

el profesional de urgencias y el proceso de donación

recomendaciones

grupo colaborativo ONT-SEMES

2015



Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias



ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES

Documento elaborado por el Grupo Colaborativo ONT-SEMES encuadrado en el Convenio de colaboración entre la Organización Nacional de Trasplantes y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias.

miembros del grupo colaborativo ont-semes

ont-red de coordinación de trasplantes

Gloria de la Rosa. ONT

Miguel Agudo García. Coordinador Autonómico Baleares

Luis Amador Barciela. Hospital do Meixoeiro

Fernando Martínez Soba. Coordinador Autonómico La Rioja. H. S. Pedro

Nuria Masnou Burralló. Hospital Josep Trueta. Girona

Domingo Daga Ruiz. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Pedro Enríquez Giraudo. Hospital Río Hortega. Valladolid

semes

Javier Povar Marco. Hospital Miguel Servet. Zaragoza

Lidia Martínez Camarero. Hospital San Pedro. Logroño

Begoña Mora Ordoñez. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Marta Berned Sabater. Hospital Joan XXIII. Tarragona

Cristina Oria Ponce. Hospital Donostia

Luis Miguel Maestro Gilmartín. Hospital de León

M^a Ángeles Javierre Loris. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Carmen Boqué Oliva. Hospital Joan XXIII. Tarragona

fecha de publicación. diciembre 2015.

Presentación

Los profesionales de urgencias desempeñan un papel relevante en el proceso de donación de órganos y son uno de los pilares fundamentales en la identificación y derivación de posibles donantes a las unidades de cuidados intensivos.

La cooperación ONT-SEMES a nivel institucional, y entre los coordinadores de trasplantes y los profesionales de urgencias y emergencias, constituye una de las líneas estratégicas de mejora de la donación de órganos en España al considerarlo un proceso multidisciplinar donde intervienen los servicios de emergencias (SE), urgencias hospitalarios (SHU), de neurología y de cuidados intensivos (UCI).

En los últimos años se ha consolidado la integración de la donación en los cuidados al final de la vida como una opción que debe plantearse siempre que sea razonable y factible. Esto ha condicionado un cambio en la secuencia de actuación al plantearse la posibilidad de ingreso para donación en aquellos pacientes que, debido al mal pronóstico vital por la lesión inicial, no son tributarios de tratamiento médico/quirúrgico pero podrían evolucionar a muerte encefálica (ME) y, en consecuencia, ser donantes de órganos si se inician medidas de soporte vital adecuadas.

Todo lo anteriormente expuesto hace que sea fundamental elaborar e implementar unas recomendaciones que integren procedimientos basados en la actuación multidisciplinar, toma de decisiones compartida y en la comunicación veraz con los familiares acerca del diagnóstico y pronóstico del paciente y su ingreso en unidad de cuidados intensivos con el propósito de la donación.

Introducción

La consolidación del **Programa de Garantía de Calidad** (puesto en marcha 1999) permite, desde hace más de una década, la evaluación continua del proceso de donación en las UCI, identificando áreas de mejora para las que es posible diseñar y poner en marcha acciones correctoras específicas y valorar posteriormente su impacto.

Dado que esta metodología de análisis se circunscribe a las UCI, el “**Plan Estratégico-Donación 40**” (2008) definió como línea fundamental de actuación la **detección posibles donantes fuera de la UCI** por lo que la integración de los SE y SHU en el proceso de donación se enmarca dentro de esta línea de mejora y constituye la principal vía de incremento en las tasas de donación en ME.

Las necesidades derivadas de nuestras **listas de espera** y las resoluciones tomadas en Madrid en el 3rd World Health Organization Global Consultation on Organ Donation and Transplantation, en las que se hacía un llamamiento para avanzar hacia la autosuficiencia en el trasplante han impulsado un cambio en la actitud y en las dinámicas de muchos centros, de forma que cada vez es más habitual: “*plantear la opción de la posibilidad de donación antes de que se declare la muerte encefálica*”.

Los SE y SUH **atienden diariamente** pacientes con patología neurológica grave que requieren una atención urgente y una rápida toma de decisiones. En algunas ocasiones, este tipo de pacientes, por la gravedad de la lesión y, sobre todo, por la irreversibilidad, se consideran no tributarios de tratamiento, tanto médico como quirúrgico.

Sin embargo, estos pacientes pueden ser considerados **posibles donantes**, esto es, pacientes neurocríticos con alta probabilidad de evolucionar a ME si se aplican las medidas adecuadas con el único objetivo de llevar a cabo la donación.

Es fundamental que la **detección** de estos posibles donantes forme parte de la **labor asistencial** de los facultativos de urgencias que han de implicar posteriormente tanto al equipo de coordinación de trasplantes como a las UCI, con objeto de decidir de forma consensuada la actitud a seguir en cada caso.

La **Guía Benchmarking** (2011) incluyó en sus “Recomendaciones para mejorar la efectividad en la derivación del posible donante a las unidades de críticos” la necesidad de implementar un protocolo de actuación orientado a la identificación de pacientes con daño cerebral grave y su comunicación precoz a las UC y de gestionar los recursos de las UCI para facilitar su asistencia.

Recientemente, distintas iniciativas han permitido cuantificar la **magnitud** de esta realidad. Destaca entre ellas el **estudio multicéntrico** realizado en 2012 por el grupo colaborativo ONT-SEMES en el que participaron 28 hospitales de 10 comunidades autónomas. Este estudio permitió identificar en un semestre 543 posibles donantes atendidos en los SUH en los que sólo se planteó la opción de donación en el 8% de los casos a pesar de que el 62% presentaba al ingreso una puntuación inferior a 8 en la escala de Glasgow. El 19% de los posibles donantes correspondía a pacientes menores de 80 años, sin contraindicación médica, en los que no se consideró la donación en los SUH y fallecieron fuera de UCI. Asimismo, en cuanto al potencial de donación de los SUH, se constató que el 8% de los exitus de urgencias y 16% de los exitus hospitalarios fallecidos en las 72 horas siguientes a su ingreso son posibles donantes.

El estudio europeo **ACCORD**, ha venido a constatar esta potencialidad real de los SUH como lugar donde detectar posibles donantes y ha puesto también de relieve que, a menudo, los prejuicios acerca del posible donante dificultan el proceso (en especial en relación a la edad y las comorbilidades). Según se deriva del análisis de los datos de nuestro país, el 28% de los posibles donantes nunca llega a comunicarse al coordinador de trasplantes, porque no se considera como posible donante. Además, sólo el 8% de posibles donantes ingresan en UCI con el único objetivo de la donación, lo que constituye una opción real de mejora de la actividad.

De lo expuesto se deduce que los SUH desempeñan un papel clave en el proceso de donación identificando posibles donantes. Para ello han de **comunicar su existencia de forma precoz** al equipo de coordinación de trasplantes y a los profesionales de UCI, para que valoren su idoneidad para la donación e informen a los familiares de manera apropiada (veraz, adecuada y comprensible).

Objetivos

Los **objetivos de estas recomendaciones** son

- definir la *participación y responsabilidad de los profesionales de urgencias* en el proceso de donación en ME.
- definir las *funciones del coordinador de trasplantes* en el proceso de donación en urgencias.
- definir unas *pautas de trabajo multidisciplinar* que favorezcan la detección de posibles donantes en los SE y SUH y faciliten el ingreso en la UCI.
- consolidar un *nuevo concepto asistencial*, con el objetivo específico de *optimizar el manejo del posible donante*.

Con el fin de abordar de forma global el papel de los profesionales de urgencias en la detección de posibles donantes, las recomendaciones de la presente guía se estructuran en tres áreas:

- I. Identificación de posibles donantes en los SUH y comunicación precoz a los profesionales de la coordinación de trasplantes.
- II. Comunicación e información a familiares o representantes del posible donante.
- III. Definición de modelos de integración del profesional de urgencias en el equipo de coordinación de trasplantes.

Identificación de posibles donantes en Urgencias y Comunicación Precoz a la Coordinación de trasplantes

Dado que la **detección de posibles donantes** en los SUH es el punto iniciador del proceso de donación y, por tanto, el principal factor limitante del mismo (“sin detección no hay donación”), la implicación de los profesionales de los SUH resulta crucial.

La detección de posibles donantes debe integrarse dentro de la **cartera de servicios** de estas unidades y formar parte de la labor asistencial de los facultativos de los SUH.

El paciente que identificamos como **posible donante** es aquel que, por su patología aguda neurológica y pronóstico vital infausto, no se considera tributario de ningún tipo de tratamiento porque es fútil. Esta futilidad es el punto clave de decisión que nos debe hacer plantear si, dentro de los cuidados al final de la vida, la opción de la donación es apropiada. Si, además, es una opción que el paciente hubiese manifestado, debe ser respetada y facilitada siempre que sea factible.

La **detección precoz de un posible donante** y la **incorporación en fases muy iniciales del coordinador de trasplantes** tanto en el proceso de toma de decisiones como en la comunicación con las familias se traduce en una mayor tasa de aceptación de la donación y en una mayor efectividad del proceso de donación, ya que el paciente es orientado como posible donante desde el inicio de su asistencia, iniciándose todas aquellas medidas oportunas cuyo objetivo es mejorar la viabilidad de los órganos para trasplante.

Es clave la elaboración multidisciplinar y puesta en marcha de un **protocolo hospitalario** para la detección de posibles donantes en los SUH y SE que defina aspectos fundamentales del proceso de donación:

¿**Quién** activa el proceso? elemento iniciador del proceso

¿**A quién** activar? participantes en el proceso

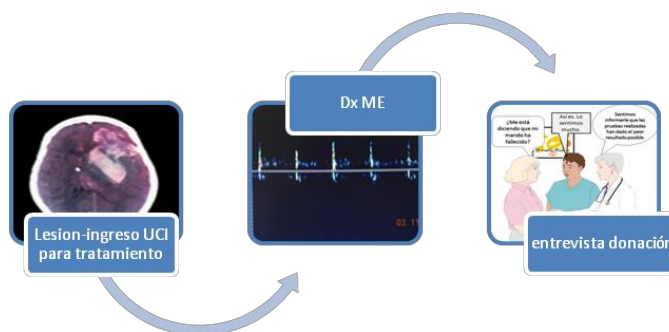
¿**Cuándo** activarlo? *triggers* definidos en cada entorno

1) ¿QUÉ PACIENTE PUEDE SER CONSIDERADO POSIBLE DONANTE?

Todo paciente con una lesión neurológica devastadora de causa conocida, con pronóstico vital infausto y para el que se ha desestimado cualquier tratamiento por criterios de futilidad terapéutica (decisión que debe ser tomada por los responsables asistenciales).

A fin de estructurar el proceso de donación en muerte encefálica, atendiendo a las posibles situaciones de las que partimos, pueden definirse tres escenarios:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Escenario 1



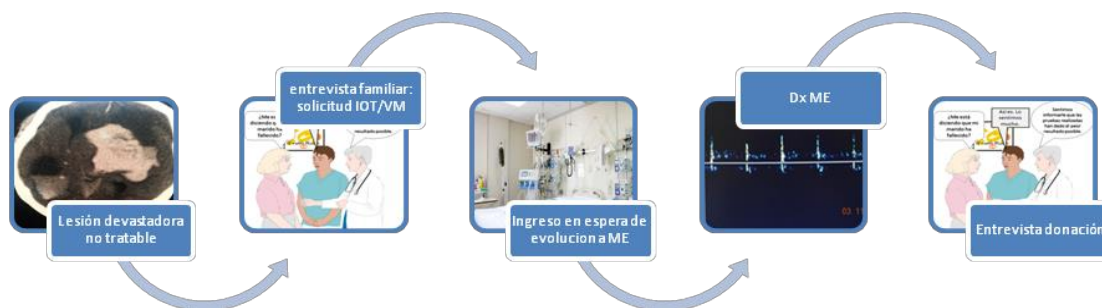
Esta es la secuencia habitual en el proceso de donación en ME: el paciente ingresa para tratamiento en una UCI, la evolución es desfavorable, se confirma la ME y se plantea la posibilidad de donación a la familia.

SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. Escenario 2



Nos encontramos ante un paciente que ha sido atendido por el equipo de urgencias y/o emergencias que han establecido tratamiento y medidas de soporte vital (ventilación mecánica, fármacos vasoactivos...) y que, tras ser valorado en el SUH, se decide que no es tributario de seguir con el tratamiento, dado el mal pronóstico vital.

SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. Escenario 3



En ocasiones, los profesionales de urgencias atienden pacientes, generalmente añosos con sospecha de patología neurológica vascular severa y GCS<8, que llegan al hospital sin haberse iniciado medidas de soporte vital, -fundamentalmente la intubación- con la idea de que así, si el pronóstico es infausto, sea más fácil tomar las decisiones de limitación de tratamiento.

Ante estos escenarios (2 y 3), una vez decidida y consensuada la limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV) por criterios de futilidad, el profesional de urgencias ha de considerar la posibilidad de la donación y comunicar la existencia de este paciente al coordinador de trasplantes. El coordinador será el responsable de evaluar inicialmente la idoneidad de la donación y las probabilidades de que el paciente pueda evolucionar a ME y por tanto ser donante.

El coordinador de trasplantes, con la participación del profesional de urgencias, planteará a la familia la posibilidad DE CONTINUAR CON LAS MEDIDAS DE TRATAMIENTO (caso 2) o de INICIAR LAS MEDIDAS DE TRATAMIENTO (caso 3) EXCLUSIVAMENTE CON EL OBJETIVO DE LA DONACIÓN, de modo que el motivo de ingreso en UCI será exclusivamente como posible donante.

Como expondremos más adelante, esto implica un abordaje distinto del proceso de donación con los familiares, haciendo una primera solicitud (entrevista previa) de autorización para mantener las medidas de tratamiento de soporte vital durante un tiempo determinado.

2) ¿QUÉ CONTRAINDICA LA DONACIÓN?

No existe límite de edad para la donación. La edad per se no es un factor para no plantear la posibilidad de donación.

Las contraindicaciones absolutas para la donación son muy pocas, básicamente: serología positiva para VIH y patología infecto-contagiosa de origen desconocido o para la que no se ha instaurado un tratamiento eficaz y mantenido. La existencia o historia previa de neoplasia maligna implica una valoración individualizada.

El resto de antecedentes patológicos y co-morbilidades deberán evaluarse de manera individual. La pluripatología tipo HTA, DM, DLP, no constituye tampoco una causa de exclusión a priori.

3) ¿QUIÉN PUEDE PONER EN MARCHA EL PROCESO DE DONACIÓN?

Los médicos y enfermeras del SHU y SE, que tienen la responsabilidad asistencial del paciente.

El proceso de donación debe estar integrado en la cultura de los profesionales del hospital, de modo que, cualquier profesional que identifique un posible donante está en condiciones de activar el sistema.

4) ¿CUÁNDO ACTIVAR EL PROCESO DE DONACIÓN?

Todo paciente que reúna las siguientes características:

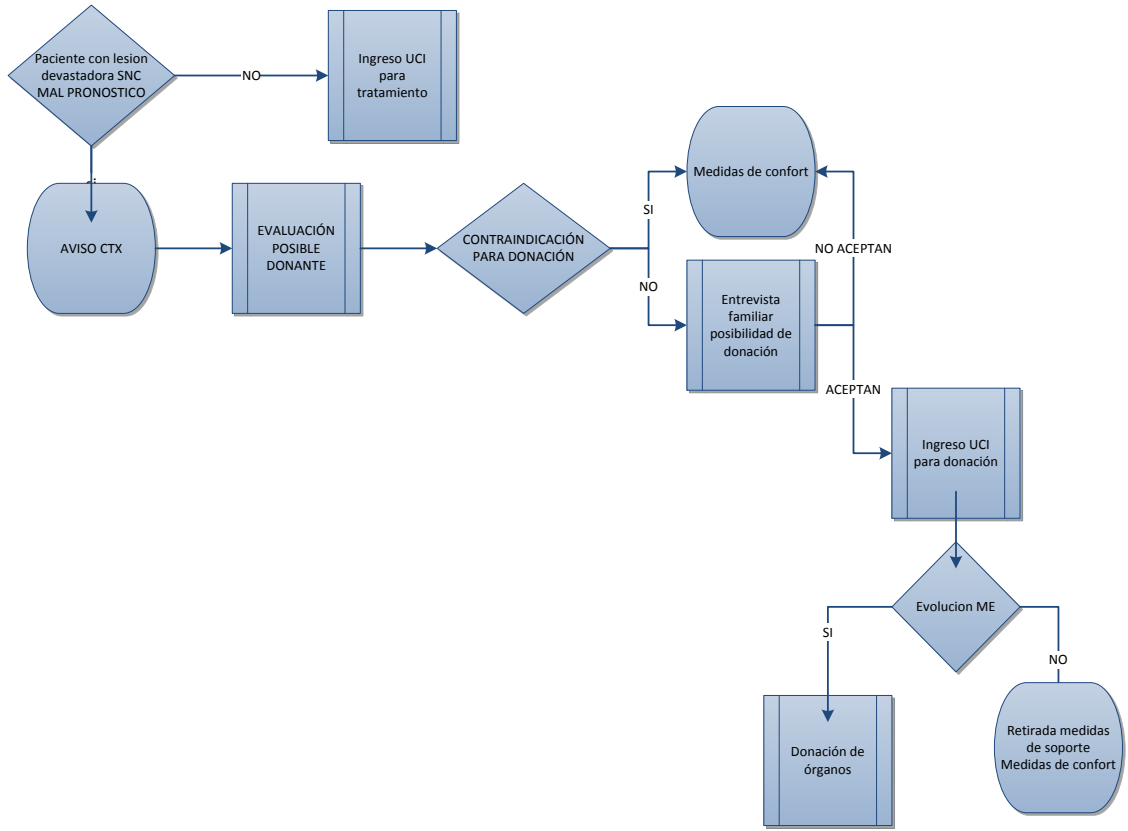
- $GCS \leq 8$
- Lesión estructural irreversible del SNC.
- Sin opción terapéutica médica ni quirúrgica.

es considerado *POSIBLE DONANTE* y ha de ser comunicado al coordinador de trasplantes.

5) ¿CÓMO PONER EN MARCHA EL PROCESO DE DONACIÓN?

El diagrama de flujo mostrado a continuación refleja el algoritmo de identificación y comunicación precoz de la existencia de un posible donante en el servicio de urgencias.

Algoritmo de detección e identificación del posible donante en SU



Es recomendable definir un **sistema de alerta** sencillo y de alta sensibilidad, lo que presenta múltiples ventajas:

- todo posible donante es identificado y comunicado al coordinador de trasplantes.
- la comunicación se hace con antelación suficiente facilitando:
 - un continuo asistencial del posible donante.
 - la toma de decisiones interprofesionales y con la familia.
 - planear de manera secuencial los cuidados al final de la vida.
 - el coordinador toma la responsabilidad de los aspectos relacionados con la donación, determinando la idoneidad o no de proponer/seguir con el proceso, planteamiento de la estrategia a seguir con la familia y con los profesionales.

La estrategia de **implementación de un sistema de alerta** ha de adaptarse a peculiaridades de cada centro y es preciso basarla en:

- Hacer de la identificación y comunicación de posibles donantes una actividad habitual en el servicio de urgencias.
- Desvincular el manejo clínico del paciente de la identificación como posible donante.

Existen varias **estrategias complementarias** para mantener la alerta respecto a la detección de posibles donantes:

- comunicación fluida entre el coordinador de trasplantes y el SUH y de SE.
- carteles explicativos (algoritmos de decisión /activación)
- designación de un médico del SUH como referente en donación.

6) ¿CÓMO ABORDAR LOS OBSTÁCULOS EL MANEJO CLÍNICO DE LOS POSIBLES DONANTES?

- El ingreso en una UCI de un paciente con el único objetivo de posibilitar que si evoluciona a muerte encefálica pueda ser donante de órganos debe considerarse un motivo suficiente de ingreso en UCI.
- Si no es factible el ingreso del posible donante en la UCI del propio centro, el coordinador de trasplantes considerará el traslado a otro hospital para poder dar respuesta a la voluntad del paciente respecto a la donación.
- En ambas situaciones es necesaria la conformidad de los familiares tras la información previa correspondiente y dejar constancia en la historia clínica de las decisiones tomadas.

II

Comunicación e información a familiares del posible donante

A pesar de las campañas a favor de la donación y de haber fomentado el desarrollo de Documentos de Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas a partir de la publicación de la Ley de Autonomía del paciente (Ley 41/2002) y de las leyes de muerte digna en algunas comunidades, sólo 4 de cada mil habitantes dispone de ellos. La única posibilidad de **conocer la voluntad** del paciente respecto a la donación es la de **preguntar**.

Es importante matizar que **hablamos de la donación como una posibilidad** porque vamos a plantear a los familiares o representantes legales del paciente que autoricen las medidas de soporte necesarias para que pueda evolucionar a ME y ser donante. Aunque es difícil predecir con una seguridad absoluta la evolución a ME (trabajamos con probabilidades), la relación de confianza y ayuda a la familia se establecerá independiente de la incertidumbre y del resultado.

Hay que considerar y definir el **factor tiempo**. Es imprescindible establecer con los familiares el tiempo durante el cual se van a mantener las medidas de soporte vital. El proceso de ME generalmente se desarrollará en las primeras 72 horas de evolución en función de múltiples factores (momento en que se detecta al posible donante, situación clínica, patología...), por lo que a priori es razonable establecer un tiempo de espera corto (24-72h). No obstante, este periodo podrá modificarse en función de la evolución del paciente y de acuerdo con la familia.

La existencia de **protocolos** específicos de detección debe acompañarse del desarrollo de conocimientos, **habilidades y actitudes** en el ámbito de la información y la comunicación.

En la **ENTREVISTA CLÁSICA** de solicitud de donación, la información y comunicación con la familia o representantes legales se inicia tras la certificación legal del fallecimiento en ME en la UCI. Sin embargo, tras la identificación de un posible donante en el SHU y SE, no podemos utilizar el modelo secuencial estándar ya que el paciente todavía no ha fallecido. La información y comunicación con la familia o representantes del posible donante se desarrolla en la denominada entrevista previa.

La **ENTREVISTA PREVIA** no sustituye a la entrevista clásica y sólo debe realizarse cuando el pronóstico vital del posible donante sea ominoso, aunque esto no significa que el desenlace final sea siempre la ME. Por ello, una vez se produzca el fallecimiento en ME, se deberá solicitar el consentimiento para donación mediante la entrevista clásica.

El **objetivo principal** de la entrevista previa no es solicitar la donación sino, tras informar a los familiares o representantes legales de la situación clínica y del pronóstico vital y funcional, solicitar el consentimiento para que el paciente reciba los cuidados y medidas necesarios para que, **si fallece en ME, pueda ser donante**. Este consentimiento será verbal, debiendo constar la decisión en la historia clínica.

Los familiares o representantes legales han de entender que la finalidad por la que se ingresará al paciente en una UCI **no es mejorar su salud** sino posibilitar que, si fallece en ME, **pueda ser donante de órganos**.

Del mismo modo que en la entrevista clásica el médico responsable del paciente en la UCI colabora con el equipo de coordinación de trasplantes, se recomienda que **el urgenciólogo, médico responsable del paciente en el SUH, participe en la “entrevista previa”**.

Aunque la situación clínica del posible donante le incapacita para tomar decisiones, es necesario respetar la autonomía del paciente, por lo que se preguntará a la familia por la voluntad expresada en vida y se comprobará si disponía de **documento de instrucciones previas** y/o si designó a un representante legal. Si no se dispusiera de documento de instrucciones previas ni representante legal, serán las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho las que presten el **“consentimiento por representación”**.

En la **ENTREVISTA PREVIA** podemos establecer tres fases:

- **1ª FASE: COMUNICACIÓN DE SITUACIÓN CLÍNICA.**

El médico de urgencias responsable del paciente comunicará a los familiares/representantes de forma progresiva y de un modo veraz, adecuado, comprensible, prudente y con ponderación la situación clínica del paciente incluyendo su pronóstico vital y la futilidad del tratamiento (consenso previo médico de los facultativos que intervienen en la atención del paciente: neurólogo, neurocirujano, urgenciólogo, intensivista).

La comprensión de esta situación clínica por parte de los familiares/representantes es requisito indispensable para afrontar la siguiente fase

- **2ª Fase: ALIVIO EMOCIONAL Y AYUDA.**

El urgenciólogo, médico responsable del paciente que ha comunicado la situación clínica del mismo debe ayudar a la familia adecuándose a las necesidades que se manifiesten principalmente desde el punto de vista emocional dado que el alivio de estas emociones facilitará una mejor comprensión de la situación por parte de los familiares y les capacitará para tomar otras decisiones. Podrán colaborar en esta relación de ayuda los profesionales de enfermería según la organización del servicio y la capacitación del personal.

El hecho de no comunicar la muerte del paciente sino fundamentalmente su situación y pronóstico ominoso no implica que las respuestas emocionales sean diferentes a las que se producen en el duelo tras la pérdida de un ser querido aunque permite a los familiares del posible donante, tomar conciencia de la realidad, liberar su estado de ánimo y gestionar el tiempo en vista de la inevitable muerte.

- **3ª Fase: SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO DE INGRESO EN UCI.**

El urgenciólogo, médico responsable del paciente, y de suministrar la información y comunicación en las dos primeras fases acompañará y presentará a la familia o representantes del posible donante al equipo de coordinación de trasplantes.

El coordinador de trasplantes dispone de los conocimientos, habilidades y experiencia necesarios para identificar el momento y el modo de realizar esta entrevista previa **por lo que será el que solicitará el permiso o consentimiento para que el paciente ingrese en la UCI con el único propósito de que, si fallece en ME, pueda ser donante**. La familia ha de comprender que el ingreso en la UCI no mejorará su estado final de salud o pronóstico y sólo se realizará por su condición de posible donante.

A la familia/representantes debe ofrecérseles tanto la opción de ingreso en la UCI, como la alternativa de ingreso hospitalario fuera de dicha unidad explicándoles que esta última opción no permitirá que pueda ser donante de órganos ya que las medidas de soporte vital y mantenimiento que precisaría (intubación oro-traqueal, ventilación mecánica...) sólo pueden llevarse a cabo en la UCI, aunque sí podría ser donante de tejidos. Ha de explicarse a la familia/representantes legales, de un modo gradual, tanto las medidas de soporte como las pruebas diagnósticas (serologías, pruebas de imagen) que serán necesarias para poder validar posteriormente al donante.

Independientemente de la decisión de la familia/representantes, se garantizarán los *cuidados paliativos* que permitan la dignidad y la ausencia de dolor o sufrimiento.

Dado que, la evolución del posible donante está marcada por la incertidumbre (podemos definir los casos de pronóstico ominoso pero no asegurar la evolución a ME ni el momento en el que se producirá), es aconsejable plantear a la familia un periodo de espera (es preferible que no supere las 72 horas) que se ajustará de forma individualizada atendiendo a la etiología y a diversos factores del paciente, la unidad y el centro sanitario. Una vez concluido este periodo de espera acordado, se planteará la retirada de medidas de soporte vital, lo que implicará la pérdida de su condición de posible donante y, probablemente, su derivación a una unidad de hospitalización para continuar con los cuidados paliativos que garanticen el confort del paciente.

En cualquier caso, los familiares o representantes legales del posible donante pueden ejercer el derecho de no agotar el periodo de espera y solicitar la retirada de las medidas de soporte vital antes del tiempo establecido si esta espera les supone un sufrimiento o daño insoportable.

Es recomendable registrar todas las decisiones asistenciales en la historia clínica del paciente (el médico responsable de la asistencia del paciente y el equipo de coordinación de trasplantes deben reflejar en la historia clínica las opciones que se han planteado y la decisión que la familia o representantes han tomado). El consentimiento de ingreso en la UCI será verbal y sólo se solicitará el consentimiento por escrito para la donación una vez que el posible donante haya fallecido en muerte encefálica.

Aproximadamente en una tercera parte de los casos, la entrevista previa no es factible o debe post-ponerse (no están los familiares o representantes, están pero no entienden la situación crítica del paciente, la inestabilidad del paciente precisa su ingreso en UCI). En estas situaciones la entrevista previa deberá realizarse más tarde, cuando las circunstancias limitantes lo permitan.

7) ¿CÓMO Y CUÁNDO HA DE COMUNICARSE A LA FAMILIA EL PRONÓSTICO INFAUSTO Y SOLICITAR SU CONSENTIMIENTO PARA EL INGRESO EN UCI COMO “POSIBLE DONANTE”?

- El urgenciólogo responsable de la atención médica del paciente, ha de informar a la familia/representantes legales del pronóstico infausto (fallecimiento a corto plazo) del paciente.
- El coordinador de trasplantes llevará a cabo, con la participación del urgenciólogo, una “entrevista previa” en la que se preguntará a la familia/representantes legales por la voluntad expresada en vida del paciente y se la informará de la posibilidad de ingresar al paciente como “posible donante” en una UCI.
- La familia/representantes legales debe entender que la única finalidad del ingreso en UCI no es mejorar la salud del paciente sino posibilitar que, si fallece en ME, pueda ser donante de órganos.
- Es preciso definir un tiempo de espera a la evolución a ME que no obstante podrá ser revocado en cualquier momento.

III

El profesional de Urgencias en el Equipo de Coordinación de trasplantes: Modelos de Integración

8) ¿CÓMO INVOLUCRAR A LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS EN EL PROCESO DE DONACIÓN?

Los profesionales de los SUH y SE han de ser conscientes de la importancia de valorar la posibilidad de la donación ante todo paciente neurocrítico sin opciones terapéuticas.

La detección de posibles donantes ha de integrarse en la labor asistencial, por lo que se recomienda:

- Identificar a los profesionales de urgencias con mayor interés en desempeñar tareas relacionadas con la donación designando un “urgenciólogo de referencia” al que los profesionales del SUH puedan plantear cualquier cuestión relacionadas con la donación. Este profesional podrá incorporarse o no al equipo de coordinación según hospital.
- Colaboración del urgenciólogo de referencia con el coordinador de trasplantes en la monitorización prospectiva de los ingresos de los posibles donantes así como en la revisión retrospectiva de la mortalidad en urgencias de pacientes neurocríticos.
- Proporcionar un feed-back respecto a la donación a los SUH y SE desde la coordinación de trasplantes a través del profesional responsable y del propio coordinador de trasplantes.
- Definir un plan de formación continuada en materia de donación para los profesionales de urgencias.

9) ¿CÓMO PUEDE LA FORMACIÓN FAVORECER LA IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES?

- Desarrollar y divulgar a nivel de centro un protocolo de cuidados del paciente al final de la vida que refleje que, una vez establecido que el tratamiento es fútil, se decide LTSV. A partir de ese momento, la donación ha de plantearse como una opción dentro de los cuidados al final de la vida. La decisión de LTSV es siempre anterior y de ningún modo debe vincularse a la donación: SIEMPRE se decide en primer lugar la LTSV y después se valora la posibilidad de ser donante (nunca al revés).
- Definir estrategias formativas de comunicación de malas noticias y, en particular, de entrevista previa. La existencia de un continuo asistencial y una sola línea argumental en la información a los familiares facilita su comprensión de la información.
- El plan básico de formación de los profesionales de los SUH y SE ha de incluir el proceso de donación de órganos, especialmente la detección y manejo de posibles donantes como área básica de competencia profesional incluyéndoles en actividades formativas específicamente relacionadas con su participación en el proceso de donación.
- Es recomendable incluir a profesionales de los servicios en proyectos y estudios científicos relacionados con la donación de órganos.

10) ¿QUIÉN ES RESPONSABLE DE MEJORAR LA DONACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?

- El trabajo interdisciplinar y de colaboración entre profesionales de urgencias, UCI y coordinación de trasplantes es esencial dado que cada uno tiene su función específica.
- La Dirección y la Comisión Hospitalaria de Trasplantes han de aunar esfuerzos para fomentar iniciativas locales y protocolos de actuación específica interdisciplinar.

11) ¿CUÁL ES EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE COORDINACIÓN DE TRASPLANTES?

- La coordinación autonómica de trasplantes ha de actuar como agente impulsor en el desarrollo de protocolos que integren a los SUH y SE en el proceso de donación.
- Los coordinadores hospitalarios de trasplantes han de actuar como elemento facilitador con todos los profesionales implicados para desarrollar protocolos hospitalarios de actuación.
- La Comisión hospitalaria de trasplantes ha de facilitar la discusión de los protocolos de actuación y ha de mediar en la resolución de conflictos entre las partes implicadas.

12) ¿QUÉ MEDIDAS HAN DE ADOPTAR LOS HOSPITALES PARA FACILITAR LA INTEGRACIÓN DEL SHU y SE EN EL PROCESO DE DONACIÓN?

- Debe desarrollarse e implantarse (asegurando su difusión y cumplimiento) un protocolo hospitalario de LTSV.
- El hospital ha de fomentar y desarrollar una cultura de donación que facilite la atención del posible donante como parte de la labor asistencial del centro.
- Las líneas estratégicas de las coordinaciones autonómicas de trasplantes han de impulsar la integración de los SUH y SE en el proceso de donación destacando la importancia del profesional de urgencias como elemento iniciador (e insustituible) del proceso de donación, haciendo especial hincapié en el impacto de la identificación y comunicación precoz de posibles donantes en los SUH como vía de expansión del pool de donantes.

aspectos Clave

Las siguientes recomendaciones han de integrarse una estrategia global que incorpore a todo el hospital en el proceso de donación ya que los SUH y SE no pueden desarrollar el proceso de donación de forma aislada.

- La **detección de posibles donantes** en los SUH y su comunicación precoz a la Coordinación de Trasplantes para su valoración es **clave** en el proceso de donación en los hospitales.
- La detección de posibles donantes ha de **formar parte de la labor asistencial** de los profesionales de urgencias y emergencias.
- La detección de un posible donante en urgencias conlleva que la comunicación con la familia/representantes se enmarque en una **entrevista previa**. El objetivo de esta entrevista no es solicitar la donación sino, informarles de la situación clínica, la falta de opciones terapéuticas y del pronóstico vital infausto y solicitar el consentimiento para que el paciente reciba los cuidados y tratamientos necesarios para que, si fallece en muerte encefálica, pueda ser donante.
- Debe fomentarse la **participación de los profesionales de urgencias** en las actividades formativas y científicas en materia de donación que se llevan a cabo tanto a nivel hospitalario como autonómico y nacional.
- La formación y designación de un profesional del SUH como **“referente en donación”** facilitará la comunicación con la Coordinación de Trasplantes de su hospital y optimizará la detección de posibles donantes.
- Es preciso desarrollar **protocolos consensuados de LTSV** que deben tener en cuenta las peculiaridades locales y elaborarse con participación multidisciplinar.

bibliografía

1. Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.
2. International figures on donation and transplantation 2014. Newsletter Transplant 2013; 18 (1). Organización Nacional de Trasplantes website. Available at: <http://www.ont.es>. Last access: September 2015.
3. Matesanz R, Coll E, Domínguez-Gil B, de la Rosa G, Marazuela R, Arráez V, et al. Benchmarking in the Process of Donation after Brain Death: A Methodology to Identify Best Performer Hospitals. Am J Transplant 2012
4. Matesanz R, Domínguez-Gil B, Coll E, de la Rosa G, Marazuela R. Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken? Transplant 2011; 24(4):333-343.
5. de la Rosa G, Domínguez-Gil B, Matesanz R, Ramón S, Alonso-Álvarez J, Araiz J et al. Continuously evaluating performance in deceased donation: the Spanish quality assurance program. Am J Transplant 2012.
6. Spanish national statistics on organ donation and transplantation. Organización Nacional de Trasplantes website. Available at: <http://www.ont.es>. Last Access: November 2013.
7. Miller LD, Gardiner SK, Gubler KD. Emergency department referral for organ donation: more organ donors and more organs per donor. Am J Surg. 2014 May; 207(5):728-33; discussion 733-4. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.12.017. Epub 2014 Mar 6.
8. Rady MY, Verheijde JL, McGregor JL. Scientific, legal, and ethical challenges of end-of-life organ procurement in emergency medicine. Resuscitation. 2010 Sep; 81(9):1069-78. doi: 10.1016/ Review.
9. Martínez Soba F. La labor del coordinador hospitalario de trasplantes. Hospital no trasplantador sin neurocirugía. El Modelo Español de Donación y Trasplantes. 2ª Edición. Editor: Matesanz R. Ed: Grupo Aula Médica, Madrid, 2008, pp 35-40.

10. Martínez Soba F, Ruiz Aguilera A, Calvo Martínez A, et al. Detección y Manejo del posible donante en Urgencias hospitalarias. Actualizaciones en trasplantes 2008. Coordinador: Pérez Bernal J. Ed: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, 2009, pp 105-108.
11. Monzón Marín J.L, Martínez Soba F. Límites y condicionantes del deber de informar. Información al paciente crítico. Medicina Crítica Práctica. Coordinadores Arias Garrido J.J, Abizanda Campos R. Ed: Edika Med S.L. Barcelona, 2012, pp 57-70.
12. Bodí Saera M, Martínez Soba F. Coordinación hospitalaria. Funciones del Coordinador de Trasplante. Donación de Órganos y Tejidos en Medicina Intensiva. Medicina Crítica Práctica. Coordinadores Masnou Burralló N, Escalante Cobo J.L, Ed: Edika Med S.L. , Barcelona, 2013, pp 13-24.
13. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda i Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, Martínez Urionabarrenetxea K; Grupo de Bioética de la SEMICYUC. [Treatment recommendations at the end of the life of the critical patient]. Med Intensiva. 2008 Apr;32(3):121-33. Spanish. PubMed PMID:18381017.
14. J.L. Monzón, I. Saralegui, R. Molina, R. Abizanda, M.C. Marín, L. Cabre, K. Martínez, J.J. Arias, V. López, R.M. Gracia, A. Rodríguez y N. Masnou, por el Grupo de Bioética de la SEMICYUC. “Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar” Med Intensiva.2010; 34 (8): 534-549; doi: 10.1016/j.medin.2010.04.013 PubMed PMID: 20542599.
15. Nuria Masnou, Teresa Pont, Walking a thin line? Intensive care physicians as hospital transplant coordinators - new challenges in the donation process, ORGANS, TISSUES & CELLS, (15), 187-191, 2012
16. El intensivista fuera de la UCI: relación con la unidad de urgencias y la unidad de ictus. Monografía Edikamed DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN INTENSIVOS, pág 163-170; ISBN 978-84-7877-071-6; Barcelona 2013.
17. Donación y ancianidad. N Masnou, Monografía edikamed El paciente anciano en situación crítica, ISBN 978-978-1259-98-4 pág 201-210, 2013.
18. Masnou Burrallo N. Tratando con la familia del donante potencial. En: Arias Garrido JJ, Abizanda Campos R, eds. Información al paciente crítico. Barcelona: EdikaMed; 2013. p. 155-161. ISBN: 978-84-7877-707-5.

19. Matesanz R1, Coll E, Domínguez-Gil B, de la Rosa G, Marazuela R, Arráez V, Elorrieta P, Fernández-García A, Fernández-Renedo C, Galán J, Gómez-Marinero P, Martín-Delagebasala C, Martín-Jiménez S, Masnou N, Salamero P, Sánchez-Ibáñez J, Serna E, Martínez-Soba F, Pastor-Rodríguez A, Bouzas E, Castro P. Benchmarking in the process of donation after brain death : A methodology to identify best performer hospitals. *American Journal of Transplantations* 2012 Sep;12(9):2498-506.
20. Committee on Bioethics (DH-BIO) of the Council of Europe. Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations. Disponible en: <http://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-on-the-decision-making-process-regarding-medical-treatment-in-end-of-life-situations>.
21. Código ético de la SEMICYUC. Disponible en: www.semicyuc.org/sites/default/files/codigo-etico-semicyuc.pdf.
22. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
23. LEY 30/1979, DE 27 DE OCTUBRE, SOBRE EXTRACCION Y TRASPLANTE DE ORGANOS.
24. Código de Deontología Médica. Guía de ética médica. Julio 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf.
25. Donación en Asistolia en España: Situación actual y Recomendaciones. Documento de Consenso 2012. Página web Organización Nacional de Trasplantes. Disponible en: <http://www.ont.es>.

