



UCAM
UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE MURCIA

20 años
de educación,
amor y servicio

**EL MILAGRO DE LOS TRASPLANTES.
EL MODELO ESPAÑOL DE DONACIÓN
Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y
TEJIDOS EN ESPAÑA**

**LECCIÓN INAUGURAL
CURSO ACADÉMICO
2016/17**

Dr. D. Rafael Matesanz Acedos
Director de la Organización Nacional de Trasplantes

LOS JERÓNIMOS, 22 DE NOVIEMBRE DE 2016

IN LIBERTATEM VOCATI



UCAM
UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE MURCIA

20 años
de educación,
amor y servicio

Dr. D. Rafael Matesanz Acedos

Director de la Organización Nacional de Trasplantes

**EL MILAGRO DE LOS TRASPLANTES.
EL MODELO ESPAÑOL DE DONACIÓN
Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y
TEJIDOS EN ESPAÑA**

LECCIÓN INAUGURAL

CURSO ACADÉMICO

2016/17

MURCIA, 22 DE NOVIEMBRE DE 2016

Introducción

Desde la realización del primer trasplante en Boston en 1954, la aparición de nuevos fármacos inmunosupresores, el avance en las técnicas quirúrgicas y la experiencia acumulada desde entonces, han hecho que este procedimiento pase de representar un tratamiento experimental, a convertirse en una terapia consolidada con excelentes resultados, de la que ya se benefician más de 118.000 personas cada año en todo el mundo.

Pero a pesar del éxito global del trasplante, su desarrollo se encuentra limitado principalmente por la escasez de órganos para satisfacer de manera adecuada las necesidades de trasplante de la población. Este problema, de envergadura universal, es responsable de que los pacientes afronten largos periodos en lista de espera para trasplante y de que muchos se deterioren o incluso fallezcan durante la espera.

Diversos países han adoptado estrategias parciales que tan sólo han conducido a elevaciones discretas o pasajeras de la donación, o incluso no han producido aumento alguno.

A principio de los años noventa, España inició un enfoque integrado del problema de la escasez de órganos para trasplante diseñado específicamente para aumentar la donación de órganos de fallecido. La Organización Nacio-

nal de Trasplantes (ONT) se creó en 1989, e indujo entre otras medidas, la creación de una red nacional de coordinadores, entrenados específicamente, con un alto grado de motivación y con un perfil específico y distinto al de otros países europeos.

Desde la creación de la ONT, España ha pasado de la parte media-baja de los índices de donación en Europa, con 14,3 donantes por millón de población (pmp) a 40,2 donantes pmp en el año 2015, tomando como referencia la población indicada por Naciones Unidas (figura 1). En el año 1989 se realizaron en España 1.244 trasplantes de órganos y en el 2015 se produjo el mayor incremento en el número de trasplantes desde que la ONT comenzó su andadura, realizándose 4.769 trasplantes (figura 2). Se trata del único ejemplo en todo el mundo de un país grande con un incremento continuo de los índices de donación, que ya alcanza alrededor de un 150%, con un incremento paralelo de los trasplantes de todos los órganos sólidos. Estos datos deben ser tenidos en cuenta en el contexto de crisis económica en el que se ha visto España en los últimos años, y que ha afectado duramente a muchos sectores entre ellos la sanidad y, por ende, a los recursos dotados para la donación y el trasplante



Figura 1.- Evolución del número y la tasa de donación de órganos en España. (1989-2015).



Figura 2.- Evolución del número de trasplantes de órganos en España. (1989-2015).

Entre las distintas Comunidades Autónomas que conforman España encontramos diferencias sustanciales con respecto a la tasa de donación de órganos, habiendo Comunidades como La Rioja o Cantabria con una tasa de más de 70 donantes pmp, casi 80 en el caso de La Rioja, y otras con tasas más bajas como Aragón, Cataluña o Madrid con 33, 34 y 35 donantes pmp pero, en cualquier caso, índices muy superiores a la media de otros países (figuras 3 y 4).

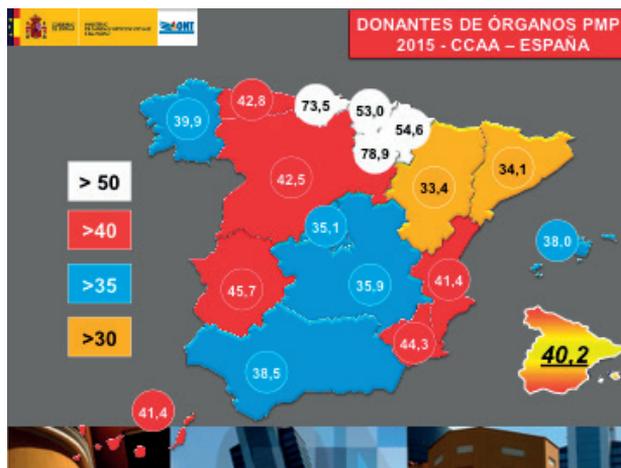


Figura 3.- Tasa de donación de órganos en las distintas CCAA. (2015).

La evolución de la donación en España ha convertido a nuestro país en un modelo de referencia a nivel mundial, encontrando grandes diferencias entre la tasa española de donación de órganos y la de países más desarrollados como EEUU, Canada o Reino Unido (figura 4). En 2015 España superó la cifra de 100.000 trasplantes de órganos realizados, siendo el único país en el mundo con más de 100 enfermos trasplantados por millón de población (figura 5).

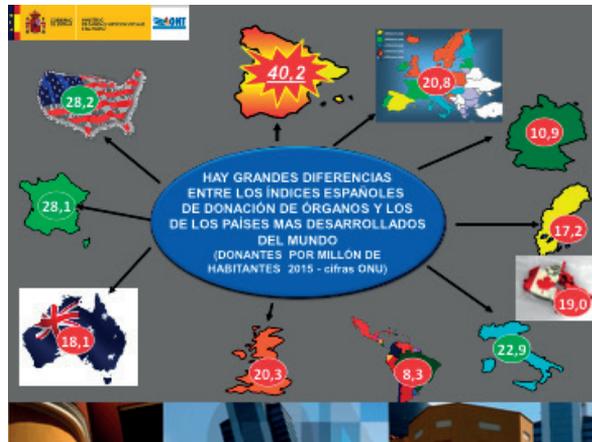


Figura 4.- Comparativo de la tasa de donación de órganos en España VS otros países. (2015).



Figura 5.- Comparativo trasplantes de órganos totales realizados en España VS otros países (2015).

Dicha evolución no obedece al desarrollo de medidas clásicas para afrontar el problema de la escasez de órganos para trasplante (reformas legislativas,

grandes y costosas campañas publicitarias directas, registros de donantes). El éxito español se sustenta en un modelo organizativo conocido como El Modelo Español de Donación y Trasplante, adecuado al marco legislativo, técnico y sanitario de nuestro país y reconocido como un modelo de alta efectividad para combatir la escasez de órganos.

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL MODELO ESPAÑOL

El Modelo Español de Donación y Trasplante representa por tanto un enfoque integrado de medidas simultáneas y complementarias dirigido a mejorar la donación de órganos de fallecido.

Las medidas que lo definen se describen a continuación:

1) Una legislación adecuada, técnicamente similar a la de otros países occidentales, con una definición de la muerte encefálica, de las condiciones de extracción de órganos, de la ausencia de motivación económica, etc.

2) La red de coordinadores de trasplante a tres niveles: nacional, autonómico y hospitalario (figura 6).

Los dos primeros niveles, representados por la Organización Nacional de Trasplantes y las Coordinaciones Autonómicas, son nombrados y financiados por la administración sanitaria nacional y autonómica, actúan como soporte de todo el proceso de donación y trasplante y como intermediarios entre el nivel político y el hospitalario. Todas las decisiones técnicas se toman por consenso en una Comisión del Consejo Interterritorial formado por los responsables de la coordinación nacional y de cada una de las autonomías.

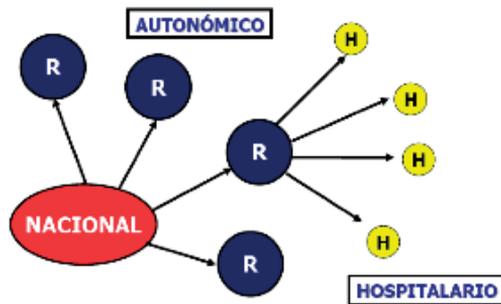


Figura 6.- Esquema de la Red de Coordinadores de Trasplante en 3 niveles: Nacional, Autonómico y Hospitalario

3) El tercer nivel, el equipo de coordinación hospitalaria debe estar formado por un médico (aunque ayudado siempre por personal de enfermería en los grandes hospitales), que en la mayor parte de los casos trabaja en la coordinación a tiempo parcial, está situado dentro del hospital, y depende de la dirección del mismo (no del equipo de trasplante). Desde el punto de vista funcional, está íntimamente ligado a la coordinación autonómica y nacional.

4) La mayoría de los coordinadores son intensivistas, lo que implica una participación activa de estos especialistas en la donación de órganos. La dedicación a tiempo parcial les permite continuar con su trabajo previo, lo que es especialmente importante en los pequeños hospitales.

5) La oficina central de la ONT actúa como estructura central de apoyo a todo el sistema. Está encargada de la distribución de órganos, la organización de los transportes, el manejo de las listas de espera, las estadísticas, la información general y especializada y en general cualquier acción que pueda contribuir a mejorar el proceso de donación y trasplante. Es muy im-

portante el apoyo que presta la oficina central y algunas autonómicas sobre todo a los pequeños hospitales, en los que no es posible llevar a cabo sin ayuda la totalidad del proceso.

6) Un programa de calidad en el proceso de donación de órganos, en realidad una auditoría continua de muerte encefálica en las unidades de vigilancia intensiva, llevada a cabo por los coordinadores de trasplante.

7) Reembolso hospitalario por parte de las autoridades sanitarias competentes, que financian de manera específica y adecuada los recursos humanos y materiales necesarios para desarrollar las actividades de donación y trasplante. De otra manera sería impensable el mantenimiento de la actividad, sobre todo en los pequeños hospitales no trasplantadores.

8) Un gran esfuerzo en formación continuada, tanto de los coordinadores como de gran parte del personal sanitario, con cursos generales y específicos de cada uno de los pasos del proceso: detección de donantes, aspectos legales, entrevista familiar, aspectos organizativos, gestión, comunicación con los medios...

9) Mucha dedicación a los medios de comunicación con el fin de mejorar el nivel de conocimiento de la población española sobre la donación y el trasplante. Una línea telefónica de 24 horas, reuniones periódicas con periodistas, cursos de formación en comunicación para coordinadores, así como una rápida actitud de manejo de la publicidad adversa y las situaciones de crisis cuando éstas se producen, han constituido puntos importantes a lo largo de estos años en conseguir un clima positivo para la donación de órganos.

Es evidente que la implementación de todas estas medidas en un país o región es algo más que colocar coordinadores de trasplante y no son fáciles de llevar a cabo en su conjunto. Los resultados pueden verse muy influenciados porque se preste más o menos atención a algunos de estos factores o por las diferencias estructurales entre los distintos países.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TRASLACIÓN DEL MODELO ESPAÑOL

- Sistema Nacional de Salud de cobertura universal: Es una condición casi sine-qua-non disponer de un Sistema Nacional de Salud de cobertura universal. Es muy difícil desarrollar un sistema remotamente similar al español en presencia de un sistema sanitario de provisión fragmentada y con un componente importante de mutuas privadas. Esto no quiere decir que el modelo no pueda ser trasladado a estos países de manera parcial, en determinados hospitales o provincias, como ha sido el caso de algunas zonas de Latinoamérica.

- Recursos económicos dedicados a la salud, medidos habitualmente en porcentaje del PIB dedicado a sanidad, o más gráficamente en \$/habitante/año. De igual manera, el porcentaje público/privado es también importante. España se encuentra en el nivel medio-bajo de los países occidentales respecto al primero de estos índices, pero claramente en la parte baja cuando se considera el segundo. Esto significa probablemente que, aunque una financiación adecuada es sin duda necesaria, y hay un nivel mínimo por debajo del cual es imposible desarrollar un sistema estructurado, los trasplantes no pueden considerarse hoy día una medicina de lujo limitada a los países

ricos. El aspecto económico más importante es un reembolso hospitalario adecuado en base a la actividad de donación y trasplante, de acuerdo con los costes locales.

- Número de médicos disponible en cada país y retribuciones medias de los mismos. Es fácil comprender que un sistema como el español, basado en una red de médicos, sería muy difícil de desarrollar en países como el Reino Unido con un índice muy bajo de médicos por mil habitantes y lo mismo puede decirse en otros como USA y algunos países de la UE con sueldos muy elevados de los médicos. La situación española (y la italiana) es probablemente la más adecuada. Pocos médicos con altos ingresos, no ligados a objetivos sino a “disponibilidad” (la situación inglesa), es probablemente el peor de los escenarios posibles. Igualmente importante es la disponibilidad de enfermeras, no sólo por su papel en la coordinación sino sobre todo por su atención a las camas de UCI. Más importante que las cifras absolutas o los índices /1000 habitantes es la relación entre el número de enfermeras y las camas de enfermos agudos como un índice muy adecuado de la atención a los potenciales donantes.

- Disponibilidad de camas de agudos y de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). No resulta fácil comparar el número de camas de agudos entre los distintos países dada la variabilidad de criterios empleados para su recuento. Con respecto a las camas de UCI, el factor fundamental en cuanto a la generación de donantes es la posibilidad de ventilación mecánica. Entre los distintos índices relevantes para la donación de órganos los más importantes son el número de camas de UCI pmp y el cociente camas de UCI / total camas de agudos. Algunas de las diferencias en la detección y posibilidad

de mantenimiento de donantes entre diversas zonas o países pueden tener su base en esta distinta disponibilidad.

- Pirámide de edad de la población. Las zonas donde, como en España, se superan los 35 donantes pmp, lo hacen a expensas de una expansión del pool de donantes y gracias a la aceptación de donantes más difíciles y de mayor edad, con abrumadora mayoría procedentes de accidentes cerebro-vasculares. El porcentaje de donantes de más de 60 años ha pasado del 10% en 1992 al 543,3 en 2015 (figura 7).

Las diferencias en cuanto al porcentaje de la población de más de 60 años, los índices de mortalidad, el número de accidentes de tráfico, etc, deben ser tenidos en cuenta a la hora de valorar la posibilidad de elevar la tasa de donantes a niveles similares a los españoles.



Figura 7.- Evolución de la edad de los donantes en España. (2000 – 2015).

Hay otros factores relevantes no fáciles de estandarizar, tales como la concentración o dispersión de la población, las posibilidades de acceso al TAC o a la neurocirugía, etc.

IMPORTANCIA DEL COORDINADOR DE TRASPLANTES EN EL MODELO ESPAÑOL

Con la creación efectiva de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), en 1989, aparecieron una serie de profesionales fuertemente motivados y entusiastas, que en muy pocos años hicieron pasar a España de un puesto medio-bajo en el ranking europeo de donaciones de órganos, (14 donantes pmp en el año 1989), al primer lugar del mundo con una notable diferencia sobre el resto de los países (figura 8).

El conocido como “Spanish Model” constituye un punto de referencia internacional obligado a la hora de hablar de potenciar la donación de órganos desde un punto de vista científico. Fundamentalmente los coordinadores, bajo la dirección funcional de la ONT han sido los responsables de que España constituya el único país que ha experimentado un incremento progresivo y continuado de las tasas de donación a lo largo de los últimos 26 años.

Los coordinadores se han convertido en el referente obligado de gestores, profesionales sanitarios, periodistas y población general a la hora de abordar los múltiples aspectos que los trasplantes plantean en el día a día. Ya no es posible gestionar de una forma eficiente la obtención y trasplante de órganos y tejidos sin un enfoque específico llevado a cabo por personas especialmente preparadas para ello. Este es un concepto fundamental que

además va a ser tanto más cierto en el futuro dado que se considera que dentro de unas décadas, hasta un 50% de las intervenciones quirúrgicas que se lleven a cabo en un gran hospital van a estar relacionadas con los trasplantes de órganos, tejidos o células. Los hospitales y las administraciones sanitarias en general deben proveerse de las personas y las herramientas de gestión necesarias para afrontar con las mayores garantías esta realidad actual y estos retos futuros.

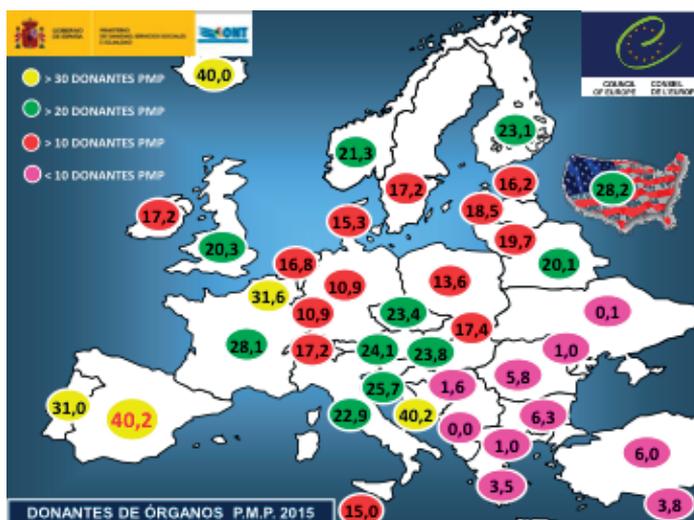


Figura 8.- Tasas de donación de órganos pmp en los países europeos. (2015).

COORDINACIÓN SUPRAHOSPITALARIA: LA ONT

La filosofía de la coordinación intrahospitalaria de trasplantes expuesta anteriormente y base del Modelo Español de trasplantes nació en 1989 con la creación de la Organización Nacional de Trasplantes. La ONT se concibió

como un organismo técnico, autónomo, sin atribuciones de gestión directa y sin competencias ejecutivas específicas, pero con una labor de armonización entre las administraciones central y autonómica y un liderazgo indiscutible en todas las materias relacionadas con el trasplante, que 26 años después de su creación continúa siendo el único ejemplo de entidad coordinadora funcionalmente eficaz en toda la sanidad española.

Funcionalmente la ONT se concibió como un sistema reticular establecido sobre tres niveles básicos: nacional, autonómico y local. Estos tres niveles se repiten y se complementan articulándose a través de la Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial (Coordinación Nacional vs Coordinaciones Autonómicas) y de las sucesivas comisiones regionales de trasplantes (Coordinación Autonómica vs Coordinadores Hospitalarios).

La ONT, a través de su oficina central dirigida por el coordinador nacional ha sido de importancia capital a la hora de canalizar los esfuerzos de instancias sanitarias y no sanitarias en pro de la donación y el trasplante. En el tema que nos ocupa actúa como nexo de unión entre las administraciones sanitarias locales, nacionales y europeas, asesorándolas en materia de trasplantes, al tiempo que transmite a la red de coordinadores hospitalarios y recibe de ellos la información necesaria para llevar a cabo sus cometidos. La dependencia jerárquica del coordinador hospitalario de la dirección del centro, junto con una dependencia funcional de la coordinación autonómica y nacional resulta básica para entender el funcionamiento de este sistema.

ESTRATEGIAS DE MEJORA EN EL PROCESO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE

Podríamos añadir también como elemento del Modelo Español la adaptación a los cambios en nuestro entorno y la búsqueda continua de estrategias de mejora aplicables al proceso de donación y trasplante.

Pese a que España ha desarrollado una actividad extraordinaria de donación y trasplante, y que la tasa de trasplante supera los 90 procedimientos por millón de población, dicha actividad es insuficiente para cubrir las necesidades de trasplante de nuestra población. El número de pacientes en lista de espera se incrementa; un % aproximado de 6-8% de los pacientes en lista de espera cardíaca, pulmonar o hepática fallecen antes de ser trasplantados y un % similar es excluido de la lista de espera, en muchos casos por empeoramiento de su situación clínica.

La reducción de la mortalidad relevante para la donación de órganos (mortalidad por tráfico y por enfermedad cerebrovascular), unida a cambios en la atención al paciente crítico y neurocrítico, está determinando un descenso progresivo en el potencial de donación en nuestro país. Además tenemos que considerar los cambios en la asistencia del paciente crítico al final de su vida que responden a la implementación práctica de recomendaciones para la limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV); si a ello sumamos los cambios en el perfil epidemiológico de los donantes en los últimos años (mayor edad, mayor número de comorbilidades) se hace imprescindible el desarrollo de estrategias que permitan aumentar las tasas de donación y trasplante.

Desde la ONT, en colaboración con toda la red de coordinación, se han desarrollado diferentes iniciativas con esta finalidad:

Plan Donación 40

En el año 2008 se puso en marcha un plan estratégico nacional que se denominó Plan Donación 40. Su objetivo general era alcanzar en nuestro país los 40 donantes pmp, incrementando de forma paralela la actividad de trasplante renal de donante vivo. Como se ha indicado anteriormente, esta tasa de donación se alcanzó y superó en el año 2015 (figuras 1, 4 y 5).

La cifra de 40 donantes pmp no se eligió de forma arbitraria, sino basándose en estimaciones de la potencialidad de donación en muerte encefálica, alcanzadas y superadas por varias de las Comunidades Autónomas de nuestro país. Dicho plan fue fruto de un proceso de consultoría abierta; en él se delimitaron acciones y actividades específicas encaminadas a aumentar la disponibilidad de órganos para trasplante y concretadas en cinco áreas diferenciadas:

1. Optimización de la donación en muerte encefálica

Una de las actividades más relevantes dentro del Plan 40 fue el desarrollo de un proyecto específico encaminado a identificar, describir y difundir prácticas de excelencia en la donación en muerte encefálica, basado en la aplicación de la metodología benchmarking. Con más de 100 hospitales participantes en el proyecto, se identificaron aquellos con resultados de excelencia mantenidos en el tiempo en las fases de: a) identificación de posibles donantes fuera de las unidades de críticos; b) manejo de los posibles donantes dentro de dichas unidades; y c) obtención del consentimiento para la donación.

Se identificaron y describieron aquellos aspectos diferenciadores de estos hospitales en el desarrollo del proceso de donación. Dichos factores están des-

critos en forma de recomendaciones en una ‘Guía de Buenas Prácticas en la Donación de Órganos’ destinada a todos los profesionales implicados directa o indirectamente en este proceso.

Según datos recogidos en la plataforma del Observatorio Mundial de Donación y Trasplante (GODT), <http://www.transplant-observatory.org/>, gestionada por ONT en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, en 2014 se realizaron 119.678 trasplantes en el mundo. El 59% de estos trasplantes se hicieron gracias a los órganos de un donante en muerte cerebral (figura 9). Los donantes en muerte encefálica son la principal fuente de órganos para trasplante y de ahí la importancia de trabajar en proyectos que mejoren la detección y el aprovechamiento de estos donantes.

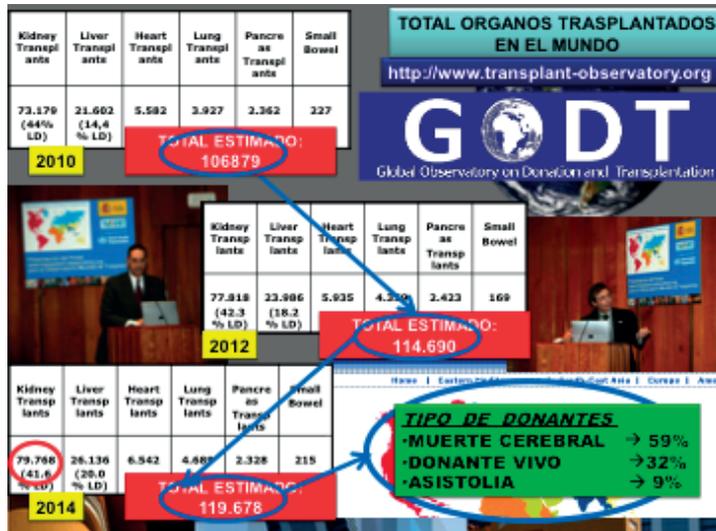


Figura 9.- Total órganos trasplantados en el mundo. Datos GODT. (2010, 2012 y 2014).

2. Fomento de la donación en asistolia

Después de un período de actividad prácticamente inexistente, la donación y el trasplante en asistolia en España han experimentado un incremento progresivo, especialmente en los últimos años (figura 10), de manera que en el año 2016 alrededor del 25% de los donantes serán donantes fallecidos por criterios circulatorios y respiratorios.



Figura 10.- Donantes en asistolia. Número absoluto y tasa. España 1995-2015 y previsión 2016.

El desarrollo de un marco regulatorio apropiado se encuentra dentro de las actividades incluidas en el Plan Nacional para el Fomento de la Donación en Asistolia en España, elaborado por la ONT en colaboración con todas las Comunidades Autónomas y con la implicación de los profesionales a cargo del desarrollo de la actividad de donación y trasplante.

Dicho Plan está encaminado a cumplir tres objetivos bien definidos:

1) Facilitar el desarrollo de nuevos programas de Donación en asistolia (controlada y no controlada) y por tanto, incrementar el número de donantes y órganos disponibles para trasplante;

2) Incrementar la efectividad de los programas existentes, aumentando el número de donantes utilizados y el de órganos extraídos y trasplantados por donante;

3) Evaluar y mejorar los resultados postrasplante con órganos procedentes de donantes en asistolia.

3. Aumento en la utilización de órganos procedentes de donantes con criterios expandidos y riesgo no estándar de transmisión de enfermedades.

3.1 Donantes con criterios expandidos.

A lo largo de los años, las características de los donantes de órganos han ido modificándose en nuestro país. A principios de los 90, la principal causa de muerte de nuestros donantes era el traumatismo craneoencefálico (52% TCE tráfico + TCE no tráfico), mientras que en los últimos años más del 65% de los donantes fallecen como consecuencia de un accidente cerebrovascular agudo (figura 11).

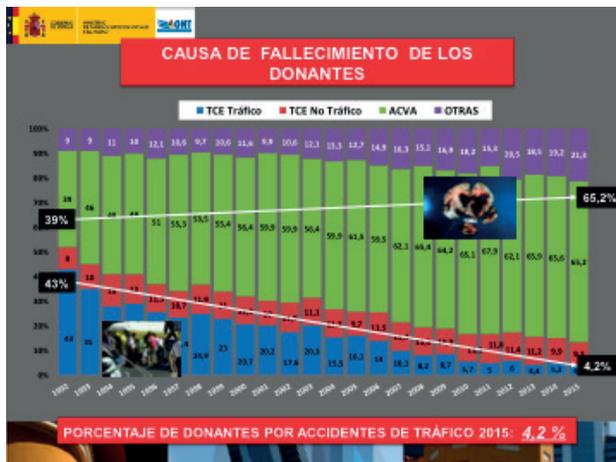


Figura 11.- Evolución de las causas de fallecimiento de los donantes de órganos. España (1992-2015).

Paralelamente, la edad de los donantes se ha ido incrementando, de modo que en el año 2015, más del 50% de nuestros donantes fueron mayores de 60 años y por encima del 30% tuvieron una edad superior o igual a 70 años. Consecuentemente, aquellas comorbilidades cuya prevalencia aumenta con la edad han aumentado porcentualmente: en el año 1996, el 20% de los donantes tenía antecedentes conocidos de hipertensión arterial y el 3% de diabetes mellitus. En el año 2015, los porcentajes fueron del 48% y el 18%, respectivamente.

Este cambio en el perfil del donante ha conllevado la realización de un esfuerzo importante por parte de todo el sistema con la finalidad de aumentar la utilización de este tipo de donantes (figura 12). Todo el proceso de donación es más complejo ante un donante mayor y con comorbilidad asociada. Por otro lado, la efectividad de este tipo de donantes, comparada con la de

donantes ideales, es menor. En los últimos años se han explorado estrategias para rentabilizar la utilización de órganos procedentes de estos donantes asegurando unos adecuados resultados. Estas estrategias se basan en gran medida en la selección de los receptores más idóneos para este tipo de donantes, habiendo proporcionado buenos resultados tanto en el caso de los trasplantes renales como los hepáticos.

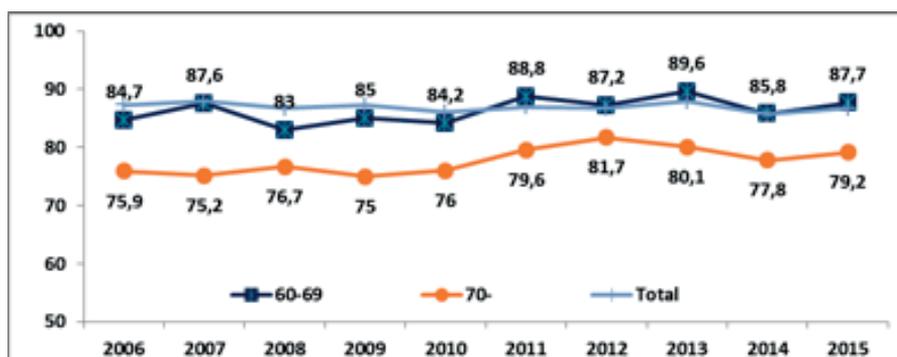


Figura 12.- Evolución de la utilización de donantes mayores de 70 años (2006-2015)

4. Incremento en el planteamiento del trasplante renal de vivo como procedimiento terapéutico adicional en pacientes con insuficiencia renal avanzada.

La escasez de órganos para trasplante, los excelentes resultados proporcionados por el trasplante renal de vivo y la evidencia generada relativa a la seguridad para el donante, hicieron que se apostara decididamente por el impulso de la donación de vivo que debe beneficiar fundamentalmente a los pacientes

más jóvenes, con el objetivo de optimizar este tipo de trasplante. Con apenas 20 procedimientos anuales realizados en España a lo largo de los 90, en los últimos años se han alcanzado cifras cercanas a los 400 trasplantes renales de vivo anuales, representando entre 8 y 9 procedimientos pmp (figura 13).

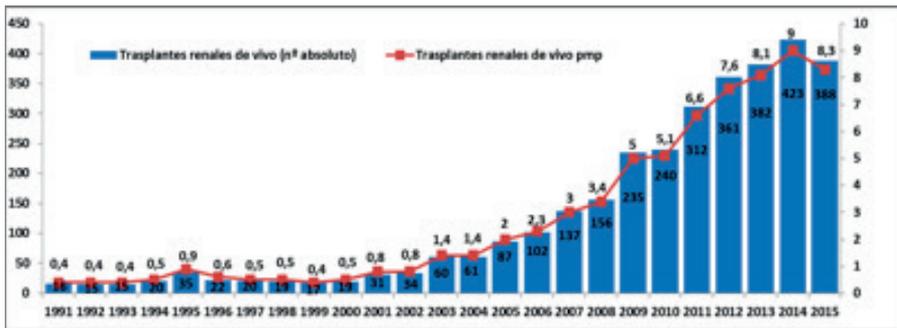


Figura 13.- Evolución de la actividad de trasplante renal de vivo. (1991-2014)

Las estrategias desarrolladas han incluido a lo largo de estos años medidas de promoción y educación para pacientes y su entorno familiar, cursos de formación específicos para profesionales de centros que van a iniciar o ya han iniciado este tipo de programas, la elaboración de una guía de recomendaciones en cooperación con las sociedades profesionales pertinentes y el desarrollo de una serie de medidas encaminadas a proteger al donante vivo y a eliminar desincentivos a este tipo de donación. Más aún, el trasplante renal cruzado y el trasplante procedente de donante buen samaritano se han convertido en realidad como opción para resolver la incompatibilidad de

grupo sanguíneo o prueba cruzada positiva entre donante y receptor y como alternativa para aumentar la disponibilidad de riñones de donante vivo para trasplante, respectivamente.

Estrategia 2015 - 2020

En 2015 la ONT presentó la Estrategia 2015 para los próximos cinco años. Sus líneas de actuación para seguir incrementando las donaciones de órganos se centran, por un lado, en estrechar la colaboración de las UCIs con el resto de los servicios hospitalarios pero, sobre todo, con los servicios de urgencias, mediante la implantación del programa ACCORD España y, por otro, en el desarrollo de la asistolia controlada (donación en asistolia tipo III). En 2016, además de estas dos áreas de actuación para incrementar la donación/trasplante y en la misma línea, se está trabajando en las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y ONT sobre los cuidados intensivos orientados a la donación de órganos, dirigido a profesionales de medicina intensiva.

España, líder mundial en donación y trasplante desde hace 24 años consecutivos, va a terminar el año 2016 con nuevos récords históricos en este campo. Según los datos provisionales de la Organización Nacional de Trasplantes, es previsible que nuestro país alcance los 42 donantes por millón de población y cerca de los 5.000 trasplantes de órganos sólidos (ambas cifras nunca logradas).



UCAM
UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE MURCIA

20 años
de educación,
amor y servicio