supervivencia es de menor costo frente a la diálisis.

El siguiente artículo corresponde a un resumen del documento sobre Cobertura Integral del Trasplante Renal en el Sistema Dominicano de Seguridad Social que concierne a la Resolución 431-02, elaborado por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) junto con el Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes (INCORT) sobre los avances de las necesidades de las personas con Insuficiencia Renal Crónica.

Resumen

El Sistema Dominicano de Seguridad ha incorporado avances en los últimos años en la cobertura de las necesidades de las personas con Insuficiencia Renal Crónica. Entre estos avances, a partir de las Resoluciones CNSS 431-02 y 457-05, de fecha 19 de octubre de 2017 y 11 de octubre de 2018, respectivamente, se incorporaron importantes mejoras en la cobertura del Trasplante Renal para todo afiliado activo del Seguro Familiar de Salud (SFS).

En la actualidad, este trasplante cuenta con una cobertura limitada a RD $1,000,000.00 por evento y por año de afiliación para cada persona, aplicándole períodos de espera y la gradualidad establecida en las normativas vigentes. Dicho límite aplica para el acto relacionado al trasplante mismo, el cual incluye los procedimientos de receptor y donante; abarca los gastos relacionados con la hospitalización y extracción de riñones en donantes vivos o cadavéricos, pero dejando sin cobertura otros servicios requeridos como parte del proceso de trasplante. También incluye la terapia inmunosupresora, la cual fue efectiva mediante la Resolución CNSS 431-02.

Sin embargo, estas coberturas por sí solas no garantizan el financiamiento integral del Trasplante Renal considerando que existen otros costos asociados por procedimientos indispensables no cubiertos por el SFS, como son las pruebas cruzadas (receptor-donante), el estudio del donante, mantenimiento del donante cadavérico, seguimientos postrasplantes con pruebas de determinación de niveles plasmáticos de fármacos inmunosupresores, seguimiento posextracción del donante vivo, entre otras.

Mediante la Resolución CNSS 457-05, de fecha 11/10/2018, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) incluyó la cobertura del donante vivo o cadavérico de Trasplante Renal con cargo a la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) del receptor. En dicha resolución se incluyó igualmente la cobertura para los casos en que el donante vivo no esté afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y se instruyó a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a presentar una propuesta para garantizar la cobertura integral del Trasplante Renal.

Para elevar esta propuesta al Consejo Nacional de Seguridad Social, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales se auxilió del Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) y el Programa de Medicamentos de Alto Costo del Ministerio de Salud Pública, evaluando juntos el proceso completo del Trasplante; se visualizaron las diferentes etapas y prestaciones involucradas, probabilidades, frecuencias de uso y costos asociados, lo cubierto en la actualidad y lo pendiente, en interés de garantizar el ciclo de diagnóstico y tratamiento, desde la identificación del paciente con Insuficiencia Renal Crónica calificable para el trasplante hasta su seguimiento posterior después de su realización.
Este análisis permitió identificar y dimensionar los requisitos regulatorios necesarios para la aplicación efectiva de las coberturas asociadas, incluyendo al donante cadavérico (cobertura del paciente con muerte encefálica, al menos durante 24 horas a partir de declarado el fallecimiento), la terapia farmacológica ambulatoria inmediata para el postrasplante en el donante vivo y el receptor, la terapia de inmunosupresión pretrasplante y la terapia continua postrasplante, así como el seguimiento

postrasplante para el receptor según los protocolos, incluidas pruebas de monitoreo para determinar niveles plasmáticos de fármacos inmunosupresores para ajuste de dosis.

Asimismo, la SISALRIL, el INCORT y el Programa de Medicamentos de Alto Costo del Ministerio de Salud Pública, junto al Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), según lo solicitado por el CNSS en su Resolución 457-05, definieron un mecanismo para la notificación oportuna de fallecidos, el cual podrá facilitar la actuación inmediata de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) generadores de trasplante, las PSS Trasplantadoras y las ARS para gestionar y autorizar la cobertura del Trasplante Renal a partir de la notificación de donantes cadavéricos potenciales.

Con esta propuesta se espera garantizar, a los afiliados que padecen Insuficiencia Renal Crónica y califiquen para el Trasplante Renal, la cobertura de todos los servicios requeridos, desde su evaluación inicial como potencial receptor de donante vivo o cadavérico (incluyéndolos en la lista de espera), hasta el seguimiento continuo postrasplante con los medicamentos inmunosupresores, pruebas, consultas y otros servicios.

La propuesta presentada al Consejo Nacional de la Seguridad Social por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales se enmarca en el cumplimiento del Decreto del Poder Ejecutivo 436-14 d/f 17 de noviembre de 2014, que establece el Reglamento de Donantes Vivos Relacionados y de Cadáveres para Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos, la Ley General de Salud (42-01) y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01), y sus normas complementarias, e incluye los requisitos regulatorios necesarios para la aplicación efectiva de las coberturas integral del Trasplante Renal, reduciendo o eliminando las barreras de acceso actuales, y, fundamentalmente, reduciendo de manera significativa el gasto de bolsillo directo de los afiliados y sus familias por los servicios no cubiertos hoy en día.

El monto y condiciones para su aplicación deberán ser determinados por el Consejo Nacional de la Seguridad Social.

Dra. Yesenia Díaz, directora de Aseguramiento en Salud para el Régimen Contributivo (SISALRIL)
Dra. Diana Zayas, gerente de Procesos de la Dirección de Aseguramiento en Salud para el Régimen Contributivo (SISALRIL)
Lic. Leticia Martínez Martiñón, directora de la Oficina de Estudios Actuariales y Estadísticas (SISALRIL)
Dr. Fernando Morales, coordinador Nacional de Donación y Trasplante (INCORT)
Dra. Esther De Luna, encargada de Educación Médica Continua (INCORT)
Dr. Ignacio Bengoa, coordinador de Trasplante (INCORT)



DECLARACIÓN DE LA AMM

SOBRE LAS MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN Y LA LUCHA CONTRA LOS DELITOS RELACIONADOS CON LOS TRASPLANTES

Adoptada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, octubre 2020

INTRODUCCIÓN

En 2017 se realizaron casi 140.000 trasplantes de órganos sólidos en el mundo. Aunque es una cifra impresionante, esta actividad apenas cubre el 10% de las necesidades globales de trasplantes. La disparidad entre la oferta y la demanda de órganos ha llevado a la emergencia de delitos relacionados con los trasplantes, tales como la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos.

Estos delitos violan los derechos humanos fundamentales y plantean graves riesgos para la salud tanto individual como pública. Se desconoce el verdadero alcance de los delitos relacionados con los trasplantes, pero se estima que entre el 5% y el 10% de los trasplantes a nivel mundial tienen lugar en el contexto del comercio internacional de órganos, que a menudo implica el turismo de trasplantes a destinos donde las leyes contra la venta y compra de órganos humanos son inexistentes o están mal aplicadas. La trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos también puede darse dentro de los límites de una jurisdicción determinada, sin incluir viajes para trasplantes. En todos los casos, los sectores más vulnerables de la población a menudo se convierten en víctimas de explotación y coacción.

Preocupada por la creciente demanda de órganos y por las prácticas poco éticas emergentes en el campo, la Organización Mundial de la Salud ha llamado a los gobiernos y los profesionales de la salud a buscar la autosuficiencia en el trasplante, a través de estrategias dirigidas a disminuir la carga de enfermedades tratables con trasplante y estrategias para aumentar la disponibilidad de órganos, maximizar la donación de los fallecidos y garantizar la protección de los donantes vivos. El progreso hacia la autosuficiencia en el trasplante es consistente con el establecimiento de acuerdos de cooperación oficiales entre los países a fin de intercambiar órganos o facilitar el acceso de los pacientes a programas de trasplantes que no existen en sus países. Los acuerdos entre países deben estar basados en los principios de justicia, solidaridad y reciprocidad.

El progreso hacia la autosuficiencia en el trasplante es la mejor estrategia a largo plazo para prevenir los delitos relacionados con los trasplantes.

La característica distintiva de los delitos relacionados con los trasplantes es la necesaria participación de los profesionales de la salud. Es precisamente esto lo que ofrece la oportunidad única para prevenir y combatir estos delitos. Los profesionales de la salud son clave en la evaluación de potenciales parejas de donantes vivos y receptor, siendo también los que atienden a pacientes desesperados y vulnerables en riesgo de involucrarse en actividades ilícitas de trasplante. Además, debido a que los pacientes que reciben un trasplante requieren atención especializada a largo plazo, los médicos deben enfrentarse al desafío que supone prestar asistencia a los pacientes que han recibido un órgano a través de medios ilícitos cuando descubren redes de tráfico. Organizaciones internacionales, tales como el Consejo de Europa, la Unión Europea y Naciones Unidas, así como plataformas profesionales internacionales, han elaborado tratados, resoluciones y recomendaciones para luchar conjuntamente contra los delitos relacionados con los trasplantes.

La AMM enfatiza la responsabilidad de los médicos en la prevención y la lucha contra la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos y el importante papel que desempeñan los médicos y otros profesionales de la salud en ayudar a las organizaciones internacionales, asociaciones médicas y los legisladores a luchar contra estas actividades delictivas.

En la lucha contra los delitos relacionados con el trasplante, es de suma importancia que los principios de transparencia de la práctica, trazabilidad de órganos y continuidad de la atención estén garantizados para cada procedimiento de trasplante realizado a nivel nacional o en el extranjero.

La AMM reafirma su Declaración sobre la Donación de Órganos y Tejidos y su Declaración de Sídney sobre la Certificación de la Muerte y la Recuperación de Órganos. Condena toda forma de trata de personas con el objetivo de extirpar órganos y traficar órganos humanos, la AMM pide la aplicación de las siguientes recomendaciones.

RECOMENDACIONES

Responsables de políticas e involucrados en salud:

1. Los gobiernos deben crear, implementar y hacer cumplir estrictamente los marcos legislativos que prohíban y penalicen la trata de personas con el objetivo de extirpar órganos y traficar órganos humanos, que incluya disposiciones para prevenir y proteger a sus víctimas.
2. Los gobiernos deberían considerar la posibilidad de ratificar o adherirse a la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y el Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, así como la Convención del Consejo de Europa contra el Tráfico de Órganos Humanos. También deberían considerar la posibilidad de cooperar con las organizaciones internacionales existentes para una lucha más eficaz contra los delitos relacionados con los trasplantes. La AMM debería desempeñar un papel de liderazgo a la hora de influir en las prácticas éticas en materia de donación y trasplante.
3. Las autoridades de salud deben crear y mantener registros para registrar información sobre cada procedimiento de recuperación y trasplante de órganos, así como información sobre los resultados de donantes vivos y receptores de órganos, para garantizar la trazabilidad de los órganos, con el debido respeto a la confidencialidad profesional y la protección de datos personales. Los registros deben estar diseñados para registrar información sobre los procedimientos que se llevan a cabo dentro de un país y sobre los procedimientos de trasplante y donación en vida de residentes de ese país realizados en otros destinos.
4. Se alienta a los países a contribuir periódicamente con esta información al Observatorio Mundial sobre Donación y Trasplantes creado en colaboración con la Organización Mundial de la Salud.
5. Las autoridades sanitarias y las asociaciones médicas deben garantizar que todos los profesionales de la salud reciban orientación sobre la naturaleza, alcance y consecuencias de los delitos relacionados con los trasplantes y también sobre sus responsabilidades y deberes en la prevención y lucha de estas actividades delictuales y en los medios para hacerlo.
6. Dado que la autosuficiencia es la mejor estrategia a largo plazo para prevenir los delitos relacionados con los trasplantes, las autoridades sanitarias y los responsables políticos deben desarrollar estrategias preventivas para disminuir la carga de enfermedades tratables con trasplantes y aumentar la disponibilidad de órganos.
7. El aumento de la disponibilidad de órganos debe basarse en la creación y la optimización de programas de donación de fallecidos éticamente sólidos, tras la certificación de la muerte por criterios neurológicos y circulatorios. Es de destacar que la donación después de la certificación de la muerte por criterios circulatorios se acepta en un número limitado de países. Los gobiernos deben investigar si la

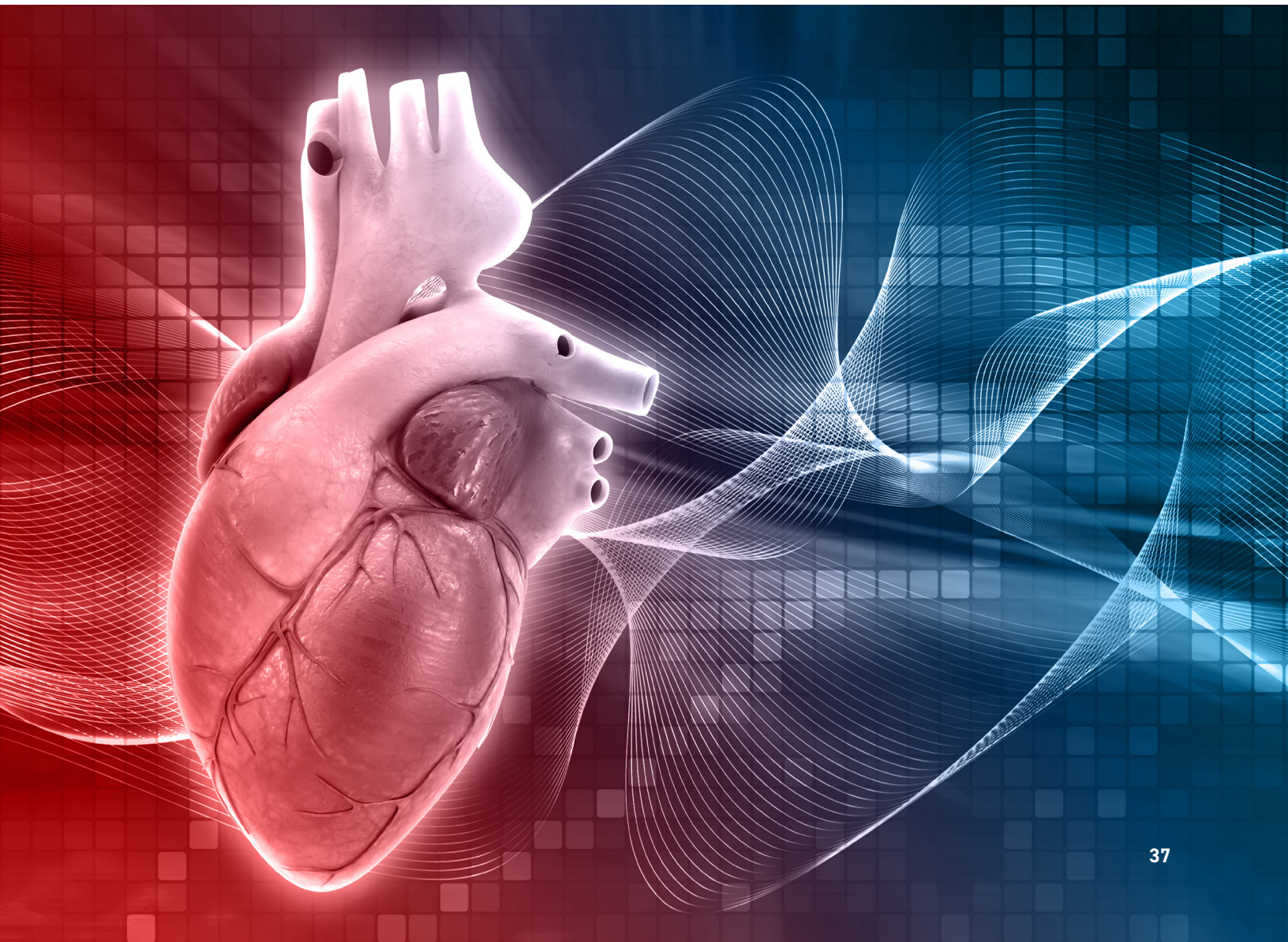
donación después de la certificación circulatoria de muerte es una práctica aceptable dentro de su comunidad y, si este es el caso, considerar introducirla dentro de su jurisdicción.

8. Además, los gobiernos deben crear y optimizar programas de donación en vida basados en estándares éticos y profesionales reconocidos, y garantizar la debida protección y seguimiento de los donantes vivos.
9. Las autoridades sanitarias y las aseguradoras no deben reembolsar los gastos derivados de los procedimientos de trasplante llevados a cabo en un contexto delictivo. Sin embargo, sí se debe asumir el gasto de medicación y la asistencia sanitaria posterior al trasplante deben ser cubiertas en las mismas condiciones que cualquier otro paciente de trasplante.
10. Las autoridades también deben garantizar que se brinde atención médica y psicosocial a las víctimas de la trata de personas con el propósito de extirpar órganos y tráfico de órganos humanos. Se debe considerar la compensación efectiva de estas personas por los daños sufridos.
11. Las asociaciones médicas deben abogar y colaborar con las autoridades en la creación de marcos que permitan a los profesionales de la salud denunciar ante las autoridades correspondientes los casos confirmados o sospechosos de trata de personas con fines de extracción de órganos y de tráfico de órganos humanos. Las asociaciones médicas nacionales deben abogar por la capacidad de los profesionales de la salud de denunciar las sospechas de trata de personas de forma anónima si es necesario para proteger la seguridad del denunciante. Si es necesario, la notificación de estos casos de tratas debe ser una excepción permitida a la obligación del médico de mantener la confidencialidad del paciente.

Médicos y otros profesionales de la salud:

12. Los médicos nunca deben realizar un trasplante con un órgano que se haya obtenido ilícitamente. Si existen dudas razonables sobre el origen de un órgano, el órgano debe descartarse. Si se le pide a un médico o cirujano que realice un trasplante con un órgano que se haya obtenido mediante una transacción financiera, sin el consentimiento válido del donante o la autorización requerida en una determinada jurisdicción, éste debe abstenerse de realizar el trasplante y debe explicar los motivos al posible receptor.
13. Los médicos que participen en la evaluación preoperatoria de posibles donantes vivos no sólo deben valorar la idoneidad médica del individuo, sino también tratar de asegurarse de que la persona no haya sido sometida a ningún tipo de coacción o esté participando en el procedimiento por razones económicas u otras ventajas similares. También debe analizarse la legitimidad de la relación donante-receptor y asegurarse la motivación altruista de la donación. Los médicos deben estar particularmente atentos frente a potenciales signos de alarma que sugieran un delito. Se debe tener una consideración especial con los donantes vivos no residentes, que son particularmente vulnerables. Evaluar la validez de su consentimiento para la donación puede ser especialmente complejo por razones lingüísticas, culturales y de otro tipo, al igual que asegurar el seguimiento apropiado que se les ofrece. Cuando sea apropiado, se debe identificar un médico de referencia en el país de origen del donante vivo y en el del receptor previsto.
14. Los médicos nunca deben promover o facilitar la participación de los pacientes en delitos relacionados con los trasplantes. Además, deben proporcionar a sus pacientes información relacionada con los riesgos que estas actividades representan para su salud, la de sus seres queridos y de manera más general la salud pública. Los pacientes también deben comprender que estas actividades implican la explotación de personas vulnerables que pueden sufrir complicaciones médicas y psicosociales. De esta manera, los profesionales pueden disuadir a estos pacientes de participar en actividades ilícitas de trasplante.
15. Los médicos tienen el deber de atender a los pacientes trasplantados, incluso si el órgano se ha obtenido ilícitamente. Si un médico tiene objeciones éticas o morales para atender a un paciente que ha recibido un órgano ilícito, debe hacer lo necesario para derivarlo a otro médic0.

16. Los médicos deben contribuir a garantizar la transparencia de prácticas y la trazabilidad de los órganos. Cuando los pacientes que han tenido una donación o un trasplante en el extranjero soliciten un seguimiento en su país de residencia, debe registrarse toda la información relevante en los registros nacionales de trasplantes y notificarse a las autoridades sanitarias, como se haría con los trasplantes realizados dentro del sistema nacional de trasplantes.
17. El médico es responsable de aumentar el número de donantes fallecidos para satisfacer las necesidades de trasplante de los pacientes. Los médicos tienen también un deber con los posibles donantes de órganos, considerando y facilitando la donación de órganos si está en consonancia con los valores y principios del paciente. La donación debe ofrecerse por norma como una opción al final de la vida, siempre de manera respetuosa, teniendo en cuenta la cultura y la religión del donante potencial y su reemplazante. Se debe considerar la donación al final de la vida tanto en pacientes adultos como pediátricos. Deben ser profesionales experimentados y capacitados los que informen sobre este tema.
18. Los médicos deben promover la investigación en el campo de la donación y el trasplante, en particular la investigación dirigida a aumentar la disponibilidad de órganos para trasplante, mejorar los resultados de los órganos trasplantados e identificar estrategias alternativas de reemplazo de órganos, como en el caso de los órganos bioartificiales.



PREVENCIÓN DEL CORONAVIRUS

INCORT ORIENTA A LA POBLACIÓN SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE

Departamento de Comunicación INCORT

Santo Domingo.- Ante la evolución de infección por coronavirus (COVID-19), desde el pasado mes de marzo, el Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes de la República Dominicana (INCORT) consideró unificar criterios entre sus colaboradores, con el interés de orientar y llevar información de interés a la población dominicana para la prevención de nuevos contagios, especialmente en los pacientes trasplantados y aquellos que padecen de insuficiencia renal y enfermedades catastróficas.

En virtud de este, el director del INCORT, doctor Fernando Morales Billini, y un grupo de coordinadores y profesionales de la salud, salieron a la luz pública, mediante conferencias a través de la plataforma Zoom y lives por los diferentes medios digitales y redes sociales de la institución, para unificar criterios entre diferentes entidades internacionales en materia de donación y trasplantes ante esta pandemia, ofreciendo recomendaciones sobre el comportamiento de este virus en pacientes con alto riesgo.

Los pacientes de las unidades de trasplantes comprenden una población de alto riesgo debido a sus comorbilidades preexistentes y a la terapia inmunosupresora a la que están sometidos. Tomando en consideración que este es un tema de gran trascendencia a nivel mundial, el INCORT inició con el primer live titulado "Situación actual de los pacientes trasplantados ante la crisis de emergencia sanitaria", el cual fue conducido por el doctor Fernando Morales Billini, quien dio a conocer la situación actual en la República Dominicana y ofreció orientación sobre el manejo de los pacientes afectados y su prevención ante esta pandemia.

En esta primera entrega participaron la doctora Juana Sarita, médico intensivista, coordinadora de Trasplante de la Región II en el Hospital Cabral y Báez en Santiago; Kenzo Yamamoto, médico intensivista, coordinador de Trasplante de la Región VIII del Hospital Regional Morillo King en La Vega, y el doctor Ignacio Bengoa, encargado del equipo de Nefrología del CECANOT y coordinador de Trasplante del INCORT.

Otro de los lives ofrecidos fue el titulado "Experiencias de profesionales de la salud ante el Covid-19", dirigido por la doctora Carmen Brugal, médico intensivista y coordinadora de Trasplante del INCORT, quien entrevistó a los profesionales de la salud: doctora Wanda Rodríguez, médico nefróloga, coordinadora de Trasplante adscripta al Hospital Padre Billini, y al doctor Héctor Balcácer, médico internista, infectólogo, coordinador de Infectología del Hospital General Docente de la Policía Nacional, quienes hablaron sobre sus experiencias en este proceso.

En este mismo orden, fueron dadas las "Orientaciones de especialistas para pacientes con COVID-19", presentadas por la doctora Aimée Camaño, médico general y coordinadora de Trasplante del INCORT, quien interactuó sobre el tema con la MSc. Bianca Melo Ballast, directora del Centro de Salud Mental Resiliencia; la Dra. Celia Pérez, nefróloga pediatra, coordinadora de Trasplante de la Región Cero del INCORT, y el Dr. Alexandro Marte, médico especialista en Cuidados Intensivos en Cecanot y subdirector del Hospital General de la Policía Nacional.

Por último, y no menos importante, fue tratado el "Impacto del COVID-19 en los pacientes trasplantados", conducido por el doctor César Zorrilla, pasante nacional del INCORT, quien abordó a los doctores Kenzo Yamamoto, médico intensivista, coordinador de Trasplante de la Región VIII del Hospital Regional Morillo King en La Vega, y Carolina de la Cruz, nefróloga, quien colabora con el Programa de Trasplante del Hospital General de la Salud, así como a Julio César Feliz, paciente trasplantado renal que padeció COVID-19, quien ofreció su testimonio sobre el padecimiento de este virus y su comportamiento en los pacientes trasplantados.

Esta iniciativa del INCORT contó con el respaldo de los profesionales de la salud y el equipo de comunicación, logístico y técnico de la institución y otros involucrados en el tema, además de la población dominicana y la prensa nacional, las cuales se unieron a nuestra plataforma Zoom, redes sociales y canal de YouTube para mantenerse al día acerca de las investigaciones y procedimientos implementados en beneficio de estos pacientes.

La República Dominicana reportó el primer caso importado el 1 de marzo de 2020, identificado en la provincia La Altagracia; luego, el 24 de marzo del mismo año, el Ministerio de Salud Pública reportó los primeros casos de circulación comunitaria. Hasta el 9 de junio en la República Dominicana se reportaron 20,808 casos confirmados de COVID-19, de los cuales 550 pacientes han fallecido (tasa de letalidad de 2.64%) y ha afectado las 32 provincias del territorio nacional.



FORO VIRTUAL

"SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS ANTE LA CRISIS DE EMERGENCIA SANITARIA"



Dr. Ignacio Bengoa
Encargado del equipo de Nefrología



Dra. Juana Sarita
coordinadora de trasplante
de la Región II (Santiago)



Dr. Kenzo Yamamoto
Coordinador de trasplante
de la Región VII (La Vega)

Miércoles 13 de mayo, 2020
6:00 P.M.

MODERADOR: Dr. Fernando Morales Billini
Director del Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes

"EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE EL COVID-19"



Dr. Héctor Balcácer
Médico internista infectólogo, coordinador de infectología y enseñanza HOSGEDOPOL



Dra. Wanda Rodríguez
Médico nefróloga, coordinadora de Trasplante HDPB



Dr. Alexandro Marte
Médico intensivista, coordinador de trasplantes (CECANOT)

Miércoles 10 de junio, 2020
4:00 P.M.

MODERADORA: Dra. Carmen Brugal
Médico intensivista y coordinadora de trasplante

ABIERTO AL PÚBLICO

incort
Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante

"ORIENTACIONES DE ESPECIALISTAS PARA PACIENTES CON COVID-19"



MSc. Bianca Melo Ballast
Directora del Centro de Salud Mental Resiliencia. Psicóloga clínica. Docente en UNIBE.



Dr. Alexandro Marte
Médico intensivista, coordinador de trasplantes (CECANOT)



Dra. Celia Pérez
Nefróloga pediatra, coordinadora de trasplante de la Región Cero INCORT

Miércoles 24 de junio, 2020
5:00 P.M.

MODERADORA: Dra. Aimee Caamaño
Coordinadora de Trasplantes

"IMPACTO DEL COVID-19 EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS"



Dr. Kenzo Yamamoto
Coordinador de trasplante de la Región VII (La Vega)



Dra. Carolina De la Cruz
Nefróloga, coordinadora clínica de trasplante del HGPS



Julio César Félix
Paciente trasplantado renal
Testimonio en COVID-19

Miércoles 12 de agosto, 2020
7:00 P.M.

MODERADOR: Dr. César Zorrilla
Doctor en medicina

ABIERTO AL PÚBLICO

incort
Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante

PLANIFICACIÓN

DE UN INSTITUTO DE COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS, CÉLULAS Y TEJIDOS EN REPÚBLICA DOMINICANA

Lic. Eduard Del Villar



Tras la promulgación de la Ley 329-98 que crea el Instituto Nacional de Coordinación de Donación y Trasplante de Órganos, Células y Tejidos (INCORT) en 1998, y tras varios periodos de inoperancia, una nueva dirección llegó a la institución y con ella, un equipo de hombres y mujeres interesados en crear una institución que respondiera a su mandato legal, pero sobre todo entregara un servicio público de alto nivel a los pacientes necesitados de un trasplante órgano.

La Dirección del INCORT, a pesar de contar con un alto prestigio internacional y toda la experiencia de las autoridades españolas, entendió que era necesario comenzar su labor sobre bases sólidas, sustentadas en un plan estratégico a cinco años, elaborado no solo con la participación de los principales empleados del Instituto sino también con el apoyo de actores claves relacionados con el tema. Tal es así, que en 2008, se crea el Primer Plan Estratégico del INCORT.

La visión de ampliar la participación en la elaboración del plan estratégico de todos los actores interesados y/o relacionados con la donación y trasplante, que incluyó hasta personas trasplantadas, buscaba que dicho plan contemplara los requerimientos, expectativas e intereses de estos, junto con las ideas e iniciativas de los principales colaboradores del INCORT.

La formulación de los planes del INCORT, tanto su plan estratégico como los planes operativos anuales, siempre ha estado sustentada en la participación y el trabajo en equipo. Estos han sido coordinados y elaborados con estándares de planificación reconocidos y utilizados por organismos de cooperación internacional y sujetos a los lineamientos establecidos por los organismos de gobierno relacionados con la planificación y presupuestación de las instituciones públicas del país.

Crear una institución guiada por lineamientos estratégicos y una cultura de planificación y rendición de cuentas que permita el desarrollo y crecimiento en el país de la donación y el trasplante, con fundamentos sólidos de equidad, transparencia y justicia social, basada en una dirección participativa y trabajo en equipo, fue la orientación que siempre dictó la alta dirección del INCORT en los talleres y las reuniones realizadas para la elaboración de los planes de la institución.

Las ciencias que estudian el comportamiento humano establecen que las acciones con el tiempo se convierte hábitos y los hábitos en costumbres. Más allá de los estudios empíricos o experimentales que confirmen estos hechos, lo cierto es que crear una cultura de planificación en el INCORT recorrió esa senda. Al principio fue difícil hacer que el personal viera la planificación no como un ejercicio académico, sino como un instrumento poderoso para guiar y alcanzar los objetivos de la institución, haciendo un uso eficiente y optimizando los escasos recursos públicos asignados vía el presupuesto del Estado cada año. Hoy, fruto de muchos esfuerzos, arduas discusiones e informes de evaluaciones de desempeños semestrales y anuales, el INCORT cuenta con mecanismos de planificación que forman parte de sus activos de procesos organizacionales, utilizados de manera formal en la elaboración de sus planes anuales y en los mecanismos de monitoreo y control.

Tras 12 años de gestión, el INCORT ha elaborado tres (3) planes estratégicos y 12 planes anuales, los cuales han sido evaluados conforme a las mejores prácticas internacionales. Pero más allá de estos números, el verdadero valor detrás de ese esfuerzo se muestra en el avance en la donación y el trasplantes en el país, el valor público alcanzado expresado por los cientos de pacientes trasplantados y los años de vida de calidad ganados, en la transparencia y la equidad con que se maneja la lista de espera y, finalmente, no menos importante, el hecho de que la República Dominicana ocupa el lugar número 57 del mundo en materia de trasplante renal cadavérico y el 48 en trasplante renal de vivo, un hecho sin precedentes en ningún otro sector de la vida del país.



LAS NECESIDADES DE UN

PACIENTE CON COVID-19

MSc. Bianca Melo Ballast

Durante este tiempo de pandemia, la demanda más grande en salud mental ha sido por trastornos del estado de ánimo y situaciones de duelo, principalmente de personas que están perdiendo familiares y quienes han perdido sus trabajos. Los médicos de primera línea han estado expuestos a duelos por la muerte de sus pacientes de manera crónica, por lo cual es muy importante que todo el personal sanitario cuide de su salud mental.

Muchas personas que han sobrevivido a la enfermedad luego de una hospitalización por COVID-19, refieren el miedo que sentían por no saber si iban a recibir la asistencia y cuidados que necesitaban, por contagiar a alguien más de su familia y el temor más evidente y desgastante: la muerte. Es decir, no saber si iban a regresar a sus casas con sus familias.

Hay quienes pudieran incluso desarrollar un estrés postraumático producto de todas estas situaciones. Uno de los recursos que más ayuda a aquellos que se encuentran en estas circunstancias es la comunicación con sus familiares. Entrar en contacto con su red de apoyo, les da las esperanzas que necesitan para continuar luchando por sus vidas.

Antes de la pandemia, una respuesta familiar que ofrecía alivio era acompañar en las clínicas y hospitales a sus familiares y tener atenciones con ellos. Ante esta imposibilidad, el nivel de incertidumbre que viven los familiares de quienes se encuentran ingresados por COVID-19 es abismal. De manera que pudiéramos decir que tanto para los pacientes como los familiares la posibilidad de comunicarse puede ser bastante significativa e influir en su recuperación.

La cronicidad de la situación pudiera estar provocando efectos adversos relacionados con la salud mental e incluso la posibilidad de estrés postraumático en el mismo personal de salud. Por otro lado, los pacientes que requieren ser intubados necesitan al menos escuchar voces familiares. Muchas clínicas solo ofrecen información una vez al día de los pacientes ingresados por COVID-19, lo que se traduce en 23 horas sin saber del familiar.

Se debe tratar de que esa permanencia en la clínica sea lo más fluida posible, que el paciente sienta que cuenta con apoyo y respaldo, que pueda hablar (si está dentro de sus posibilidades) y compartir (incluso con el personal médico). Esto provoca que el pronóstico futuro a nivel de salud mental de esa persona sea más prometedor.

Nos necesitamos más que nunca desde la compasión y la humanidad.



LA INFORMÁTICA

EN TIEMPOS DE COVID-19

Richard Duanny Arias Cuevas

El COVID-19, enfermedad generada por el coronavirus SARS-CoV-2, ha afectado de manera significativa todos los sectores o áreas de trabajo, en especial el sector salud. Debido a las dificultades que hemos afrontado a causa de esta pandemia, nos hemos visto envueltos en drásticos cambios tanto en nuestra manera de vivir como en la forma de estudiar y trabajar. El "distanciamiento social" nos obligó a buscar alternativas para realizar nuestras actividades y al mismo tiempo respetar las medidas sanitarias y de control y cuidar nuestra salud. ¿Cuáles fueron estas alternativas con las que conseguimos seguir adelante a pesar de la pandemia? ¿Qué dificultades tuvimos que vencer para adaptarnos a ellas? ¿Cuáles han sido los resultados de dichas alternativas y cómo han beneficiado al sector salud? En este artículo daremos respuestas a esas preguntas.

La vida desde una pantalla

"La vida debe continuar". Esta frase ha sido muy utilizada por muchos durante la pandemia y es cierto, pero lamentablemente no podía ser de la manera habitual. Entre las medidas tomadas por las autoridades de salud a nivel mundial y el Ministerio de Salud Pública (MSP) de la República Dominicana en particular, figuran el uso obligatorio de mascarillas, la cuarentena domiciliaria, el toque de queda y el distanciamiento social. Por tal razón, nos vimos forzados a buscar alternativas como el teletrabajo y las clases y asistencia virtuales. Para muchos, estos términos eran nuevos, ya que no acostumbrábamos ni a trabajar ni a estudiar ni, mucho menos, a recibir asistencia virtual, pero tuvimos que adaptarnos a estos cambios.

Zoom Meetings, Microsoft Teams, Skype, Cisco Webex Meetings, AnyDesk, TeamViewer, Google Meets y Google Classroom fueron unas de las tantas aplicaciones utilizadas para el teletrabajo, las clases virtuales y las videoconferencias. Estas aplicaciones nos han ayudado a continuar con nuestras actividades y nos hemos adaptado tanto a ellas, que la gran mayoría las utiliza a diario. Para lograrlo superamos muchas dificultades. Tuvimos que aprender a utilizar estas herramientas, conocer sus funciones y hacer uso de ellas en nuestro trabajo u hogares. En estos últimos para tomar las clases de forma remota, asistir a conferencias, etc. También nos enfrentamos a fallas en el servicio de energía eléctrica y la conexión a internet, que son esenciales para la virtualidad. Otra dificultad que tuvimos que superar fue el manejo del tiempo y el espacio con el fin de no exponernos a las distracciones que genera hacer el trabajo o estudiar desde el hogar. Por último, tuvimos que adaptarnos a la asistencia virtual a través de la página web de muchas empresas e instituciones gubernamentales, pero no cabe duda de que, al vencer todos estos obstáculos, dimos un paso adelante en la "covidianidad".

La informática y la salud

Debemos reconocer que nos hemos beneficiado mucho de estas herramientas que, gracias al avance de la tecnología, nos permiten seguir adelante en la realización de muchas actividades cotidianas. ¿Qué podemos decir del impacto positivo que ha tenido la informática en el sector salud en República Dominicana? Pues han sido muchos, entre ellos, podemos destacar el uso masivo de los servicios en línea (*e-services* en inglés), los cuales las instituciones

gubernamentales habían implementado antes de la pandemia. Estos han aumentado de manera significativa al ser de uso fácil y con un tiempo de respuesta aceptable. Ejemplo de ello es el servicio en línea Aurora MSP que el Ministerio de Salud puso en marcha durante la pandemia, el cual, mediante las redes sociales de Facebook vía Messenger, WhatsApp y Telegram, conectan al usuario con más de 200 médicos, quienes dan información sobre la enfermedad, tratamientos y otros datos de interés. Asimismo, gracias a la informática, disfrutamos de la aplicación móvil App COVID-RD, también desarrollada por el MSP, la cual, entre muchas de sus funciones, cuenta con el Cruce de Contactos (*Contact Tracing* en inglés), una herramienta que es usada para romper las cadenas de transmisión y controlar las epidemias de este virus en un nivel bajo con el fin de prevenir futuras oleadas o aumentos repentinos de casos y volver al trabajo de una manera mucho más segura.
El Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) se ha apoyado de forma significativa en la tecnología en este tiempo de crisis sanitaria. El INCORT ha realizado más de 200 reuniones administrativas virtuales e impartido más de 20 charlas educativas sobre donación y trasplante a través de la plataforma Zoom, y ha llegado así a las escuelas, universidades y la sociedad en general. Igualmente, el INCORT participó en el Congreso Internacional de la Red Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante de manera virtual, donde estuvieron presentes 14 países, así como grupos, federaciones y organizaciones internacionales.

Otro importante beneficio es el sistema informático desarrollado por el INCORT como protocolo de investigación para los pacientes admitidos en las Unidades de Cuidados Intensivos diagnosticados con COVID-19, el cual, siempre manteniendo en el anonimato los datos personales del paciente, ayudará a la institución a realizar estadísticas exactas. A través de este sistema se reactivará de manera efectiva la donación y el trasplante de órganos en la República Dominicana, la cual contará con los análisis y estudios de rigor y las herramientas médicas e informáticas que garantizarán la eficacia libre de infección del COVID-19 en estos procedimientos. No cabe duda de que la tecnología y la informática han sido grandes aliados para todos los sectores en este tiempo de pandemia, en especial para el sector salud.



SALUTACIONES

FELICITACIONES DE NUESTROS AMIGOS POR EL X ANIVERSARIO DE LA REVISTA *DONACIÓN & TRASPLANTE*

Diez años de publicación de una revista como *Donación & Trasplante*, proyecto del Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) de la República Dominicana y, muy en particular, de su director el Dr. Fernando Morales Billini, han de invitar a la reflexión. Mantener una línea editorial durante una década siempre es complicado, pero más compleja es la labor que hay detrás de las actividades que la revista relata en cada una de sus ediciones.

La revista fue concebida como medio para difundir las acciones que en materia de donación y trasplante INCORT ponía en marcha e implementaba en la República Dominicana. Su esfuerzo para promover una legislación y una estructura de coordinación de trasplantes adecuada. Su esfuerzo por protocolizar las fases intrincadas de cualquier proceso de donación de personas fallecidas. Su esfuerzo por garantizar la protección integral del donante vivo. Su esfuerzo por asegurar una formación adecuada de sus profesionales, con nada más y nada menos que 47 profesionales sanitarios de la República Dominicana formados en el Máster Alianza, quienes han pasado un tiempo en hospitales españoles e importado su conocimiento y experiencia al programa de donación y trasplantes de su país. Su esfuerzo por desarrollar un programa formativo propio para coordinadores de trasplante y equipos trasplantadores. El esfuerzo de INCORT por llegar a la ciudadanía, transmitiendo la relevancia de la donación como gesto de solidaridad, altruismo y responsabilidad social y como opción que ha de presentarse e integrarse en los cuidados al final de la vida. Su esfuerzo por acabar con los mitos y leyendas del tráfico de órganos, al tiempo de asegurar prácticas éticamente impecables y alineadas con los estándares internacionales.

Son diez años en los que la revista también ha servido de altavoz a los convenios, tratados, declaraciones y planes estratégicos que en el ámbito de la donación y el trasplante se han producido en el seno de diferentes foros internacionales en los que, por cierto, la voz de la República Dominicana se ha oído siempre a través de INCORT. Iniciativas de Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Consejo de Europa, Unión Europea, Grupo Custodio de la Declaración de Estambul contra el Tráfico de Órganos y el Turismo de Trasplante y la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT), han encontrado su lugar en esta revista. Ejemplo de ello es el espacio dedicado en esta edición a la Declaración sobre la Responsabilidad del Médico en la Prevención y la Lucha contra el Tráfico de Órganos, recientemente adoptada por la Asamblea Médica Mundial.

Este año 2020 y la pandemia causada por el nuevo coronavirus, probablemente marquen un antes y un después en nuestras vidas. La COVID-19 ha exigido la adaptación de todos nuestros procedimientos para el adecuado desarrollo de la actividad sanitaria y no sanitaria en nuestros países, incluida la relativa a la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células. Esta edición estará marcada por un nuevo esfuerzo de INCORT para asegurar que los equipos de coordinación y trasplante de la República Dominicana coexistan con esta situación de pandemia con el objetivo último de garantizar el cuidado y el bienestar de sus pacientes.

Por todo lo que significa esta revista, sirvan estas líneas para agradecer a INCORT, y a su editor el Dr. Morales, una década de actividad, una década de servicio a la red dominicana de profesionales del mundo de la donación y el trasplante y una década de servicio a sus pacientes.

"El futuro pertenece a quienes creen en la belleza de sus sueños". Eleanor Roosevelt

Fernando... gracias por soñar.

Beatriz Domínguez-Gil
Directora General, Organización Nacional de Trasplantes, España
Presidenta Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante

Para cualquier proyecto editorial de carácter periódico, cumplir 10 años supone haber alcanzado una madurez que inevitablemente es consecuencia de la solidez de sus planteamientos y la gestión adecuada a los objetivos que se plantearon en sus inicios. La revista *Donación & Trasplante*, órgano de expresión del Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante" (INCORT) es un buen ejemplo de lo dicho.

A lo largo de la última década esta publicación ha conseguido lograr un buen equilibrio entre la divulgación científica, la publicación de estudios muy interesantes sobre donación y trasplantes, las noticias que van surgiendo sobre el tema tanto en la República Dominicana como en otros países relacionados, las máximas novedades en el plano internacional y, por supuesto, la importantísima labor de concienciación tanto de los profesionales sanitarios (fundamental) como de la ciudadanía en general. Y, además, lo que es casi o más importante, con un diseño moderno y de lectura fácil y agradable. Por todo ello, me honra dirigirles estas breves palabras de salutación que necesariamente tienen que ser de felicitación por el trabajo bien hecho y de ánimo para continuar desarrollando este interesante proyecto. Para todos los que la hacen posible, mi más sincera enhorabuena.

Rafael Matesanz
Fundador y exdirector de la ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES (ONT)
España

Queridos amigos del Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes (INCORT):

No quería dejar pasar la ocasión de felicitaros en el décimo aniversario de la publicación de vuestra revista *Donación & Trasplante*, seguida con interés por miles de coordinadores de trasplantes, intensivistas, cirujanos y otros especialistas de ámbito internacional.

Sin duda, la revista refleja el buen hacer que el INCORT realiza en materia de donación y trasplantes, que hace que en estos 10 años existiera un crecimiento ascendente manifiesto en conocimientos, desarrollo, calidad y resultados en este proceso dentro de la República Dominicana.

Desde España, nos sentimos un miembro más de esta gran familia que hoy cumple una década con la publicación ininterrumpida de su revista.

La labor científica y social de vuestra publicación ha permitido que muchas personas puedan disfrutar de una mejor vida, gracias a la donación y el trasplante. Desde aquí os deseamos un feliz aniversario, y una larga y exitosa vida en esta empresa.

Jose M.ª Dueñas Jurado
Coordinador Sectorial Córdoba-Jaén
Hospital Universitario Reina Sofía
Córdoba-España

Estimado Fernando:

Desde Córdoba (España) me uno a la celebración del décimo aniversario de la revista *Donación & Trasplante*. Su publicación por 10 años consecutivos es una muestra más de la magnífica trayectoria del programa de trasplante en la República Dominicana fruto del excelente trabajo que vienes realizando junto con tu equipo a lo largo de los años.

En mi época de director del Hospital Reina Sofía de Córdoba y de director-gerente del Servicio Andaluz de Salud, firmamos el convenio de colaboración con el INCORT, experiencia muy gratificante que nos permitió trabajar juntos en aspectos de formación y organización en el ámbito de la donación y el trasplante y no menos importante entablar una amistad contigo y tu equipo, que me ha enriquecido profesional y personalmente.

Esta colaboración me dio la oportunidad de conocer el INCORT y a sus profesionales, grandes técnicos y mejores personas, pudiendo comprobar la ilusión y la dedicación de todos ellos en esta magnífica tarea.
Mantener 10 años la publicación de una revista no es fácil y dice mucho de la consolidación y calidad del equipo que hay detrás. Seguro que la celebración de los 10 años os dará la oportunidad de parar, mirar atrás y apreciar el valor de la labor que habéis hecho en este decenio. Labor que ha ido acompañada de grandes logros que han mejorado la salud de vuestros compatriotas de la República Dominicana.
Os animo a seguir en la lucha; con fuerza de voluntad se puede hacer cualquier cosa; con fuerza de voluntad uno puede determinar su propio destino.

José Manuel Aranda Lara
Consejero Técnico de la Consejería de Salud de Andalucía
Exdirector del Hospital Reina Sofía de Córdoba
Exdirector Gerente del Servicio Andaluz de Salud

Montevideo 21 de octubre del 2020

Dr. Fernando Morales Billini
Coordinador Nacional de Trasplantes

De mi mayor consideración.

Por la presente deseamos enviar un saludo y una felicitación con motivo del 10 aniversario de la edición de la revista *Donación & Trasplantes* que Ud. edita.

Sin lugar a duda, dichos materiales son de gran ayuda para mejorar la difusión y la información no solo del grupo médico y áreas de salud, sino también de toda la sociedad dominicana, dado que la buena información es un aspecto fundamental para generar confianza en nuestros sistemas sanitarios y en particular en la temática de la donación y el trasplante.

Debe ser este aniversario un orgullo para todos aquellos que no solo son responsables de su edición y distribución, sino quienes con sus artículos han contribuido a la información y a mantener vigente esta publicación.

Mis felicitaciones a todo el equipo de trabajo.

Prof. Agregado Dr Raúl Mizraji
Jefe de la Coordinador Nacional de Trasplantes
Instituto Nacional de Donación y Trasplantes
Uruguay

A INCORT
Coordinación Nacional de Trasplantes Director
Dr. Fernando Morales Billini S/D

Buenos Aires, 20 de octubre de 2020

Hemos recibido con mucha alegría la buena nueva de que el Instituto Nacional Coordinador de Trasplante de República Dominicana está cumpliendo 10 años de publicación de la revista *Donación & Trasplante.*

Además de felicitarte a vos y a todo el grupo que te secunda, por todo el esfuerzo y dedicación que han puesto en este instrumento de comunicación de alta calidad, queremos destacar que junto a otras publicaciones afines son un emblema en nuestra región de la difusión de esta actividad no solo nacional, sino de países referentes.

También, debemos señalar que han abordado prácticamente todos los temas vinculados con la donación y el trasplante, desde los más técnicos hasta los más sensibles, desde el punto de vista sanitario y social.

Instalar la donación y trasplante en las agendas oficiales y en la sociedad fue uno de los motivos por los que ya hace muchos años empezáramos a recorrer juntos este camino, con la creación del Grupo Punta Cana, con el objetivo de que los pacientes latinoamericanos accedieran al trasplante y poder agregarle años de salud a sus vidas. Por todo esto es que nos alegramos de los logros del INCORT.

Solo nos queda desearles que continúen los éxitos en su gestión, sobre todo en estos difíciles momentos, y festejar junto a Uds. esta 10.a edición, enviándoles por este medio un fuerte abrazo.

Dr. Martin Torres
Asesor Relaciones Internacionales

Dr. Carlos A. Soratti
Presidente

INCUCAI

El Incort está celebrando la décima edición ininterrumpida de su revista *Donación & Trasplante.*

Es gratificante contar con un órgano de difusión que durante este lapso se ha mantenido llevando información, orientación y concientizando a la población sobre la importancia de la salud, la vida y la solidaridad. La revista *Donación & Trasplante* constituye un patrimonio científico que ha dotado fundamentalmente a los profesionales de la salud de informaciones que han permitido no solo potenciar sus conocimientos y desarrollo científico, sino a valorar y apoyar una de las acciones más nobles del ser humano, como es dar vida a través del acto de la donación de órganos.

El hecho de que la revista se mantenga como faro de luz para una sociedad que permanece a oscura ante la necesidad de ampliar las posibilidades de crear una cultura de donación merece reconocer el esfuerzo que la Direccion del Incort hace para garantizar que recibamos ese exquisito aporte y estímulo a la solidaridad.

Aprovecho la ocasión para desear que este esfuerzo se mantenga en el tiempo y contemos siempre con su oportuna orientación de los avances que sobre trasplantes y donación de órganos se hacen en el mundo de hoy.

Felicitaciones a Incort y su equipo por este valioso aporte.

Nélsida Marmolejos

23 de octubre de 2020

Gracias por la invitación a elaborar una nota de salutación.

Por medio de la presente, felicito al Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) con motivo del 10.o aniversario de la revista *Donación & Trasplante*, publicación que de manera ininterrumpida edita esa institución. Dicha publicación juega un papel fundamental en cuanto a donación y trasplante se refiere, en tanto cubre aspectos relevantes para los profesionales de la salud y el público en general.

Confío en que el INCORT, a través de su Dirección General y todo el personal, mantendrá su línea editorial mediante la revista *Donación & Trasplante,* así como otras publicaciones.

Sin otro particular, le saluda,

Rolando Tabar Manzur

Queridos amigos, desde Oviedo, España os envío un abrazo enorme y me sumo a las felicitaciones por celebrar este décimo aniversario de la publicación de la revista *Donación & Trasplante.* Ánimo y enhorabuena para todo el equipo INCORT.

Lola Escudero

En nombre de la Fundación Dominicana de Infectología, Inc (FDI), y en el mío propio, queremos felicitar al INCORT, a su personal y, muy especialmente, a su director Fernando Morales Billini por haber sostenido por diez años consecutivos la revista científica de esa institución. Decimos esto, debido a la poca cultura que existe en el país de redactar y publicar artículos científicos y mucho menos sostener una revista científica de calidad como la de ustedes, por la falta de material científico, por un lado, y el poco apoyo de las instituciones académicas y de salud que deben estimular la creación del acervo científico de la nación.

Un abrazo virtual para todas y todos.

Dr. Jesús Feris Iglesias
Presidente FDI

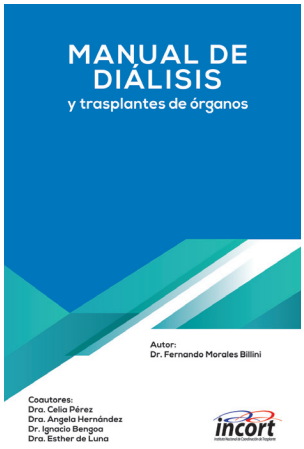
El compromiso con la sociedad dominicana y su gente, la perseverancia, el incansable trabajo y el amor por la vida han sido los motores para que esta revista se haya mantenido ininterrumpidamente durante estos últimos diez años. Su finalidad es educar, informar y motivar a sus lectores acerca de la necesidad de que la donación y el trasplante en República Dominicana está revestida de respeto, transparencia y deseos de ayudar para que otros puedan vivir. Con orgullo, saludamos al magnífico equipo que acompaña al doctor Fernando Morales Billini, director del Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes (INCORT), en esta titánica tarea.

Ana Mitila Lora
Periodista y Ciudadana
Santo Domingo, D.N.
27 de octubre de 2020

PUBLICACIONES

LIBROS REALIZADOS EN EL INCORT



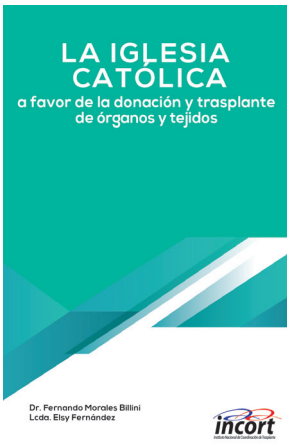






















CÓMO SOLICITAR TU:

CARNET DE DONANTE

DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

SANTO DOMINGO

Es muy sencillo, solo tienes que:

1) Ingresar a **www.incortrd.com**
2) Presionar el botón **¡Hazte Donante!** o en el URL: **www.incortrd.com/servicios/solicitatucarnetdedonante**
3) Llena el formulario con tus datos y presiona **Enviar**
4) En breve te contactamos desde nuestras oficinas para corroborar tus datos
5) Te contactaremos cuando esté listo tu carnet de donante, para que pases por nuestras oficinas a buscar tu carnet

Entrega **TODOS LOS JUEVES** en horario de 9 a.m. a 12:00 p.m.

Imprescindible el uso de mascarilla y cédula de identidad.

Puede llamarnos a nuestro teléfono: 809.532.0066 para información y seguimiento.

DESDE EL INTERIOR

Si vives en el interior del país, el proceso es el siguiente:

1) Ingresar a **www.incortrd.com**
2) Presionar el botón **¡Hazte Donante!** o en el URL: **www.incortrd.com/servicios/solicitatucarnetdedonante**
3) Llena el formulario con tus datos y presiona **Enviar**
4) En breve te contactamos desde nuestras oficinas para corroborar tus datos
5) La empresa utilizada para los envíos te contactará cuando ya esté disponible tu carnet de donante

Puede llamarnos a nuestro teléfono: 809.532.0066 para información y seguimiento.





ayuda a salvar vidas

HAZTE DONANTE

incort
Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante

UNTROS



ISSN 2636-2414

Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes (INCORT)
C/ Presidente Hipólito Yrigoyen, #17B, Zona Universitaria, Santo Domingo, República Dominicana
Teléfono: 809-532-0066 | www. incort.gob.do | info@incort.gob.do | Instagram: @incort_rd | Facebook: incortrd