

Organs for Transplants

A report from the Organ Donation Taskforce



Working in partnership with



Department of
Health, Social Services
and Public Safety
www.dhsspsni.gov.uk



**The Scottish
Government**



Llywodraeth Cynulliad Cymru
Welsh Assembly Government

La Sección 1 presenta un panorama de los temas debatidos por la Task Force seguido de las recomendaciones formuladas. En la Sección 4 se presenta evidencia adicional y la fundamentación que avalan casi una de las recomendaciones. El Suplemento Informe que incluye el análisis detallado está incluido en la página web del Departamento de Salud.

1. Resumen de los principales temas y recomendaciones

- 1.1. Luego de un análisis exhaustivo de los sistemas empleados en el Reino Unido y otros países, la Organ Donation Task Force está convencida de que es posible lograr un aumento del 50% en la tasa de donación de órganos en el Reino Unido en el plazo de cinco años.
- 1.2. Este aumento depende de la resolución de tres temas clave en el marco del NHS que han sido señalados por la revisión de la Task Force como barreras para la donación de órganos: identificación y derivación del donante, coordinación del donante y organización del procedimiento de ablación.
- 1.3. Estos temas no deberían ser particularmente difíciles de manejar ni costosos de resolver. Para abordarlos se necesitará liderazgo, valentía y disposición y modificar las prácticas establecidas. La recompensa es considerable. La Task Force estima que un aumento del 50% en la tasa de donación permitiría la realización de 1200 trasplantes más al año de los que más de 700 serían trasplantes de riñón, con un significativo ahorro de costos en comparación con los tratamientos de diálisis (ver Sección 1 del Suplemento Informe).
- 1.4. Dada la experiencia de otros países, la Task Force confía en que si se implementan las recomendaciones en forma completa en un plazo breve de no más de un año se podrán ver diferencias en términos de trasplantes y vidas salvadas. Esto sólo se logrará con liderazgo y compromiso y concreción de estas recomendaciones como se demostró en los E.E.U.U. según manifestó, Tommy Thompson, secretario de salud.
- 1.5. España posee la tasa de donación más elevada de Europa, con 35 donantes por millón de habitantes. El Reino Unido cuenta con una de las tasas más bajas con sólo 13 donantes por millón de habitantes. Hace quince años, antes de que España decidiera derribar las barreras existentes en el campo de la donación de órganos, tenía una tasa similar a la que hoy posee el Reino Unido. Recientemente, las lecciones del modelo español han sido implementadas en Italia y varios países de América Latina. Es muy posible que lo mismo ocurra en el Reino Unido.
- 1.6. El trasplante salva vidas. En 2006/7 más de 3000 pacientes recibieron un trasplante en el Reino Unido, pero otros 1000 murieron en lista de espera o luego de haber sido eliminados de la lista debido a la gravedad de su enfermedad. La lista de espera activa actual incluye 7235 pacientes, y crece alrededor del 8% año a año. Esta lista no refleja el real alcance de la necesidad puesto que muchos médicos se muestran renuentes a incluir más pacientes en lista de espera de los que realmente podrán recibir un órgano. La real necesidad es, como mínimo, 50% más de lo que se cuenta actualmente y esto aumenta rápidamente con los cambios demográficos del Reino Unido. Merece un comentario aparte la población añosa y el surgimiento anticipado de la incidencia de diabetes tipo II, una enfermedad que puede provocar daño renal y llevar a la necesidad de un trasplante renal.

- 1.7. La escasez de donantes cadavéricos ha despertado mayor interés por la figura del donante vivo, pero debe mencionarse que el donante vivo de riñón tiene un riesgo asociado de muerte de aproximadamente 1 en 3000, mientras que la donación de hígado de un donante vivo (adulto a adulto) implica un riesgo de muerte para el donante de hasta 1 en 100. Nada demuestra la escasez crítica de donantes cadavéricos con más claridad que la aceptación, por parte de pacientes, médicos y comisionados de estos riesgos para la vida de una persona sana.
- 1.8. Asimismo, existe una necesidad imperiosa de tratar temas relacionados con la desigualdad en la prestación sanitaria. Las personas de ascendencia asiática o afrocaribeña tienen una posibilidad tres o cuatro veces mayor de padecer insuficiencia renal y necesitar un trasplante renal. Los datos del UK Transplant (UKT) demuestran que estas personas conforman el 23 % de la lista de espera para trasplante renal, y representan 8% de la población. Sólo 3% de los donantes cadavéricos son de ascendencia asiática o afrocaribeña.
- 1.9. Los fondos asignados por el NHSBT han logrado aumentar, en ocasiones considerablemente, la donación de ciertos órganos. Por ejemplo, entre 2000 y 2006 se observó un aumento anual del 93% en la tasa de donante vivo para trasplantes renales, de 348 a 671, y un aumento del 248% en la donación luego de la muerte en parada cardíaca, de 38 a 146. Y gracias a las actividades del NHSBT, el número de personas que se registran como donantes en el NHS Organ Donor Register continúa aumentando y actualmente alcanza el 25 % de la población.
- 1.10. Pero es la donación luego del diagnóstico de muerte encefálica (es decir confirmada por criterios neurológicos) que por lo general involucra a pacientes asistidos en la terapia intensiva luego de lesiones encefálicas irreversibles, la fuente que provee órganos para casi todos los trasplantes de corazón y pulmón, y la gran mayoría de trasplantes hepáticos y renales. La tasa anual de donación luego de muerte encefálica ha disminuido en un 14% (de 739 a 633) en el mismo período de tiempo.
- 1.11. En principio, la población general apoya la donación, con un 90% a favor según la encuesta del UKT realizada en 2003, y casi 15 millones de personas ingresadas en el Organ Donor Register. Sin embargo, la tasa real de donación en el Reino Unido sigue siendo baja, y en parte esto se debe al 40% de familiares que se rehúsan a dar consentimiento para donación. Los profesionales que se desempeñan en el área de cuidados críticos y trasplante ofrecen asistencia de alta calidad, y los integrantes de las Task Force se mostraron impresionados por su compromiso y dedicación. Pero es el sistema en el que tanto los profesionales como la población se encuentran lo que resulta decepcionante, más aún para las personas que necesitan un trasplante. Si bien se han realizado numerosas revisiones de donación de órganos en el pasado, ninguna de ellas ha logrado resolver los problemas que resultan de la ausencia de un abordaje sistematizado y estructurado de donación de órganos, y en menor grado el trasplante de órganos. Estos se clasifican en tres categorías principales:
- Identificación y derivación de donantes
 - Coordinación de donantes
 - Ablación de órganos.
- 1.12. En estas categorías hay algunos temas que requieren atención:
- Temas legales y éticos
 - El rol del NHS
 - Organización de coordinación y ablación
 - Capacitación
 - Reconocimiento público y promoción de la donación.

1.13. Al reunir todas estas consideraciones, existe un requisito general:

Donación de órganos – un servicio nacional del Reino Unido

- 1.14. La donación de órganos es una actividad “local” pero el trasplante puede llevarse a cabo con éxito con un servicio integrado que cubra todo el territorio. Los pacientes con insuficiencia hepática aguda fallecerán en 72 horas sin un trasplante, los pacientes con insuficiencia cardíaca irreversible fallecerán en el término de días, y existen cientos de pacientes en lista a la espera de un riñón compatible para trasplantarse. Sólo un servicio nacional en el Reino Unido puede identificar y adjudicar los órganos adecuados para cada paciente. Puede que un Ente (Trust) destine sustanciales fondos y los beneficios los coseche otro ente en el otro extremo del país. Los coordinadores de trasplante se emplean localmente, pero deben trabajar con la perspectiva nacional. Cualquier interrupción en el servicio local puede no tener efectos sobre los pacientes locales que esperan un trasplante pero puede llevar a la muerte de pacientes en otra región del país.
- 1.15. Durante la revisión, la Task Force, que incluyó desde un comienzo a los representantes de las administraciones de salud delegadas se vio castigada una y otra vez por la necesidad de contar con una Organización de donación de órganos a nivel nacional para coordinar, comisionar y cubrir el territorio del Reino Unido. La Task Force era consciente de que esto se contraponía a la política general de movilizar recursos y tomar decisiones más cerca de las comunidades que asisten los hospitales. Asimismo reconocen que existen diversas estructuras dentro de diversas administraciones. Pero en términos de donación de órganos existe la necesidad imperiosa de contar con un servicio nacional. Los intereses de los que necesitan un trasplante pueden ser atendidos mediante una Organización nacional de donación de órganos que también satisfaga las necesidades de los que desean donar sus órganos después de la muerte. La experiencia en el Reino Unido en años recientes, y la evidencia internacional, demuestran que con una estructura menor no se lograrán los objetivos.
- 1.16. Actualmente, existe un ente nacional dentro del NHS relacionado con la actividad de trasplante: el NHSBT. Sin embargo, mientras que el NHSBT participa en diversos aspectos de la donación y trasplante, no es, en su estructura actual, una Organización nacional de donación de órganos a los ojos de la Task Force.
- 1.17. Dentro del NHSBT, la tarea del UKT consiste en manejar las listas de espera de trasplante, adjudicar órganos, recolectar y analizar datos de trasplante para todas las unidades de trasplante en el Reino Unido, y promover la donación de órganos y el Organ Donor Register del NHS. El NHSBT asimismo es responsable del National Blood Service (NBS) que provee sangre y hemoderivados, junto con algunos servicios especializados y parte, no toda, de la donación, almacenamiento y suministro de tejidos a Inglaterra y Gales del Norte. El NBS también cuenta con experiencia considerable para publicitar la necesidad de donantes de sangre.
- 1.18. Si bien el UKT brinda liderazgo profesional a los DTCs (Donor transplant coordinators, coordinadores de donación y trasplante) en todo el Reino Unido, no los emplea ni administra. Estas funciones se ejercen localmente, con lo cual el servicio nacional es vulnerable a las presiones y decisiones locales. La Task Force sintió que la organización más confiable para hacerse cargo de la organización de donación de órganos sería la NHSBT dada la gran experiencia en donación y coordinación que ha construido en años recientes. Esta decisión facilitará el desarrollo de un servicio de coordinación sin interrupciones para las familias de todos los donantes, sea de órganos, tejidos o ambos. Las recomendaciones 9 y 10 incluyen detalles acerca de los principales roles y responsabilidades de la Organización de donación de órganos propuesta.

Recomendación 1

Se debe establecer una Organización nacional de donación de órganos.

Recomendación 2

El establecimiento de una Organización de donación de órganos debe ser responsabilidad de la NHSBT.

Temas legales y éticos

- 1.19. Un paciente es considerado potencial donante cuando se confirma la muerte mediante pruebas de función del tronco encefálico, en cuyo caso puede ser posible la muerte encefálica; o cuando se toma la decisión, por el bien del paciente, de que ya no resulta adecuado administrar tratamiento activo y éste debe suspenderse, en cuyo caso puede ser posible la muerte en parada cardíaca. Este cambio en el énfasis puede ocurrir sólo cuando el quipo de cuidados intensivos tiene completa confianza en sus médicos y se certifica la muerte, cuando existe un claro marco que asegura que no existen conflictos de intereses, y cuando los pasos para facilitar la donación de órganos es claramente legal. Actualmente la postura legal respecto de la muerte en parada cardíaca no es clara, en parte porque difiere en el territorio del Reino Unido. Por ejemplo, se ha expresado preocupación acerca del alcance con el que el retiro de tratamiento activo puede verse influido por demoras propias del tiempo necesario para completar la ablación.
- 1.20. Es alentador para la Task Force saber que existen guías adecuadas para realizar el diagnóstico de muerte mediante pruebas de función encefálica, y que dichas prácticas están de acuerdo con el código de prácticas publicado que debe ser considerado como práctica de rutina para bien de todos los pacientes independientemente de la donación. Las conversaciones con la British Medical Association y el General Medical Council confirmaron que las pruebas de función encefálica para todos los pacientes, sean potenciales donantes o no, deben ser parte de la práctica habitual por el bien de los pacientes. Continuar el tratamiento en un paciente que carece de función encefálica no es beneficioso.
- 1.21. El Organ Donor Register del NHS es un registro valioso de los deseos de los individuos y debe ser consultado durante este proceso. Es un elemento de influencia positiva para las familias que pueden en ocasiones dudar sobre la donación de órganos.
- 1.22. Sin embargo, existe alguna preocupación sobre el tema de la parada cardíaca, donde puede surgir un conflicto de intereses entre la obligación asistencial por parte del médico respecto del paciente moribundo, que es un potencial donante luego de la muerte, y los pasos que facilitan la donación. Este es un área que despierta el debate de temas éticos y legales, y diversas opiniones. Es esencial que se resuelvan estos temas. Los temas legales podrían ser contemplados en la Mental Capacity Act (ley de capacidad mental) del 2005, la Human Tissue Act (ley de tejidos humanos) del 2004, la Human Tissue Act (ley de tejidos humanos) (Escocia) el 2006 y sus respectivos Códigos de Práctica. La donación de órganos representa muchos dilemas éticos pero actualmente no existe un ente formal al cual el equipo médico pueda recurrir en busca de asesoría y resolución.

Recomendación 3

Los temas legales, éticos y profesionales requieren de solución urgente para garantizar que todos los médicos cuenten con soporte, y puedan desempeñarse dentro de un marco claro de buenas prácticas, sin ambigüedades. Además, se debe establecer un Grupo de ética y donación para todo el Reino Unido.

Que la donación sea algo usual, no inusual

- 1.23. Para todos los Entes (Trusts) la donación es un evento infrecuente, y debido a esto podría convertirse en una idea u opción adicional. La donación de órganos debe convertirse en una práctica usual y constituir parte integrante de la asistencia al final de la vida para los pacientes adecuados, con la oportuna consulta al Organ Donor Register del NHS y compromiso del DTC. Los cuidados intensivos no deben ser sólo el foco de la donación de órganos; se deben incluir todas las áreas que incluyen asistencia al final de la vida.
- 1.24. El modelo de España ha demostrado la importancia de la presencia de un líder coordinador clínico en cada hospital responsable de garantizar todas las oportunidades de donación. Esta persona debe trabajar junto con un coordinador no clínico, quizás un paciente o una figura local reconocida, y así presidir un comité de donación que responda al Trust Board.

Recomendación 4

Todas las áreas del NHS deben considerar a la donación de órganos como un evento usual, no inusual. Se deben implementar políticas locales construidas alrededor de las guías nacionales. Los debates sobre donación deben integrar la asistencia del final de la vida, cuando corresponda. Cada Trust debe contar con un coordinador líder clínico identificado y una comisión de donación para lograr estos objetivos.

Monitoreo

- 1.25. En el pasado, la donación se medía en términos del número de donantes, pero una medida adicional e importante es la tasa de conversión, es decir la proporción de pacientes candidatos para trasplante que se identifican y cuyos deseos personales, o familiares, son constatados y cumplidos. Cada etapa del proceso se mide a través del proceso de UKT Potential Donor Audit (PDA). Esta auditoría está siendo mejorada, expandida y convertida para internet con ingreso de datos en tiempo real. La recolección de datos debe hacerse en forma rutinaria y extendida a todas las áreas de cuidados críticos, incluida la guardia (medicina de emergencias). En estas áreas la recolección de datos debe estar basada en criterios robustos y simples, que permitan evaluar en forma realista el pool de potenciales donantes. Los datos se dan a conocimiento público y son recibidos por el comité de donación del Ente (Trust) antes de informar al Trust Board. El ejecutivo principal y director médico del Trust debe responder por la performance de su equipo en respaldar la donación. La información de monitoreo de donación (en línea con el protocolo recomendado en el párrafo 1.28) debe incorporarse a los datos utilizados por los reguladores sanitarios (por ejemplo, la Healthcare Commission en Inglaterra) en sus estándares y ser parte de la evaluación de todos los Trust pertinentes.
- 1.26. La Task Force escuchó del Dr. Frank Delmonico la importancia del sistema de derivación del punto detonante que fue establecido en los EEUU y que avala el éxito del programa norteamericano. La Task Force reconoció la importancia de los indicadores clínicos como un detonante para la notificación al DTC y consideró que esto junto con los cambios recomendados a las estructuras que soportan la donación de órganos y las recomendaciones para monitorear la actividad de donación aumentan el número de donantes después de la muerte. Asimismo reconoció cómo dichos indicadores clínicos brindarían una auditoría de perspectiva amplia del número de pacientes con un posible diagnóstico de muerte encefálica y proporcionar un denominador sólido para medir la performance. Sin embargo, la Task Force se mostró sensible a las preocupaciones de los colegas profesionales en el área de la medicina crítica acerca de que la introducción de detonantes en esta etapa sería contraproducente.
- 1.27. La identificación de potenciales donantes y la notificación a la Organ Donation Organization debe llevarse a cabo en respuesta a criterios definidos que identifiquen, en la etapa apropiada, a todos los pacientes cuya

muerte es esperable. Las Task Force le solicitó al Donation Advisory Group del UKT, en consulta con la Intensive Care Society, desarrollar un modelo que garantice una identificación amplia del potencial donante en las UTIs del Reino Unido. El Royal College of Anaesthetists era consciente de estas propuestas y, aunque no fue consultado formalmente, apoyó la posición de la Intensive Care Society.

- 1.28. La Task Force respaldó propuestas de un protocolo nacional para la notificación del potencial donante de la siguiente manera:
- Cuando no existen opciones terapéuticas adicionales o apropiadas y se cuenta con un plan para confirmar la muerte bajo criterios neurológicos, el DTC debe ser notificado no bien se suspenda la sedación/analgesia, o inmediatamente si el paciente no ha recibido sedación/analgesia. Esta notificación debe tener lugar aún cuando el médico responsable considere que la donación (luego de la muerte) ha sido confirmada por criterios neurológicos) estaría contraindicada o sería inapropiada.
 - En el contexto de una lesión neurológica irreversible cuando no existen opciones terapéuticas adicionales o apropiadas ni intención de confirmar la muerte bajo criterios neurológicos, el DTC debe ser notificado cuando un consultor hubiera tomado la decisión de retirar todo tratamiento activo, y esto hubiera quedado registrado, fechado y firmado en las notas de la historia clínica. Esta notificación debe tener lugar aún cuando el médico responsable considere que no puede certificarse la muerte bajo criterios neurológicos, o que la donación luego de la parada cardíaca puede estar contraindicada o ser inapropiada.
- 1.29. Estas propuestas constituyen una aceptable pero mínima descripción de lo que es necesario. Deben ser implementadas en todos los Trusts agudos.
- 1.30. Dado el énfasis colocado en los detonantes clínicos en otros dominios, la Task Force estima que existe la necesidad urgente de realizar un estudio piloto que analice el impacto de los indicadores clínicos como detonantes para la notificación. Mientras que la metodología de dicho estudio no fue considerada en detalle, la Task Force cree que debe evaluar no solo el rol de los detonantes para aumentar la donación sino también el impacto sobre el personal, los pacientes y sus familias al introducir lo que la Task Force acepta como un cambio radical en la práctica. La Task Force considera que tener la evidencia de este estudio será crítico para obtener el soporte necesario y avanzar en la agenda en este campo
- 1.31. Dado que los médicos en los Trusts individuales deben acordar criterios de notificación más detallados y específicos deben tener aval para introducirlos de manera tal que sea posible luego analizar su efectividad, factibilidad y aceptación en comparación con los criterios mínimos de derivación que se describen en el párrafo
- 1.32. Estas propuestas de notificación clínica deben ser vistas no en forma aislada sino como parte de una estrategia general, con un número de componentes que tomados en conjunto aseguren que todos los potenciales donantes sean identificados y derivados. La PDA está establecida actualmente, pero está siendo revisado para cumplir con los requisitos para monitorear el proceso en forma más acabada. Sin embargo, gran parte de los datos esenciales podrían ser proporcionados de inmediato.

Recomendación 5

Se debe introducir un mínimo criterio de notificación para los potenciales donantes en todo el Reino Unido. Estos criterios deben ser revisados luego de 12 meses a la luz de la evidencia de sus efectos, y se debe evaluar el impacto comparativo de criterios más detallados.

Recomendación 6

Debe monitorearse toda la actividad de donación en todos los Entes. Se deben dar a conocer las tasas de identificación y derivación de potenciales donantes, el abordaje de la familia y el consentimiento de donación. El Comité de donación del Ente debe reportar al Trust Board a través del proceso de gobernanza clínica y del director médico, y los informes deben ser parte de la evaluación de los Entes a través del regulador sanitario pertinente. Los datos de referencia de otros Entes deben utilizarse para análisis comparativo.

Recomendación 7

Las pruebas de muerte encefálica deben realizarse en todos los pacientes en los que se sospecha un diagnóstico de muerte encefálica, incluso cuando finalmente no se produzca la donación.

Costos del manejo de donantes

- 1.33. Los costos significativos del manejo del donante son responsabilidad del hospital donante. Estos pueden ser considerables y pueden producirse aún cuando no se produzca la donación. La Task Force estimó que no eran deseables los incentivos económicos pero que deberían eliminarse los desincentivos económicos que de hecho existían. Se deben diseñar medidas para el reembolso realista de los costos de donación y luego introducirlos en el resto del Reino Unido para imitar las medidas tomadas en Escocia e Irlanda del Norte.

Recomendación 8

Deben eliminarse los desincentivos económicos a los Entes que facilitan la donación mediante el desarrollo e introducción de reembolsos adecuados.

Coordinador de trasplante

- 1.34. Actualmente existen alrededor de 100 DTCs en el Reino Unido, reunidos en 18 equipos, y la mayoría funcionan en los Entes, por lo general en una unidad de trasplante. Los acuerdos de empleo, cargos, gobernanza y línea de gestión varían. Asimismo existen 12 (con 10 adicionales que se establecerán en 2007/8) coordinadores intrahospitalarios, DTCs capacitados que se encuentran destacados en la unidad de cuidados intensivos o un Ente único con dedicación de tiempo completo. La experiencia temprana con estas innovaciones sugiere beneficios claros, si bien todos no están logrando todavía el 100% de identificación y derivación de los potenciales donantes que se necesitan.
- 1.35. El sistema del Reino Unido ha sido ampliamente reconocido como insatisfactorio y se contrasta desfavorablemente con el sistema de España en el que la coordinación sistemática es la clave del éxito. Para lograr una red DTC sólida, sostenible y efectiva el Reino Unido deberá aumentar el número de DTCs y efectuar cambios en sus modalidades de empleo, capacitación y trabajo. La Task Force es consciente de los trastornos que esto puede provocar, pero de todos modos considera que estos cambios son necesarios.
- 1.36. La Task Force expresó su preocupación al ver que conforme a las prácticas actuales un solo DTC asiste al hospital donante desde el momento de la derivación inicial hasta que se ha realizado la ablación. Esto implica no menos de 12-18 horas y por lo general significa que el coordinador trabaja 24 horas o más sin descanso. Para resolver esto, se piensa que hasta tres individuos podrían asistir a cada donante. Uno puede ser necesario para conversar con la familia, y cubrir la obtención del consentimiento de donación y los antecedentes médicos y sociales del donante. Una segunda persona obtendría la información clínica, registraría al donante en el UKT y se ocuparía de organizar el equipo de ablación. Este individuo, asimismo y

con adecuada capacitación, desempeñaría un rol activo en la atención del donante. Una tercer persona se uniría al equipo de ablación y sería responsable del proceso continuo de vínculo con el UKT, adjudicación de órganos y toda la documentación pertinente.

- 1.37. Cada uno de estos individuos estaría integrado con un grupo de atención crítica designado y al mismo tiempo sería miembro del equipo local de coordinación, con una oficina central desde donde se coordinaría el equipo. Los coordinadores trabajarían en forma estrecha y colaborativa con los líderes de donación del Ente para garantizar el cumplimiento de las políticas, identificar obstáculos y resolver todos los inconvenientes a fin de concretar las oportunidades de donación. Esta propuesta es parte crítica de los planes de coordinación que asegurarán el reconocimiento y derivación de todos los potenciales donantes.
- 1.38. La Organ Donation Organization que contempla la Task Force sería responsable de contratar, capacitar y dirigir los DTCs.
- 1.39. También se recomiendan mejoras para el proceso de registro del donante ante el UKT y el ofrecimiento de los órganos al equipo de trasplante, mediante la introducción de sistema de informática en tiempo real con el sistema DonorNet que recientemente ha sido introducido en E.E.U.U.
- 1.40. Se estima que los servicios de donación así mejorados podrían incrementar la tasa de consentimiento de 60% a por lo menos 70% en los próximos cinco años.

Recomendación 9

Se debe expandir y fortalecer la red actual de DTCs con una Organ Donation Organization nacional responsable de la contratación centralizada. Se deberán contratar coordinadores adicionales, incluidos en el área de cuidados críticos para garantizar un servicio sólido, especializado, vasto y ampliamente calificado. Debe existir colaboración estrecha y bien definida entre los DTCs, el personal clínico y los líderes de donación del Ente. Se deben desarrollar sistema de oferta de órganos y registro de donantes on line.

Equipos de ablación

- 1.41. Se debe aumentar el número de donantes, pero los acuerdos para la ablación de órganos ya han sido extendidos. Puede que se requieran equipos especializados de diversos centros de trasplante para un solo donante, y las demoras en la derivación suman a la preocupación y angustia de los familiares, y suman una carga adicional en la UTI. En ocasiones, el estado hemodinámico del donante (es decir, su tensión arterial y otros signos vitales) se desestabilizan, y esto amenaza la viabilidad de los órganos. Los equipos varían en su conformación, y la financiación procede de varias fuentes, a veces no muy claras. Son pocos los integrantes del equipo específicamente dedicados a ablación, la mayoría tiene otros compromisos clínicos que limitan su capacidad de rápida respuesta. Los equipos se apoyan en la ayuda del hospital donante. Los cambios en los contratos de los consultores y los efectos de la European Working Time Directive afectarán aún más esta disponibilidad. Además, son pocos los equipos que brindan asistencia temprana de manos de expertos en el manejo de donantes para el hospital donante, y esto afecta el número y la calidad de los órganos ablacionados.
- 1.42. Los equipos de ablación deben ser autosuficientes y no necesitar anestesiólogos ni personal de quirófano del hospital donante (sólo una mínima relación). Deben estar disponibles 24 horas al día son otros compromisos efectivos durante su tiempo “de guardia”. Deben responder en tiempo y forma y si existe más de un donante en el mismo día deben contar con oportunidades de capacitación. También deben ser responsables del trabajo conjunto con el personal de cuidados críticos en el hospital donante para garantizar la máxima atención al donante y el número de órganos ablacionados. Un grupo de trabajo de la

British Trasplantation Society está considerando estos temas con más detalle, y publicará sus recomendaciones en el corto plazo.

Recomendación 10

Se debe establecer una red nacional en el Reino Unido dedicada exclusivamente a equipos de ablación para asegurar procedimientos oportunos y de alta calidad con donantes en muerte encefálica y en parada cardíaca. La Organ Donation Organization debería ser responsable de comisionar a los equipos de ablación y de la gestión de auditorías y desempeño.

Capacitación, educación y educación continua

1.43. La donación de órganos es poco frecuente en casi todos los Entes, excepto en los de mayor envergadura, y muchos profesionales de cuidados intensivos pueden pasar todo su entrenamiento sin haber participado en la asistencia de un solo potencial donante. Esto puede llevar a la falta de pericia en los profesionales. Esto contrasta con la situación de Australia donde uno de los componentes obligatorios del entrenamiento en cuidados intensivos versa sobre la donación de órganos. Es necesario reforzar la capacitación en la donación de órganos y brindar cursos de actualización y desarrollo profesional continuo. Esto avalaría la noción de que la donación de órganos es algo usual. La Organ Donation Organization del Reino Unido podría desempeñar un rol preponderante al garantizar la capacitación multidisciplinaria, incluso para los DTCs.

Recomendación 11

Todo el personal clínico avocado al tratamiento del potencial donante debe recibir entrenamiento obligatorio sobre los principios de la donación. Asimismo, deben llevarse a cabo sesiones de actualización.

Honrar el regalo de la donación

1.44. Se debe establecer el reconocimiento público de los donantes y sus familias. La Task Force consideró un rango de opciones desde el reconocimiento público desde un “cuadro de honor” en un lugar público, una carta privada de agradecimiento de una figura renombrada como, por ejemplo, el Funcionario Médico Principal. Muchas familias donantes hallan el sosiego al enterarse del buen estado de salud del receptor gracias a la donación. Otras formas de reconocimiento público podrían ser un Jardín memorial, una llama eterna o un registro en internet. Es necesario investigar las formas de reconocimiento que apreciarían las familias donantes.

Recomendación 12

Se deben identificar las formas adecuadas de reconocimiento personal y público de los donantes. Esto puede ser en la forma de un memorial nacional, y seguimiento personalizado de las familias donantes.

Promocionar la donación

1.45. La promoción de la donación de órganos en la población ha sido una historia de éxito, con casi 15 millones de personas registradas hoy en el Organ Donor Register del NHS. Esta promoción debe continuar, en

particular dado que el registro representa un acuerdo válido conforma a las Human Tissue Acts (leyes de tejidos humanos), que dan primacía a los deseos del individuo, de existir tales deseos.

- 1.46. Durante la preparación de este informe, la Task Force no logró considerar los inconvenientes legislativos tales como el consentimiento presunto, todo esto no encuadra dentro de los límites de los términos de referencia. Sin embargo, en setiembre de 2007, el secretario de estado le solicitó a la Task Force considerar si un cambio en el consentimiento presunto aumentaría el número de donantes, y le encomendó que presentara un informe en 2008.
- 1.47. Existe una preocupación particular sobre la donación de personas de color y minorías étnicas. Estos grupos no están totalmente representados entre los donantes reales y sólo un 3% de los donantes cadavéricos provienen de estas comunidades, que según el censo de 2001 conformaban 1% de la población. Actualmente, el 23% de los pacientes en lista de espera para trasplante renal pertenecen a estas minorías étnicas – individuos de origen asiático o afrocaribeño que tienen una posibilidad cuatro veces mayor de necesitar un trasplante renal en comparación con la población blanca. También ocurre que mientras las familias del 40% de los potenciales donantes niegan el consentimiento en el momento crítico, esta cifra es del 75% para los potenciales donantes de estos grupos raciales. Se requiere más trabajo para entender las diversas razones de la negativa familiar, y establecer una mejor manera de alentar la donación luego de la muerte.

Recomendación 13

Resulta imperioso identificar e implementar los métodos más efectivos para promover la donación de órganos y el don de la vida entre la población general, y en particular entre las minorías étnicas. Se debe comisionar investigación a través de la financiación del Departamento de salud.

- 1.48. Si se produce la muerte de un potencial donante en circunstancias que exigen la notificación al servicio forense, es necesario obtener su acuerdo (o el del fiscal general en Escocia) previo a la donación, incluso cuando el donante hubiera manifestado su voluntad de donar. La Task Force tomó conciencia de que existe considerable variación en la práctica de los forenses. Si bien la Task Force comprende las responsabilidades de los forenses y su autonomía, también estima que se debe desarrollar una guía nacional clara. Hace algunos años se emprendió la tarea en este sentido, y la Task Force recomienda que el departamento de salud y el Ministerio de justicia trabajen en forma conjunta para seguir construyendo sobre debates anteriores a fin de diseñar las guías formales para el servicio forense.

Recomendación 14

El Departamento de salud y el Ministerio de Justicia deben desarrollar guías formales sobre donación de órganos para el servicio forense.

- 1.49. Se reconoció un tema importante fuera del terreno de la Task Force. Puede que las unidades de trasplantes no cuenten con recursos adecuados para realizar el creciente número de operativos que espera este informe, no solo en términos de personal (consultores, personal junior y personal de enfermería) ni de infraestructura (camas, quirófanos etc.) sino también, y resulta crucial, en términos de servicios de soporte de los que depende el trasplante. En el caso de trasplante renal (y cada vez más para corazón y pulmón) son esenciales los servicios de histocompatibilidad e inmunogenética. La Task Force tomó conciencia de que incluso un leve aumento en número de trasplantes de riñón ha exigido a estos recursos más allá del

punto de ruptura. Los comisionados de los servicios de trasplante deben asegurar que no se pierdan los órganos donados como consecuencia de limitaciones de infraestructura. Este es un área de preocupación para todos los trasplantes de órganos sólidos, pero en particular para las unidades de trasplante renal, que se comisionan hoy en día sobre la base local. La Task Force recomienda que se considere una base nacional para comisionar todos los servicios de trasplante, para construir sobre los sistemas sólidos actuales de trasplante de hígado, páncreas y cardiorácico a través del National Commissioning Group.

- 1.50. Estas recomendaciones son radicales, abarcativas y esenciales. Su implementación no carecerá de dificultades, pero la recompensa es prometedora. La participación de todos los interesados será esencial para una implementación exitosa. La Task Force estima que es crucial que se revise el progreso anualmente, y todos sus miembros están dispuestos a reunirse a estos efectos y cumplir con los compromisos.