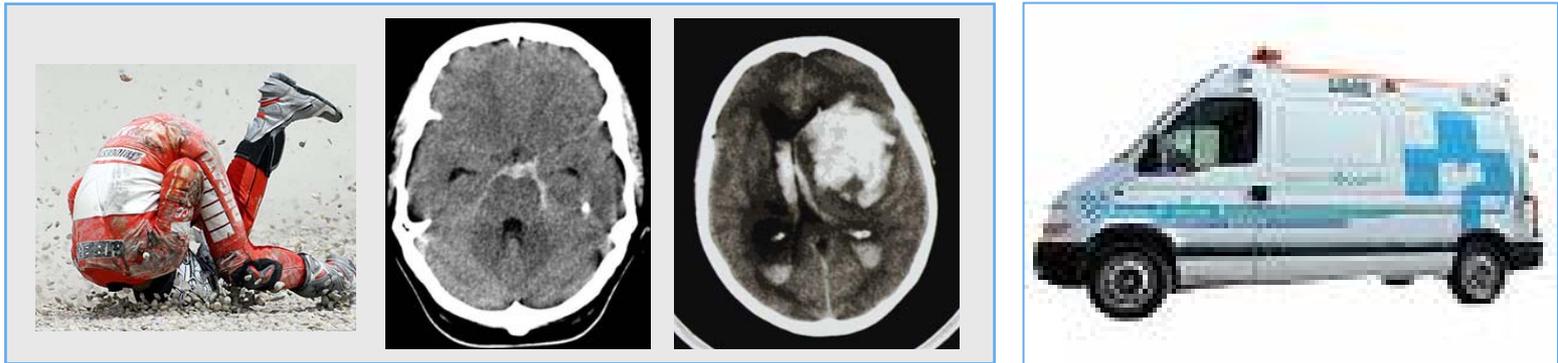


Papel de las unidades extra-críticos en la detección de **posibles donantes**

Logroño 7 de junio de 2012
Coordinación de Trasplantes

Introducción

- ❖ Posible donante (ME): paciente con lesión neurológica severa que puede evolucionar a muerte encefálica.



Introducción

- ❖ Posible donante (ME): paciente con lesión neurológica severa que puede evolucionar a muerte encefálica.
- ❖ Potencial donante (ME): paciente en muerte encefálica que puede ser donante si no hay contraindicación médica, negativa familiar u otra causa que lo desestime.



Introducción

- ❖ Posible donante (ME): paciente con lesión neurológica severa que puede evolucionar a muerte encefálica.
- ❖ Potencial donante (ME): paciente en muerte encefálica que puede ser donante si no hay contraindicación médica, negativa familiar u otra causa que lo desestime.

❖ Donante

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA

79

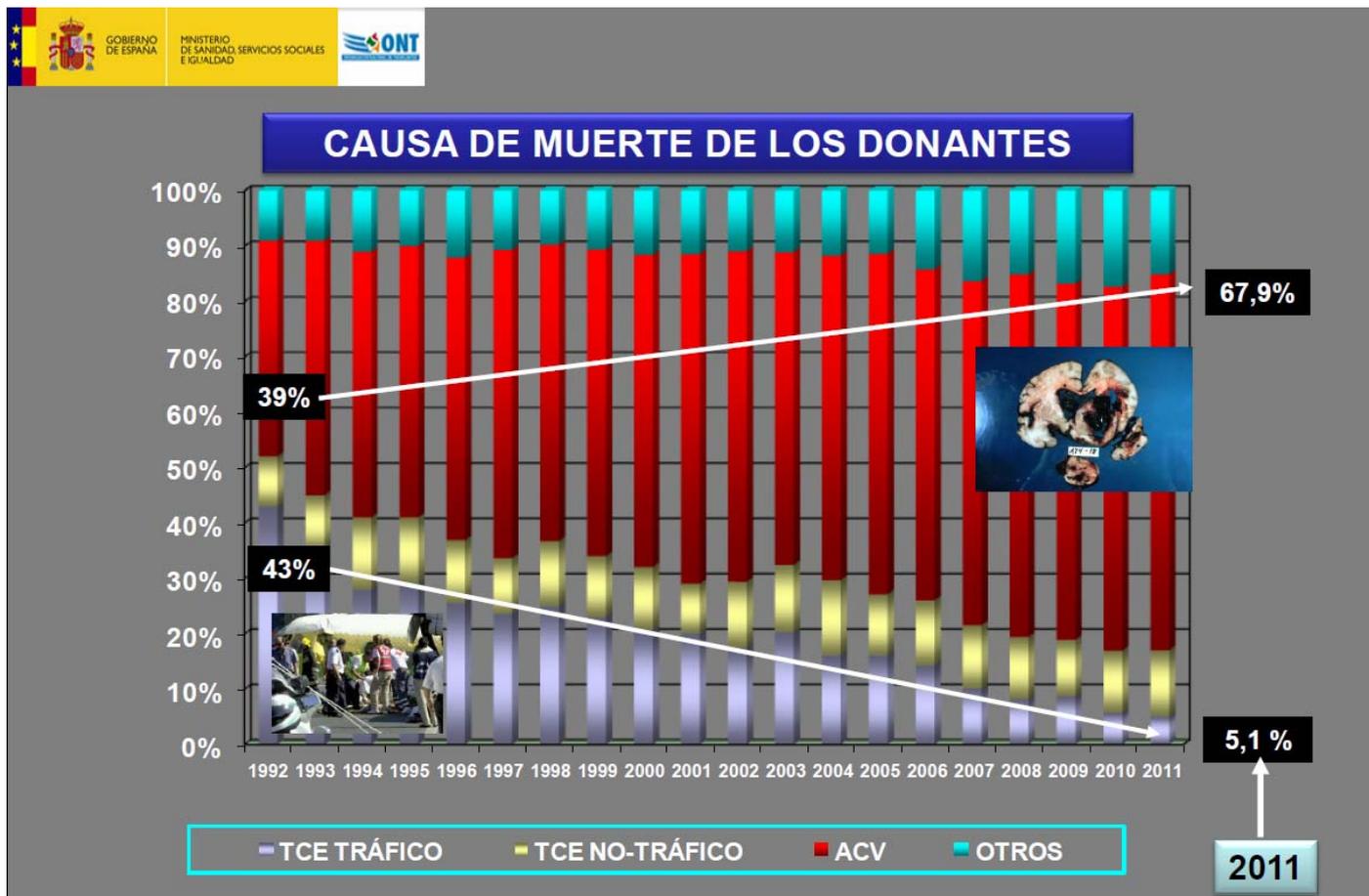
REAL DECRETO 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.



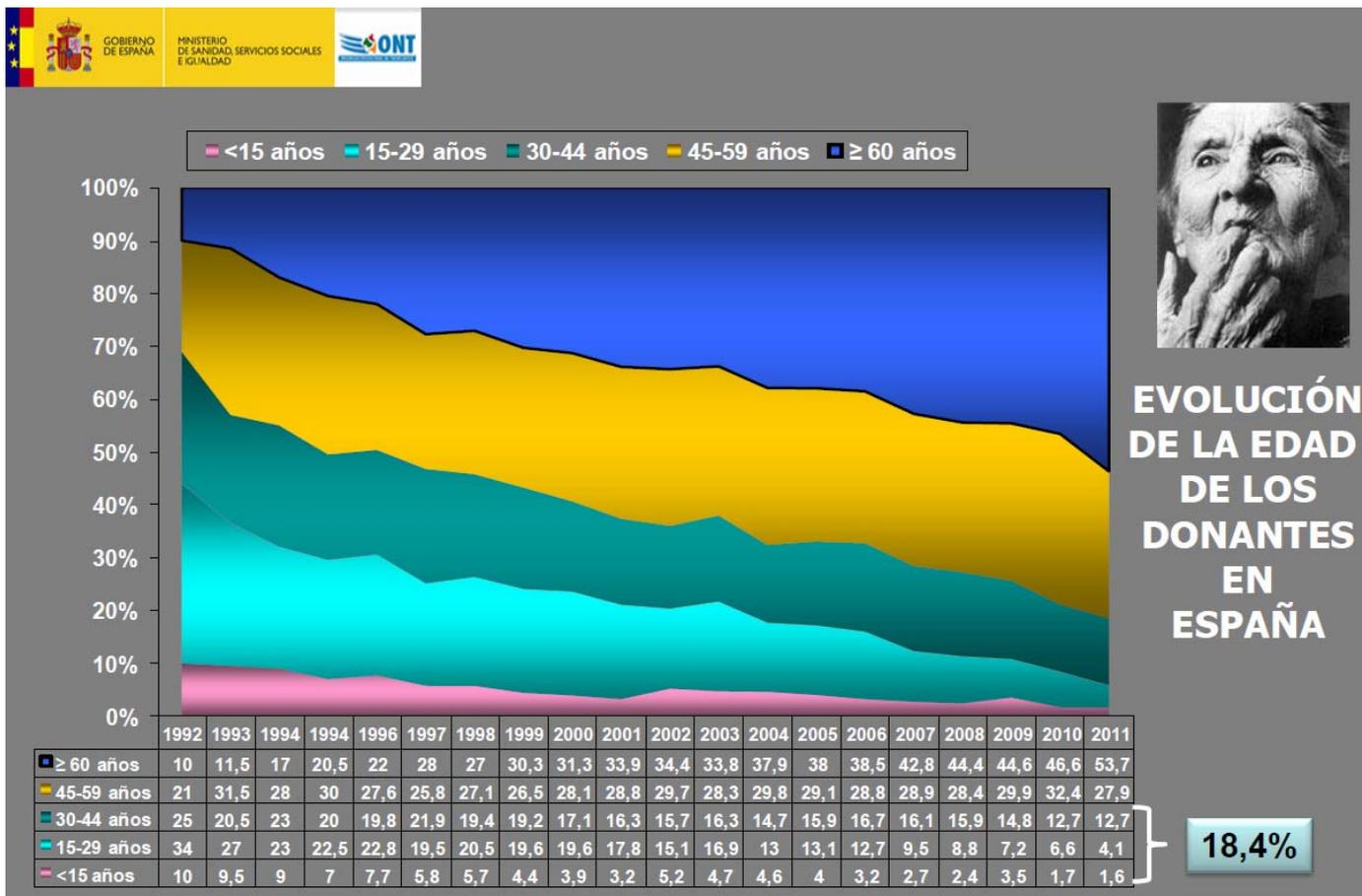
Donantes España (P.M.P)



Introducción

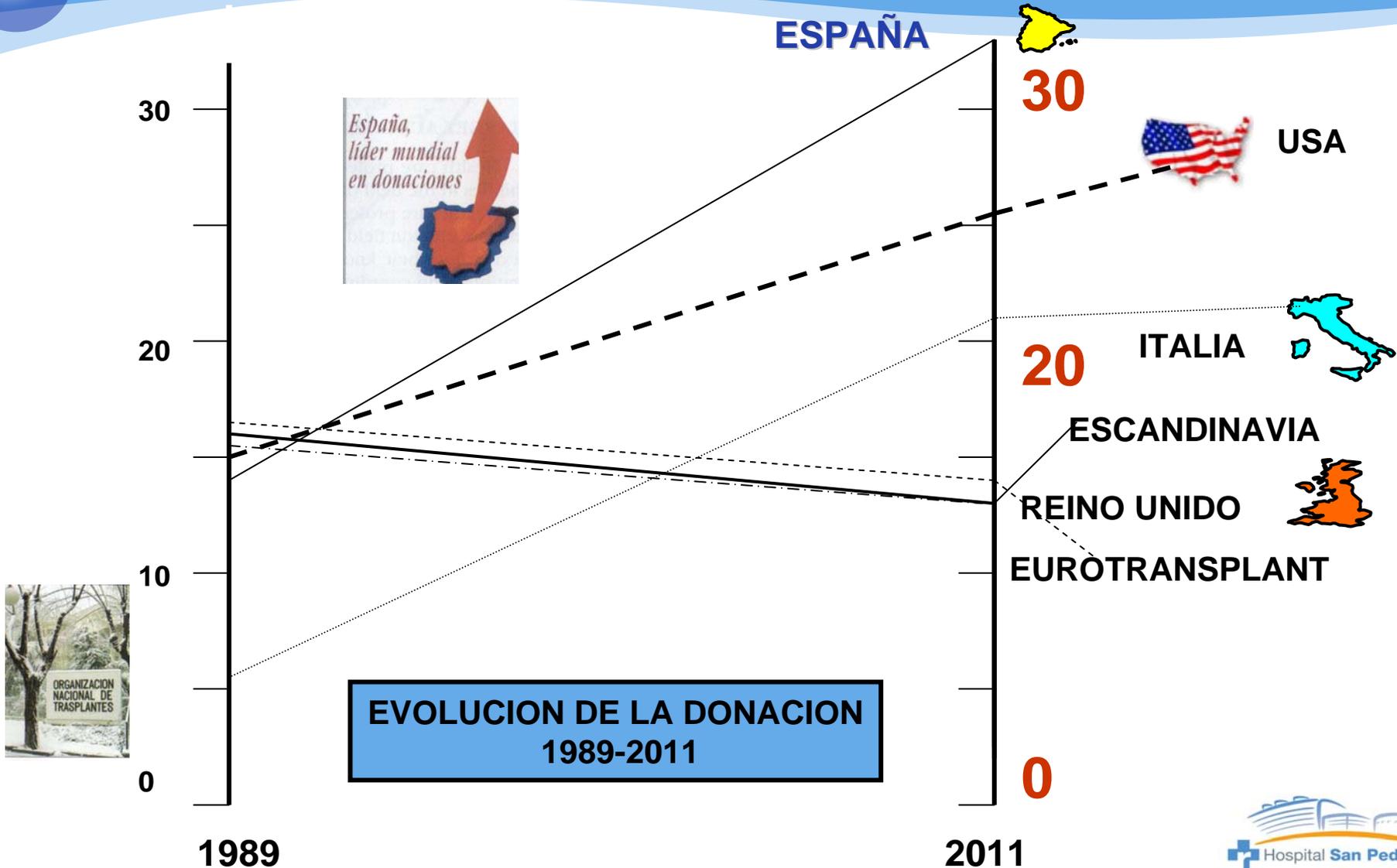


Introducción

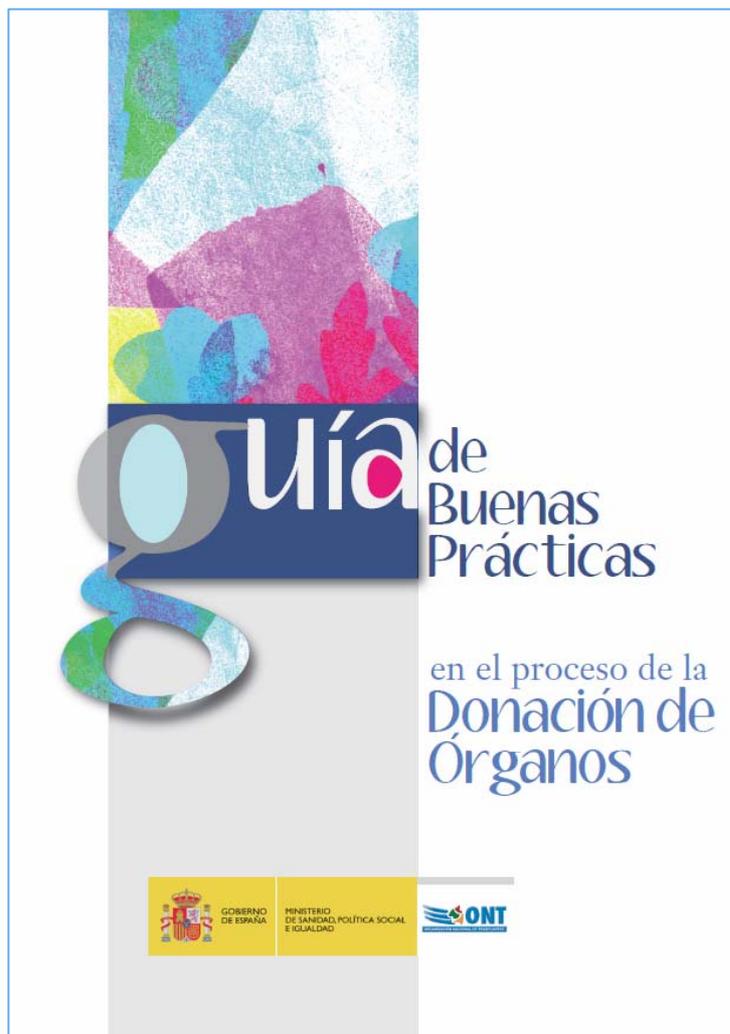


**EVOLUCIÓN
DE LA EDAD
DE LOS
DONANTES
EN
ESPAÑA**

El modelo español



Benchmarking

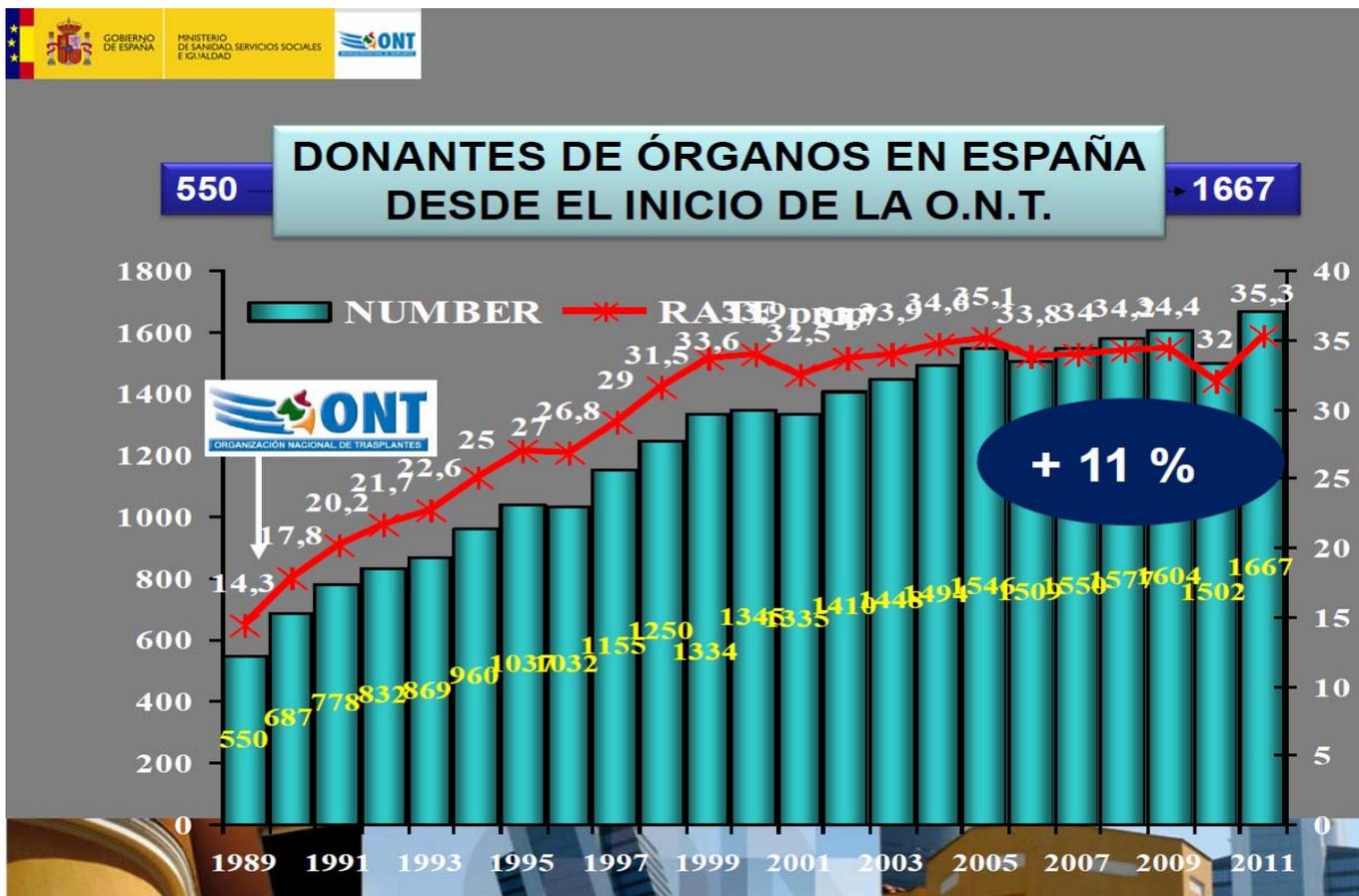


Guía DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL PROCESO DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

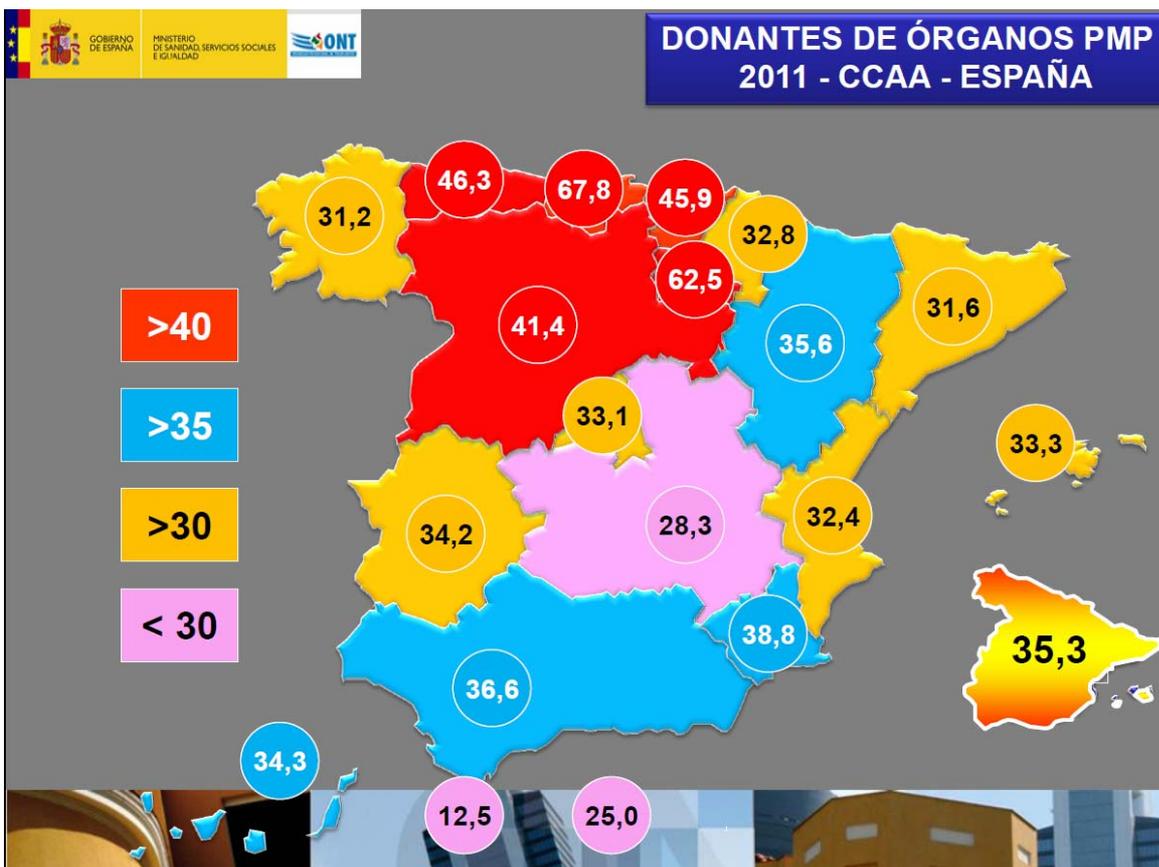


Arráz Jarque, Vicente	Hospital General Universitario de Elche
Bouzas Caamaño, Encarnación	Coordinación Autonómica de Galicia
Castro de la Nuez, Pablo	Coordinación Autonómica de Andalucía
Coll Torres, Elisabeth	Organización Nacional de Trasplantes
de la Concepción Ibáñez, Manuel	Coordinación Autonómica de la Comunidad Valenciana
de la Rosa Rodríguez, Gloria	Organización Nacional de Trasplantes
Domínguez-Gil González, Beatriz	Organización Nacional de Trasplantes
Elorrieta Goitia, Pilar	Hospital de Cruces
Fernández García, Antón	Hospital Universitario A Coruña
Fernández Renedo, Carlos	Coordinación Autonómica de Castilla y León
Galán Torres, Juan	Hospital Universitario La Fe
Getino Melián, María Adela	Hospital Nuestra Señora de la Candelaria
Gómez Marinero, Purificación	Hospital General de Alicante
Marazuela Bermejo, Rosario	Organización Nacional de Trasplantes
Martín Delagebasala, Carmen	Organización Nacional de Trasplantes
Martín Jiménez, Silvia	Organización Nacional de Trasplantes
Martínez Soba, Fernando	Coordinación Autonómica de La Rioja
Masnou Burallo, Núria	Hospital de Vall d'Hebrón
Rodríguez Hernández, Aurelio	Coordinación Autonómica de Canarias
Salamero Baró, Pedro	Hospital de Vall d'Hebrón
Sánchez Ibáñez, Jacinto	Coordinación Autonómica de Galicia
Serna Martínez, Emilio	Organización Nacional de Trasplantes

Tasa de donación de órganos España



Tasa de donación de órganos CCAA

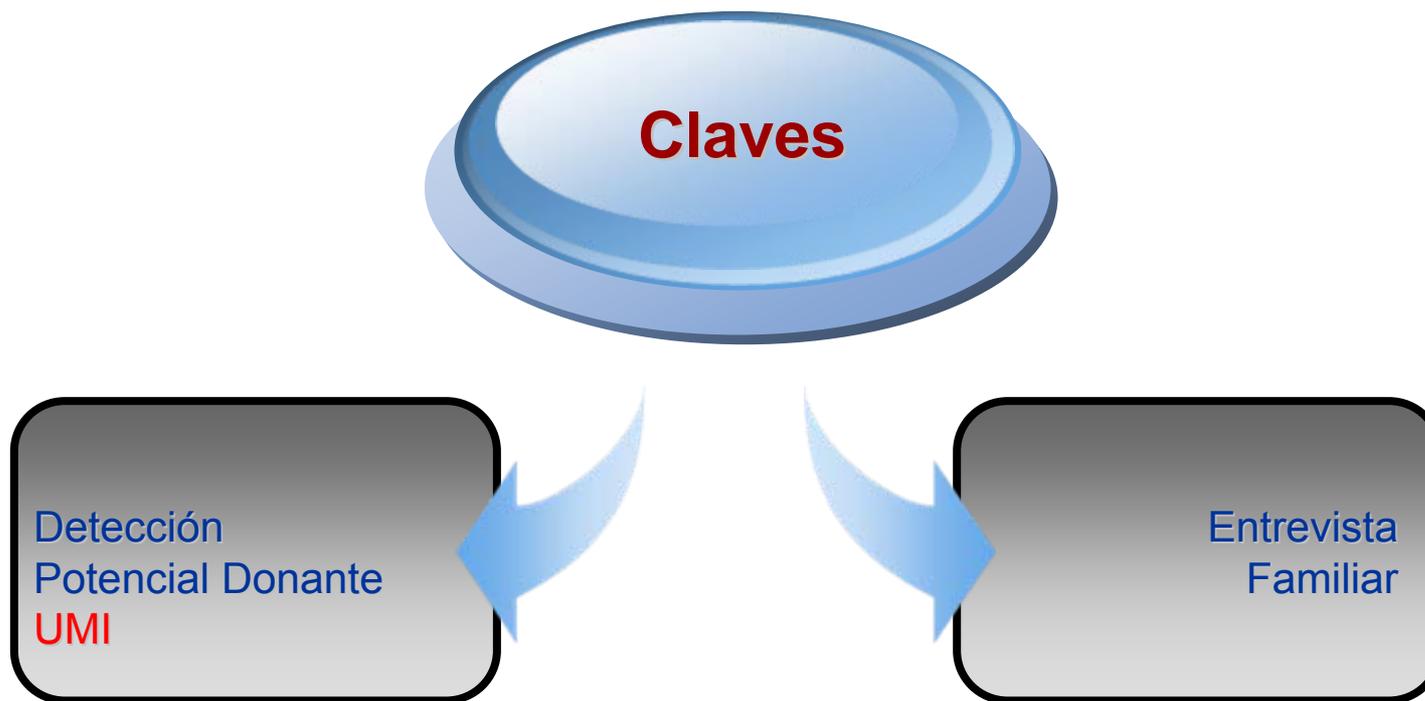


Programa detección y seguimiento de posibles donantes

- ❖ Iniciado en 2006.
- ❖ Surge como respuesta a conflictos éticos y legales en relación al ingreso en UMI de pacientes neurocríticos con pronóstico infausto.
- ❖ Programa dinámico.
- ❖ Actuaciones consensuadas con UMI, Neurología, Urgencias y 061.
- ❖ Apoyo del Comité Ético Asistencial y Sº Psiquiatría.

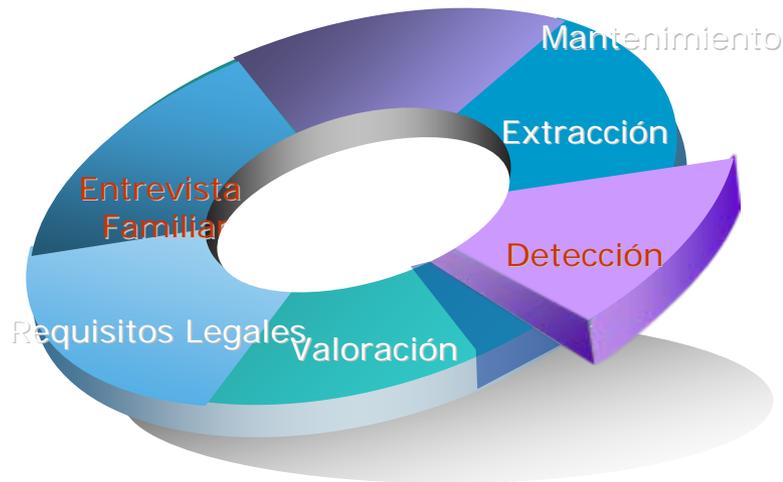


Proceso de DONACIÓN



La principal dificultad del proceso de donación es la detección de potenciales donantes

Programa de Garantía de Calidad



- ❖ Los objetivos fundamentales son:
 - Definir la capacidad teórica de donación según el tipo de hospital.
 - Detectar escapes y analizar causas como herramienta de mejora.
 - Describir los factores que tienen impacto sobre el proceso.
- ❖ Variables como: edad, etiología, nº de camas y exitus en Unidades de Críticos condicionan el perfil del donante y la capacidad generadora del centro.

P.G.C.P.D. 1998-2007 España



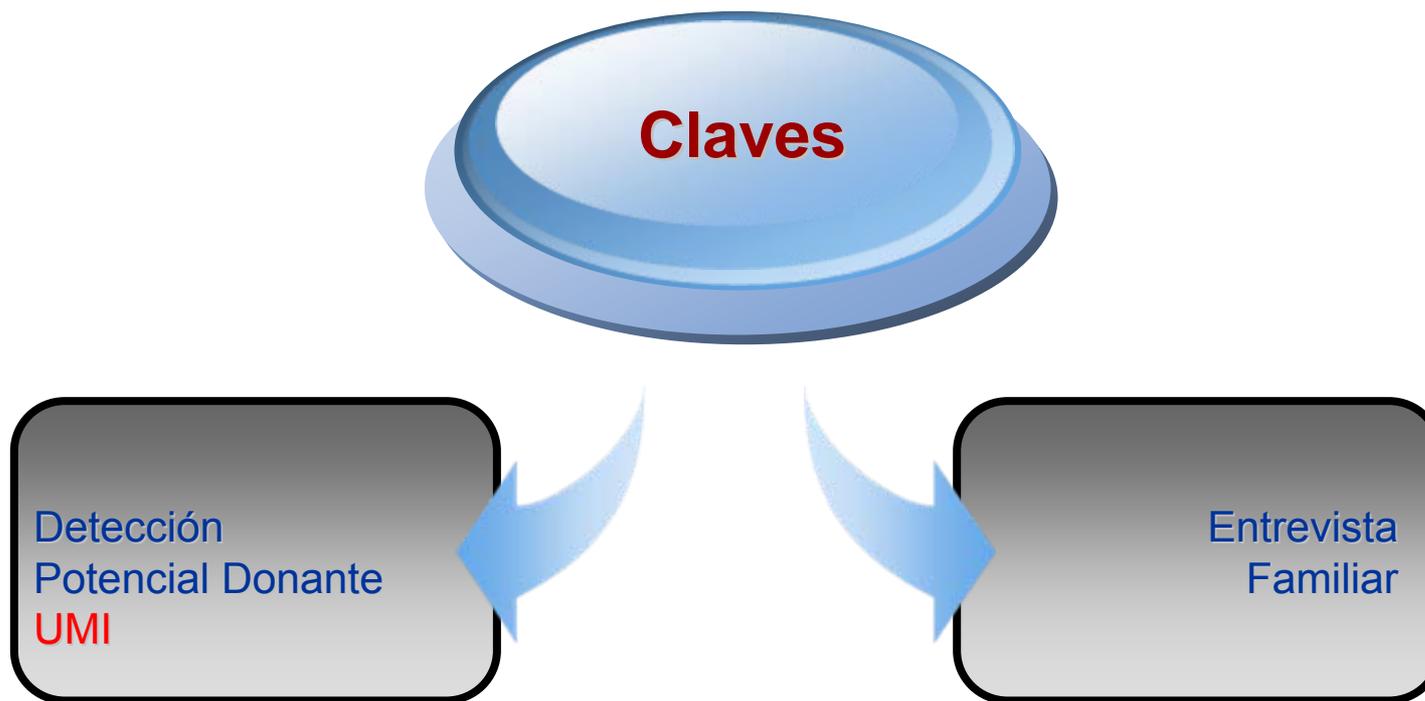
	GLOBAL	CON NEUROCIRUGÍA	SIN NEUROCIRUGÍA
% ME/Exitus Hospital	2.3	2.8	1.4
% ME/Exitus en UC	12.1	13.2	8.9

Hospital San Pedro



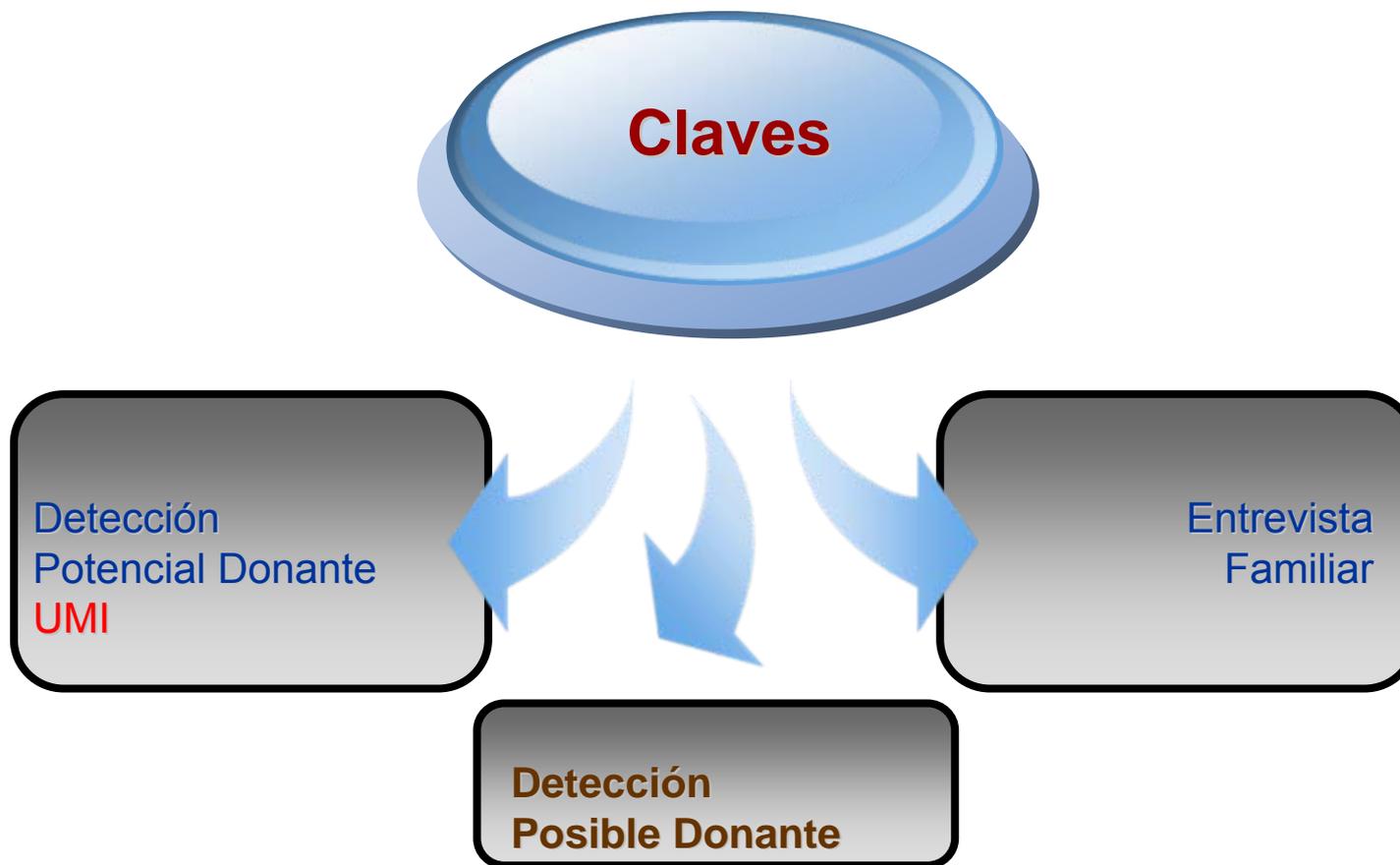
- ❖ Único centro sanitario autorizado para extracción de órganos en La Rioja.
- ❖ Sin Servicio de Neurocirugía

Proceso de DONACIÓN



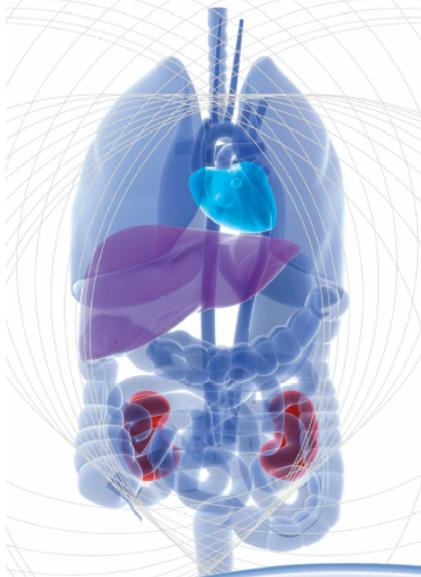
La principal dificultad del proceso de donación es la detección de potenciales donantes

Proceso de DONACIÓN



II seminario de donación y trasplante

LOGROÑO ■ 12 Y 13 DE DICIEMBRE
SALÓN DE ACTOS DEL HOSPITAL SAN PEDRO



Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



Papel del Coordinador de Trasplantes en un hospital sin Neurocirugía. Situación actual.

Dr. F. Martínez Soba.

Coordinador de Trasplantes del Hospital San Pedro

Preguntas



¿Los donantes obtenidos reflejan la capacidad generadora de nuestro hospital o tan sólo son el resultado de nuestra capacidad de detección ?

¿Podemos mejorar? ¿Cómo?

Modelo Español



MINISTERIO
DE SANIDAD Y CONSUMO

GABINETE DE PRENSA

Nota de prensa

El ministro de Sanidad y Consumo ha presentado hoy en rueda de prensa el balance de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) de 2007

España alcanzó en 2007 su récord histórico de donantes de órganos, 1.550, lo que eleva la tasa media a 34,3 por millón de población

- Estas cifras han permitido realizar el año pasado 3.829 trasplantes, con máximos históricos en trasplantes renales (2.210), hepáticos (1.112) y pulmonares (185)
- La Rioja, con 74,2 donantes por millón de población, es la Comunidad Autónoma con mayor tasa de donación jamás alcanzada en el mundo. Le siguen Asturias (48,6), Cantabria (45,6), Canarias (44,3), Murcia (41,7), País Vasco (41,1) y Aragón (40). Hasta siete comunidades superan los 40 donantes por millón, cifra considerada como objetivo para todo el país
- La donación de vivo se ha incrementado también de forma considerable, lo que ha permitido efectuar 133 trasplantes de riñón (por los 102 practicados en 2006) y 25 de hígado (18 en 2006)
- El mayor número de donaciones se registra, como en años anteriores, entre las personas mayores. Aumenta también el porcentaje de donantes de nacionalidad no española, pasando del 4,6% en 2004 al 8,7% en 2007
- Bernat Soria anuncia la puesta en marcha de una campaña de información para fomentar la donación entre población inmigrante

14 de enero de 2008. España sigue pulverizando las marcas mundiales de donación de órganos. En 2007, ha vuelto a confirmar su liderazgo mundial en materia de donación y trasplantes, tal y cómo viene haciendo de forma ininterrumpida desde hace 15 años. Así lo ha confirmado hoy el ministro de

Comunicación
prensa@msc.es

Página 1 de 6

Esta información puede ser usada en parte o en su integridad sin necesidad de citar fuentes

www.msc.es

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
C/ALFONSO XAURRO
TEL: 91.586.11.22
FAX: 91.586.15.96

- La Rioja, con 74,2 donantes por millón de población, es la Comunidad Autónoma con mayor tasa de donación jamás alcanzada en el mundo. Le siguen Asturias (48,6), Cantabria (45,6), Canarias (44,3), Murcia (41,7), País Vasco (41,1) y Aragón (40). Hasta siete comunidades superan los 40 donantes por millón, cifra considerada como objetivo para todo el país

La ONT cita al Hospital San Pedro como un ejemplo a seguir en el sistema trasplantes

EFE / MADRID

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) ha citado al Hospital San Pedro de Logroño, con 72 donantes por millón de habitantes, como un ejemplo a seguir en el método empleado para buscar las mejores prácticas hospitalarias que permitan la detección de potenciales donantes.

La ONT ha puesto en marcha una metodología para aumentar las donaciones en urgencias y unidades de ictus, con la que espera incrementar en un 20 por cien el número total de donaciones.

Así lo explicó ayer el ministro de Sanidad, Bernat Soria, en la inauguración del curso internacional 'Plan 40, Benchmarking

en el proceso de donación', organizado por la ONT.

El objetivo de ese Plan es pasar de los 34,3 donantes por millón de habitantes que existen en la actualidad en España a los 40 en todas las comunidades autónomas. Esto permitiría pasar de los 3.800 trasplantes anuales a 4.500 precedentes de donantes fallecidos.

Plan 40



23 de Octubre
2008

AUDITORIO FUNDACIÓN MUTUA MADRILEÑA

PLAN DONACIÓN CUARENTA

BENCHMARKING
EN EL PROCESO
DE DONACIÓN

Directores:

Rafael Matesanz
Elisabeth Coll
Gloria de la Rosa
Beatriz Domínguez-Gil
Rosario Marazuela



11:30
14:00

POSIBILIDADES DE MEJORA: DETECCIÓN Y MANEJO DEL POSIBLE DONANTE FUERA DE LA UCI

Moderadores: Manuel Alonso Gil y Luis Jiménez Murillo

11:30
11:50

Manejo en la UCI del paciente neurocrítico.
Dolores Escudero

11:50
12:20

Variabilidad en los criterios de ingreso a UCI.
Pedro Galdos

12:20
12:40

**Detección y manejo del posible donante
en la urgencia hospitalaria.**
Fernando Martínez

12:40
13:00

**Actitud del médico de urgencias ante
la donación de órganos.**
Tomás Toranzo

13:00
13:20

**Actitud del médico de la Unidad de ictus
ante la donación de órganos.**
José Álvarez Sabin

13:20
14:00

DISCUSIÓN
Intervienen: Juan José Aráiz, María Bodí, José Elizalde,
Antón Fernández y Javier Martínez

Modelo Español

El modelo español de Coordinación y Trasplantes

2ª Edición

Editor
Rafael Matesanz



Capítulo 3

LA LABOR DEL COORDINADOR
HOSPITALARIO DE TRASPLANTES

Capítulo 3.2

F. Martínez Soba
*Coordinador de Trasplantes,
Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja*

Hospital no trasplantador sin neurocirugía

CAPÍTULO 3.2

HOSPITAL NO TRASPLANTADOR SIN NEUROCIURGÍA

- Introducción.
- Coordinadores y equipos de coordinación.
- Red de coordinación hospitalaria y actividad generadora.
- Perfil del coordinador de trasplantes.
- Funciones del coordinador hospitalario de trasplantes.
- Discusión.
- Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

El concepto de coordinador de trasplantes surgió en los países anglosajones y del centro de Europa a principios de la década de 1980. Fue introducido en España a través de Cataluña en 1984 tras la aprobación de la Ley sobre Extracción y Trasplante de Órganos 30/1979. Su posterior reconocimiento a nivel administrativo en 1986 junto a la creación de la ONT en 1989 constituyeron el punto de inicio del Modelo Español de Donación y Trasplantes.

De la necesidad de aumentar el número de órganos disponibles para el trasplante surge la figura del coordinador de trasplantes con la responsabilidad de potenciar la donación de órganos y articular un nuevo sistema organizativo. La definición de un perfil y unas funciones específicas para el coordinador, diferentes a las hasta entonces

Modelo Español

DISCUSIÓN

El coordinador de trasplante hospitalario es la clave del Modelo Español de Trasplantes. Aproximadamente la mitad de los centros autorizados para la extracción de órganos no disponen de Servicio de Neurocirugía, sin embargo generaron en el 2006 el 16,4% de los donantes de órganos con una media de 4,0 donantes por hospital. En estos hospitales el 7,6% de los éxitos de las unidades de críticos fallecieron en muerte encefálica y el 46,5% de estos fueron donantes reales. Las importantes diferencias entre hospitales con/sin Neurocirugía pueden justificarse según el programa de garantía de calidad

del proceso de donación. Sin embargo, las peculiaridades de los hospitales sin neurocirugía: baja actividad extractora, mayor aislamiento del coordinador, menor disponibilidad de recursos y persistente necesidad formativa conservando el nivel de responsabilidad, pueden perpetuar unos resultados que históricamente se han justificado por las características del hospital no neuroquirúrgico.

Es preciso promover programas proactivos de detección de potenciales donantes y protocolos de identificación y seguimiento de pacientes neurocríticos implicando a profesionales del Área de Urgencias y Neurología. El programa de control de calidad estudia el proceso de donación en las unidades de pacientes críticos y propone líneas de mejora según su análisis. La detección y el seguimiento de pacientes neurocríticos tanto dentro como fuera de la Unidad de Medicina Intensiva son fundamentales para mejorar la actividad de donación. Así la Comunidad Autónoma de La Rioja obtuvo una tasa de donación de 74,2 donantes pmp ampliando su capacidad detectora de este modo. Sería conveniente considerar, dado el grado de exigencia profesional y el nivel de responsabilidad del coordinador del hospital no neuroquirúrgico, la creación de equipos de coordinación operativos de forma permanente según el tamaño y potencial actividad del hospital.

El coordinador debe preguntarse: ¿los donantes obtenidos reflejan la capacidad generadora de mi hospital? ¿sólo son el resultado de mi capacidad de detección? ¿es posible mejorar? La búsqueda de respuestas debe definir el verdadero papel del coordinador de trasplantes en estos centros.

Modelo Español

PUNTO DE VISTA

Papel de los Servicios de Urgencias y Emergencias en la donación de órganos

RAFAEL MATESANZ

Coordinador Nacional de Trasplantes. Organización Nacional de Trasplantes. Madrid, España.

Para nadie es un secreto que España es el primer país del mundo en materia de donación y trasplantes. Para los más iniciados tampoco lo es que ello se debe en gran medida a un peculiar modelo organizativo instaurado por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) hace ahora 20 años¹. Este modelo, en realidad una forma de gestión, asienta sobre una serie de pilares ampliamente descritos en la literatura pero básicamente se centra en una figura: el coordinador de trasplantes^{2,3}. Estos profesionales, mayoritariamente intensivistas, están perfectamente entrenados para detectar cualquier posible donante (una persona fallecida o que va a fallecer en situación de muerte encefálica) y hacer que todo el proceso que sigue a continuación (mantenimiento, diagnóstico de muerte, entrevista familiar etc.), funcione sin el más mínimo fallo.

El éxito de este modelo, mundialmente reconocido por su eficacia, se basa por tanto en haber concentrado los esfuerzos en los profesionales sanitarios: en su formación, en su coordinación, en su motivación, en su organización⁴.... No se han invertido grandes sumas en inútiles campañas o registros de donantes que han sido un fracaso en muchos países. Lo que se ha desarrollado en los últimos 20 años ha sido un sistema que no deja nada a la improvisación en un ámbito que fundamentalmente se circunscribe a las Unidades de Vigilancia Intensiva (UVI).

Porque, efectivamente, donación de órganos equivale mayoritariamente a muerte encefálica y ésta a ventilación asistida y por tanto a UVI. Éste es el punto crítico y caben pocas discusiones de su relevancia y de la necesidad de prestarle la debida atención.

Pero en el camino a la UVI hay diversos eslabones y de ellos va a depender que el potencial donante finalmente llegue a serlo o incluso que se

plantee la posibilidad de que así sea. Cualquier médico es consciente de que una persona joven que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico en un accidente de tráfico puede evolucionar a la muerte encefálica y ser un potencial donante. Sin embargo, durante el 2008 sólo un 8% de los donantes registrados en España lo fueron por este motivo (Figura 1). La gran mayoría, alrededor de las dos terceras partes, correspondieron a un accidente cerebrovascular en personas mayoritariamente de edad avanzada. Hasta un 44% de los donantes tiene más de 60 años y un 23,4% más de 70. La Figura 2 refleja la edad máxima de los donantes de órganos trasplantados en España durante los últimos 10 años. Probablemente, para sorpresa de muchos, han sido varias las veces que se han trasplantado con éxito hígados y riñones de 89 años, un corazón de 79 o un pulmón de 70. La conclusión es nítida: no hay edad máxima para la donación de órganos. No se debe descartar nunca un donante por su edad cronológica sin antes haber valorado el estado biológico de los órganos susceptibles de ser trasplantados.

Un paciente anciano que llegue a urgencias con un accidente cerebrovascular severo puede ser tratado de muy diversas formas y con muy distintos grados de agresividad o conservadurismo terapéutico, todos ellos legítimos y defendibles. Sobre la base indiscutible de que la prioridad absoluta es la vida del enfermo, éste puede ser tratado en urgencias, ingresado en un servicio de medicina interna, en una unidad de ictus o en la UVI. En ocasiones, y ante la previsible irreversibilidad del cuadro, puede volver a su domicilio tras la oportuna explicación y acuerdo con los familiares.

Y aquí es necesario señalar que en aquellos casos donde nada se pueda ya hacer por la vida del enfermo, todavía es posible dar vida a otras per-

Uno de los puntos indiscutibles que emergió de este estudio fue la buena coordinación entre los servicios de urgencias y las UVI. El ejemplo paradigmático probablemente sea la comunidad de La Rioja⁹. Con poco más de 300.000 habitantes y sin neurocirugía, durante años tenía una media al año de 1-2 donantes que significaban entre 3 y 6 donantes pmp, lo que la situaba en el último lugar de todas las CCAA. La llegada en el 2004 de un nuevo coordinador intensivista y el establecimiento de un perfecto sistema de conexión con urgencias, donde se nominó igualmente uno de los médicos como persona de contacto, produjo un espectacular aumento sin precedente alguno hasta alcanzar en 2007 la cifra de 74,2 donantes pmp (sin neurocirugía!!), cifra jamás alcanzada en ningún lugar del mundo.

CORRESPONDENCIA: Rafael Matesanz. Organización Nacional de Trasplantes. Sinesio Delgado, 8. 28029 Madrid, España.

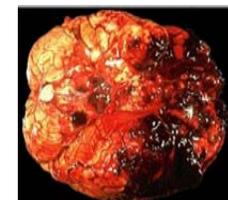
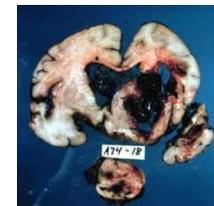
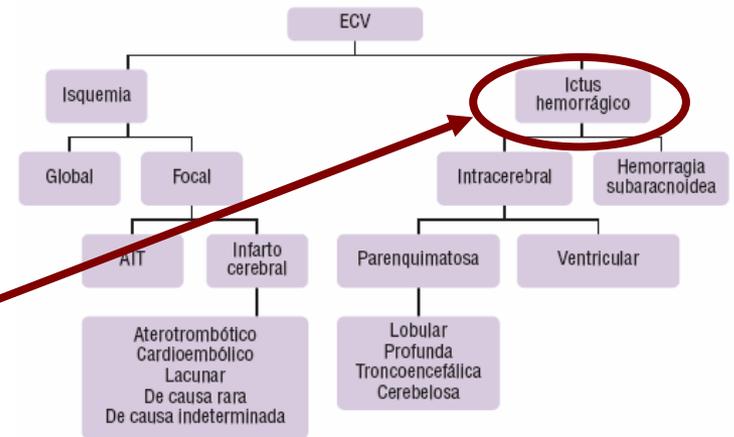
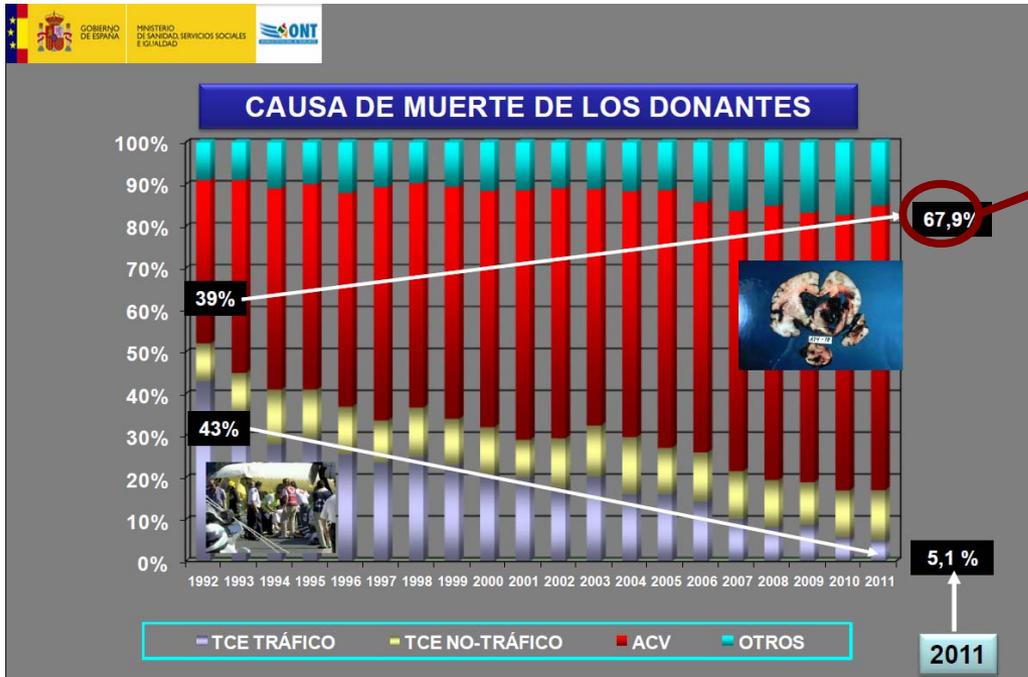
FECHA DE RECEPCIÓN: 14-4-2009. FECHA DE ACEPTACIÓN: 14-12-2009.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

¿Cuál es el papel de los servicios fuera UMI ?

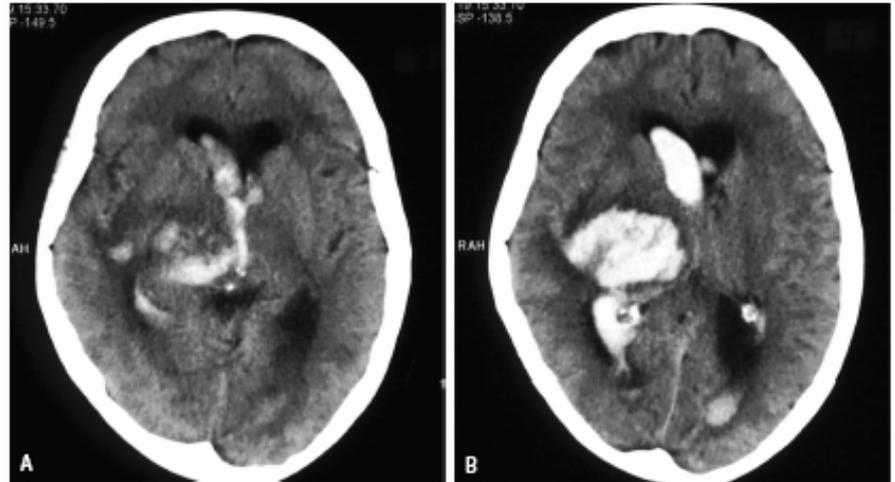


¿Cuál es el papel ?



Hemorragia Cerebral Espontánea

- √. La Hemorragia Cerebral Espontánea no aneurismática o Hemorragia Intracraneal (HIC) supone el 10-15 % de todos los ictus.
- √. Localización: G. de la base
- √. Etiología: HTA mal controlada
- √. Incidencia 15 casos / 100.000
- √. Varones > 55 años
- √. **Proceso dinámico**



Escudero Augusto D. et al. Med Intensiva 2008; 32(6):282-95

I. Proceso patológico	Rotura vascular	1-10 segundos
II. Origen del hematoma	Formación hematoma	< 1 h
III. Progresión/crecimiento	Expansión hematoma	1-6 h
IV. Lesión secundaria	Formación de edema	24-72 h

Hemorragia Cerebral Espontánea

“ICH score” (*Hemphill J.C. et al. Stroke. 2001;32 : 891-7 et al*)

VARIABLES DE MAYOR VALOR PREDICTIVO DE MORTALIDAD

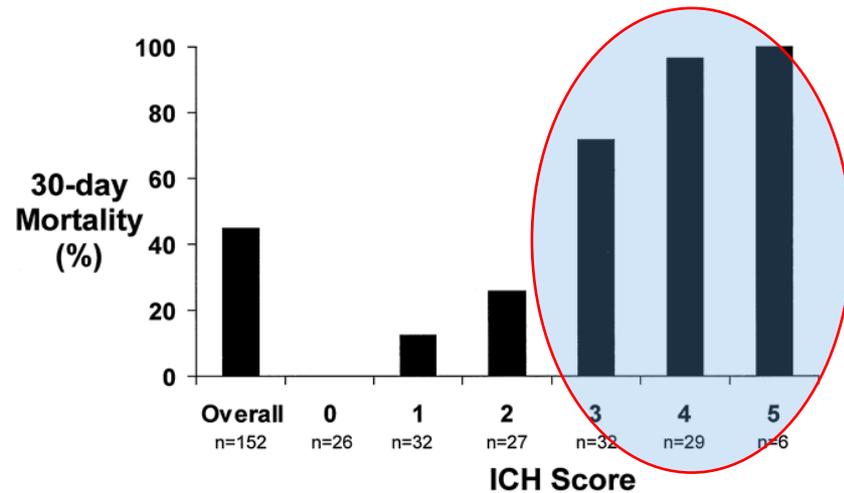
Alta sensibilidad

Fácil uso

TABLE 3. Determination of the ICH Score

Component	ICH Score Points
GCS score	
3-4	2
5-12	1
13-15	0
ICH volume, cm ³	
≥30	1
<30	0
IVH	
Yes	1
No	0
Infratentorial origin of ICH	
Yes	1
No	0
Age, y	
≥80	1
<80	0
Total ICH Score	0-6

GCS score indicates GCS score on initial presentation (or after resuscitation); ICH volume, volume on initial CT calculated using ABC/2 method; and IVH, presence of any IVH on initial CT.



Hemorragia Subaracnoidea

- √. La Hemorragia Subaracnoidea (HSA) supone el 4-7 % de todos los ictus.
- √. Etiología: Rotura aneurisma intracraneal (80%)
- √. Incidencia 10 casos / 100.000
- √. Mujeres. Edad media 50 años.
- √. El 10 % fallece antes de llegar al hospital.
- √. El 25-55% fallece en los primeros 30 días, La mayoría en primera semana por complicaciones neurológicas.
- √. El tratamiento quirúrgico o endovascular es de elección.



	<u>HSA</u>	<u>HSAa</u>	<u>HSAa tratada</u>
Evolución (%)			
Mortalidad	22	26	15
Discapacidad (EV, SD, MD)	28	34	39
Buena recuperación	50	40	46
Estancia mediana días (RIQ)	18 (10-33)	20 (11-36)	23 (14-39)

Hemorragia Subaracnoidea

CLASIFICACION DE HUNT Y HESS DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

GRADOS	CRITERIOS
Grado 0	Aneurisma intacto
Grado I	Asintomático o mínima cefalea. Rigidez de nuca ligera.
Grado IA	Sin reacción meníngea o cerebral pero con déficit neurológico establecido
Grado II	Cefalea moderada o severa. Rigidez de nuca. Sin déficits neurológicos severos a excepción de afectación de pares craneales.
Grado III	Somnolencia, confusión o déficits focales leves.
Grado IV	Estupor. Hemiparesia moderada o severa. Alteraciones vegetativas y posiblemente rigidez de descerebración precoz
Grado V	Coma profundo. Rigidez de descerebración. Apariencia moribunda

Pronóstico a los 6 meses

H y H I y II:	75 – 90% de buena recuperación 5 – 15% de estado veg. y muerte
H y H III:	55 – 75% de buena recuperación 15 – 30% de estado veg. y muerte
H y H IV:	30 – 50% buena recuperación 35 – 45% de estado veg. y muerte
H y H V:	5 – 15% de buena recuperación 75 – 90% de estado veg. y muerte

Hemorragia Subaracnoidea



Table 3. Hunt and Hess Scale

Grade	Clinical Condition
0	Unruptured
I	Asymptomatic or minimal headache, slight nuchal rigidity
II	Moderate/severe headache, nuchal rigidity, no neurologic deficit except cranial nerve palsy
III	Drowsy, confused, mild focal neurologic deficit
IV	Stupor, moderate/severe hemiparesis, possible early decerebrate rigidity
V	Deep coma, decerebrate rigidity, moribund appearance

Adapted from Hunt WE, Hess RM. Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms. *J Neurosurg* 1968; 28:14-20; and Ogilvy CS, Carter BS. A proposed comprehensive grading system to predict outcome for surgical management of intracranial aneurysms. *Neurosurgery* 1998;42:959-70.

Table 4. Fisher Scale

Score	Description of Blood on Head Computed Tomography Scan
1	No blood detected
2	Diffuse deposition or vertical layers of blood < 1 mm thick, no clots
3	Localized clot and/or vertical layers of blood > 1 mm thick
4	Intracerebral or intraventricular clots with diffuse or no blood

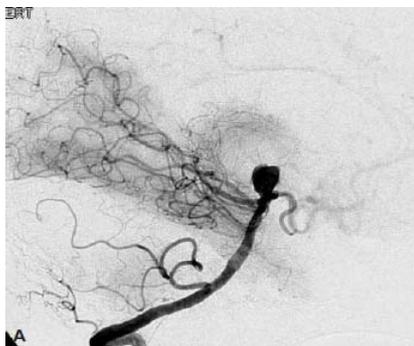
Adapted from Fisher CM, Kistler JP, Davis JM. Relation of cerebral vasospasm to subarachnoid hemorrhage visualized by computerized tomographic scanning. *Neurosurgery* 1980;6:1-9; and Ogilvy CS, Carter BS. A proposed comprehensive grading system to predict outcome for surgical management of intracranial aneurysms. *Neurosurgery* 1998;42:959-70.

Table 5. Ogilvy and Carter System

Points	Description
I	Hunt and Hess grade > III
I	Fisher scale score > 2
I	Aneurysm size > 10 mm
I	Patient age > 50 yr
I	Giant (≥ 25 mm) posterior circulation lesion

NOTE: Grade is determined by sum of points: grade 5 has worst prognosis and 0 has best prognosis.

Adapted from Ogilvy CS, Carter BS. A proposed comprehensive grading system to predict outcome for surgical management of intracranial aneurysms. *Neurosurgery* 1998;42:959-70.



Grado	Mortalidad
I	5%
II	10%
III	30%
IV	50%
V	100%

¿ Dónde detectar al posible donante ?



- ❖ Urgencias.
- ❖ Neurología - Unidad de Ictus.
- ❖ UMI.

Programa detección y seguimiento de posibles donantes

❖ Objetivo:

Sin perjuicio de la asistencia sanitaria al paciente neurológico es preciso considerar que los pacientes sin posibilidad terapéutica o con infausto pronóstico vital, debido a su patología neurológica, deben ser valorados como posibles donantes.



La detección del posible donante forma parte de la actividad asistencial

Detección del posible donante

Neurología
URGENCIAS

NO indicado TRATAMIENTO NEUROQUIRÚRGICO

NO indicado TRATAMIENTO MÉDICO

Pronóstico infausto

Coordinación de
Trasplantes

Ingreso UMI

LET o LTSV

Entrevista

1. Información de situación clínica, diagnóstico y pronóstico por parte del facultativo responsable del paciente en Neurología-Urgencias.

2. Presentación del facultativo de Coord. de Trasplantes.

3. Solicitud de consentimiento para ingreso en UMI como posible donante a cargo del Coordinador de Trasplantes



Información a la familia de un posible donante

Es un derecho.

Veraz, comprensible y adecuada.

Consentimiento informado.

Protocolos de detección.

Formación del personal implicado (CSC).

La solicitud de ingreso debe realizarla el CT.

Calidad asistencial.



RESULTADOS

P.G.C.P.D. 1998-2007 España



	GLOBAL	CON NEUROCIRUGÍA	SIN NEUROCIRUGÍA
% ME/Exitus Hospital	2.3	2.8	1.4
% ME/Exitus en UC	12.1	13.2	8.9

Resultados La Rioja 2006-2009

	GLOBAL	Hospital San Pedro	
		CON NEUROCIRUGÍA	SIN NEUROCIRUGÍA
% ME/Exitus Hospital	2,3	2,8	1,4
% ME/Exitus en UC	12,1	13,2	8,9

Donantes en La Rioja 2006-2011

Estimación por cada año

- Muertes encefálicas en UMI: 8-10.
- Donantes: 6-8.
- Tasa: 20-26 p.m.p.

Realidad

- Muertes encefálicas en UMI: 19
- Donantes: 16
- Tasa: 50 d.p.m.p.

SEMES - ONT

La ONT y la SEMES amplían su colaboración en investigación para mejorar la tasa de donación y trasplantes

Ambas organizaciones estiman que en los cuatro próximos años se podría formar a alrededor de 2.000 profesionales de urgencias y emergencias en el campo de los trasplantes

26 de julio de 2011 |



Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) han firmado un convenio marco que amplía la colaboración docente que mantienen desde hace tres años a otros campos como la investigación. El objetivo de esta mayor cooperación es mejorar la tasa de donación y [trasplantes](#) en nuestro país, ha informado el Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad.

El acuerdo suscrito, inicialmente por un periodo de cuatro años, permitirá extender por toda España la formación de profesionales de urgencias y emergencias en materia de donación y trasplantes. Tanto la ONT como la SEMES calculan que en este tiempo podrían llegar a formarse alrededor de 2.000 profesionales de urgencias y emergencias en el campo de los trasplantes, señala Sanidad.



SEMES - ONT

ANÁLISIS DEL POTENCIAL DE DONACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

PROYECTO COLABORATIVO ONT_SEMES



HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los servicios de urgencias hospitalarias valoran diariamente pacientes neurológicos graves que requieren una atención sanitaria urgente y una rápida toma de decisiones. En una proporción de casos se trata de posibles donantes, esto es, pacientes neurocríticos con alta probabilidad de evolucionar a muerte encefálica.

Aunque lo habitual es que estos potenciales donantes sean manejados en las unidades de críticos, existe un grupo de estos pacientes cuyo ingreso en una unidad de críticos no se considera una opción válida debido a su pronóstico infausto.

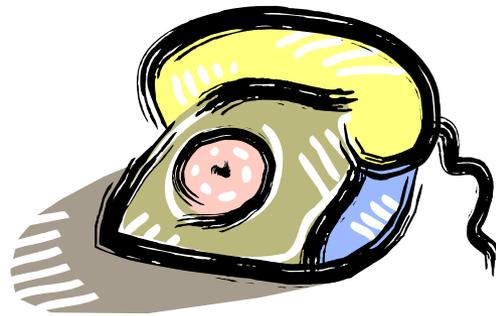
En la mayoría se decide limitación de tratamientos de soporte vital como medida compasiva habitual quedando ingresados en una planta de hospitalización sin considerar su posible evolución a muerte encefálica y la futura capacidad como donante de órganos. Es fundamental en este punto que la identificación de estos potenciales donantes forme parte de la labor asistencial de los facultativos de urgencias que han de implicar posteriormente al equipo de coordinación de trasplantes con objeto de decidir de forma consensuada la actitud a seguir en cada caso.

Se hace patente la necesidad de establecer programas proactivos que integren procedimientos que han de basarse en la comunicación veraz a los familiares del diagnóstico y pronóstico y en la toma de decisiones compartida e ingreso en Unidad de críticos si la familia consiente.

Por tanto, estimamos que una proporción de pacientes neurocríticos sin opciones terapéuticas no son valorados como POTENCIALES DONANTES, por lo que no se considera la posibilidad de su ingreso en una unidad de críticos con el único objetivo de llevar a cabo la donación.

Programa de donación de corneas

Pacientes fallecidos de edad inferior o igual a 75 años



A decorative background consisting of a large blue wavy shape. Three spheres of varying sizes and shades of blue are positioned on the wavy surface: one large sphere on the left, and two smaller spheres on the right.

Gracias

fmsoba@riojasalud.es