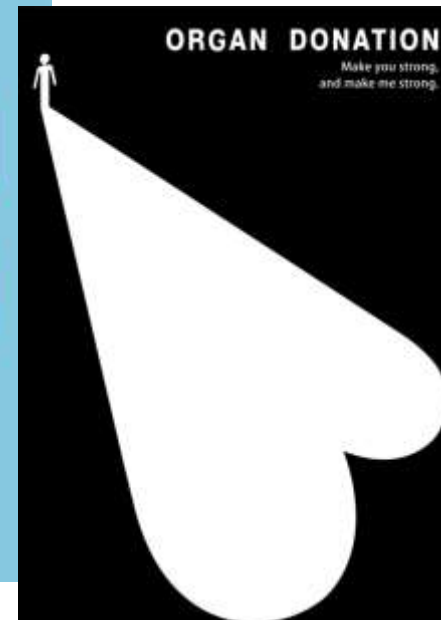
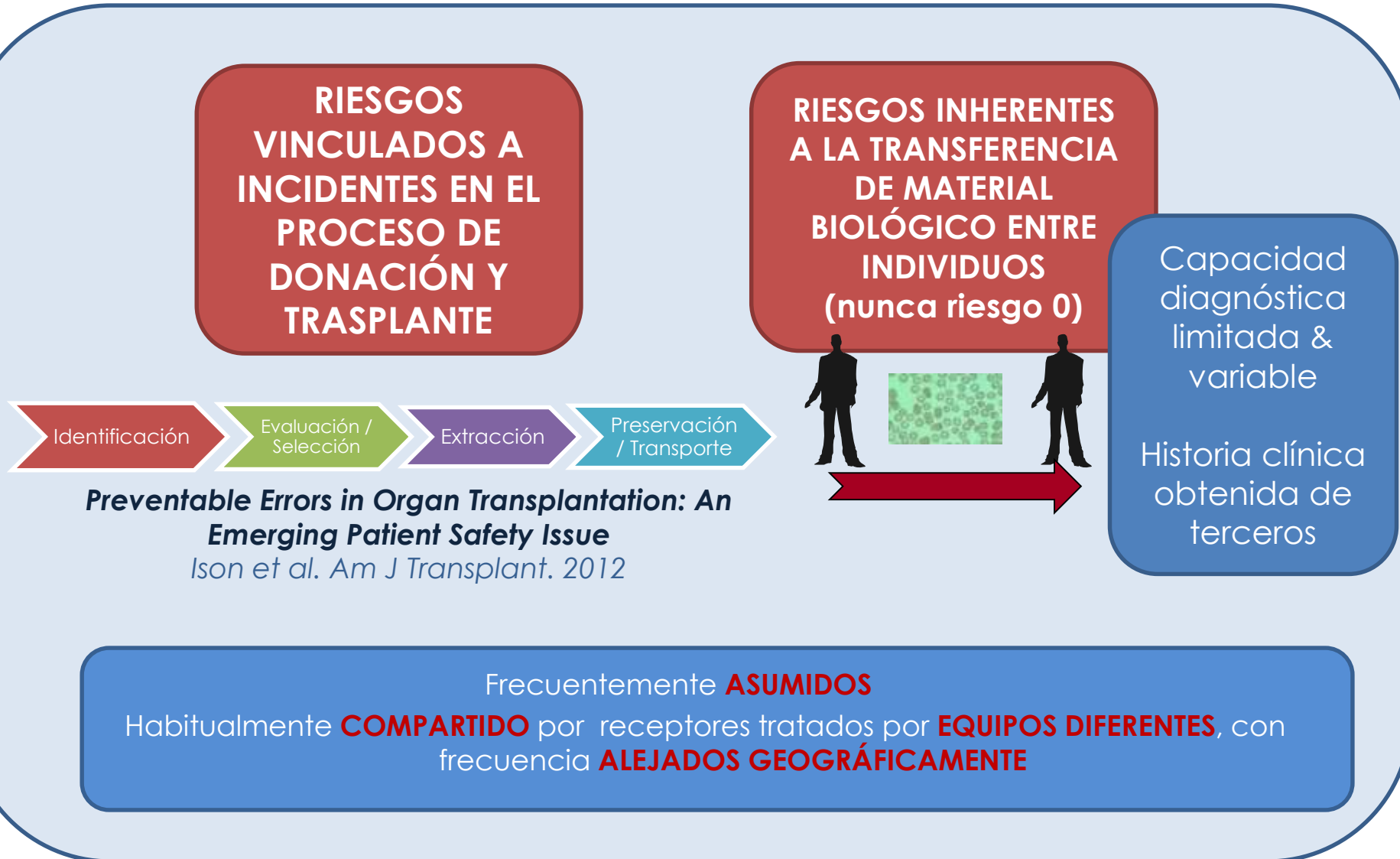


Seguridad en donación y trasplante: Donante de riesgo no estándar (DRNE) y Recomendaciones de los Documentos de Consenso

Carmen Martín & Beatriz Mahillo



Riesgos relacionados con el trasplante de órganos sólidos



Primeros casos de tumores transmitidos por Trasplantes

1462

BRITISH MEDICAL JOURNAL 12 JUNE 1976

such as the common extensor origin at the elbow or in the contents of the carpal tunnel.

The authors would like to thank Dr B B Sedham for his invaluable help in checking the accuracy of the radiographic measurements, Mr H B Bentley for carrying out the radiography, Mrs H Hopkins for her help with the analysis of the results, and Mrs J Sedham for typing the manuscript.

This paper forms part of an MD thesis (CPMA) to be submitted to the University of London.

References

1. Dukes, G. A. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 1958, 40A, 211.
2. Yamaguchi, O. M., et al. *Japanese Medicine*, 1965, 48, 22.
3. Mowatt, G. *Arthritis and Rheumatism*, 1961, 22, 30.
4. Lippman, P. M. *Clinical Orthopaedics*, 1970, 15, 164.
5. Hume, K. I. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 1963, 45B, 478.
6. Hume, K. I. personal communication, 1975.

7. Hombel, J. W. H., and Owen, R. *Medicine*, 1970, 49, 192.
8. Goshall, J. E., and White, W. L. *Scapular Chondrosarcoma*, 1968, 46, 451.
9. Dick, T. R. S., and Zaidi, P. R. *British Medical Journal*, 1974, 3, 286.
10. Krasner, H., et al. *Lancet*, 1963, 2, 260.
11. Chaffard, H., et al. *British Medical Journal*, 1973, 1, 218.
12. Roswell, H. M., and Zaidi, P. R. *Clinical Orthopaedics*, 1973, 82, 227.
13. Russell, W. A. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1968, 61, 167.
14. Greenfield, S. *British Medical Journal*, 1968, 3, 570.
15. Scapula, J. G., and Carpal, A. C. *Lancet*, 1969, 1, 518.
16. Spurr, A. R. M., and McCollum, A. J. *Lancet*, 1973, 3, 319.
17. Krasner, H., and White, W. L. *Electromyography*, 1967, 7, 127.
18. Council for International Organization of Medical Sciences, *Epidemiology of Chronic Rheumatism*, vol. 2, Atlas of Standard Radiographs of Arthritis, Oxford, Blackwell, 1969.
19. Paine, C., et al. *Brain*, 1961, 77, 274.
20. Burrows, E. H. *Clinical Radiology*, 1965, 14, 77.
21. Varick, S. *Brain*, 1970, 93, 87.
22. Wilkinson, M. *Cerebral Shuntage: Its Early Diagnosis and Treatment*, ed. H. Wilkinson, p. 98. London, H.K. Lewis, 1970.
23. Adamson, C. R. *Clinical Orthopaedics*, 1965, 46, 184.
24. Jones, D. O. *In General Anesthesia: Its Early Diagnosis and Treatment*, ed. M. Wilkerson, p. 347. London, H.K. Lewis, 1970.

Transplantation of tumour with a kidney graft

A D BARNES, M FOX

British Medical Journal, 1976, 3, 1442-1444

Summary

A cerebral glioma discovered by angiography and brain biopsy in a kidney donor was subsequently suspected of being a secondary tumour. By this time a biopsy of one of the transplanted kidneys had shown a clump of malignant cells in a glomerulus. Because of the psychological state of this recipient the transplant was not removed, but the recipient of the second kidney was immediately told of the danger of tumour cell transfer, and underwent nephrectomy. The patient remained well on haemodialysis; autopsic sectioning of the kidney showed no signs of tumour. The transplant in the first recipient functioned well until his death, six months after operation. At necropsy undifferentiated tumour was found in the pleura, liver, pelvic peritoneum, and transplanted kidney.

All cadaver donors should undergo full laparotomy after removal of the kidneys, particularly those with a high risk of cancer, and a full necropsy should also be performed shortly afterwards to exclude tumour and other unsuspected diseases. Then it is not too late to remove a transplanted kidney should a tumour be found.

Introduction

The possibility of transplanting tumour tissue with a kidney graft is a danger that must always be borne in mind. The tumour may be of renal origin¹ or it may arise from structures outside the kidney.² It is difficult "successfully" to transplant malignant tissue into a normal person, but after immunosuppression

host resistance is lowered, with subsequent survival, multiplication, and dissemination of tumour cells. Transplantation of organs from donors with malignant disease should thus not be performed even if the tumour is apparently localized (apart from primary brain tumours), as one cannot be certain whether or not microscopic spread has occurred.

The difficulties encountered in prompt detection of a tumour in the cadaver donor, the advice given to the recipients after transplantation of kidneys at risk, and subsequent management are illustrated in the following report of a donor and two recipients.

Donor

The donor was a 45-year-old male chronic schizophrenic who was transferred to a general hospital because of a fit and the rapid onset of deep unconsciousness. He developed respiratory depression and required ventilation to enable a diagnosis to be made. A cerebral angiogram showed a cerebral tumour, which a brain biopsy showed to be a glioma. On these grounds the patient was deemed to be suitable as a kidney donor. After certification of death both kidneys were removed for transplantation with a warm ischaemic time of 13 minutes. An exploratory laparotomy was performed. A close aortic pulse was normal. A full necropsy was, however, not performed.

After the renal transplants had been performed the radiologist queried the angiographic appearance as being of a secondary rather than a primary brain tumour and the pathologist gave a cautious interpretation of the brain biopsy in view of the necrotic tissue.

Two patients received kidneys through the National Organ Sharing Scheme on the basis of HLA-matching. The tissue typing is shown in the table. Preoperative was with a cold flank with discomfort 40 in diameter and for weight. Anteriorly the kidneys were normal and no features of pathological significance were seen on the cortical surface or in the hilum.

Tissue typing of donor and two recipients

			HLA-A	HLA-B
Donor	A	2	1	1
Recipient 1	A	2	1	1
Recipient 2	A	2	1	1

Fatal homotransplanted melanoma. A case report

Edward F. Scanlon M.D., Roger A. Hawkins M.D., Wayne W. Fox M.D., W. Scott Smith M.D.

First published: June 1965 [Publication history](#)

Article

May 31, 1965

Cadaveric Renal Homotransplantation With Inadvertent Transplantation of Carcinoma

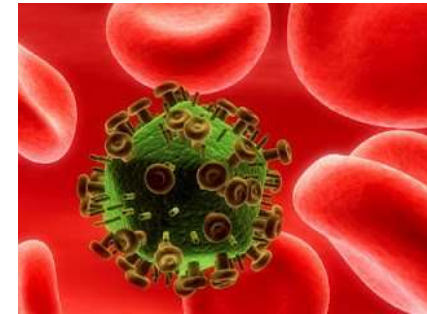
Donald C. Martin, MD; Milton Rubini, MD; Victor J. Rosen, MD

Author Affiliations

JAMA. 1965;192(9):752-754. doi:10.1001/jama.1965.03080220016003

LA TRANSMISIÓN TUMORAL SE DESCRIBE DESDE LOS INICIOS DEL TRASPLANTE ...
PERO SIGUE SIENDO UNA GRAN DESCONOCIDA

Transmisión VIH a tres receptores debido a un error de transcripción prevenible



Eurosurveillance Europe's journal on infectious disease epidemiology, prevention and control since 1996

[Back to Table of Contents](#) [Next](#)

Eurosurveillance, Volume 12, Issue 10, 08 March 2007

Articles

Citation style for this article: Villa E, Nanni Costa A. HIV-positive organs used for transplant in Italy due to human error. Euro Surveill. 2007;12(10):pii=3150. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3150>

HIV-positive organs used for transplant in Italy due to human error

E Villa (erica.villa@iss.it), A Nanni Costa

Centro Nazionale Trapianti, Rome, Italy

In February 2007, three patients received HIV-positive organs as a result of an error made in the documentation by an employee at the hospital in northern Italy where the organs had been taken for transplant. The person wrote "negative" instead of "positive" after reading the automatically generated print-out report of the results of laboratory analyses, including blood testing for HIV. The organ donor was a woman in her forties who died at home of a brain haemorrhage but had no clinical history of any diseases. After her death, the family had assented to organ and tissue donation not knowing that she had been HIV-positive. Three organs (two kidneys and a liver) were transplanted to three distinct recipients.

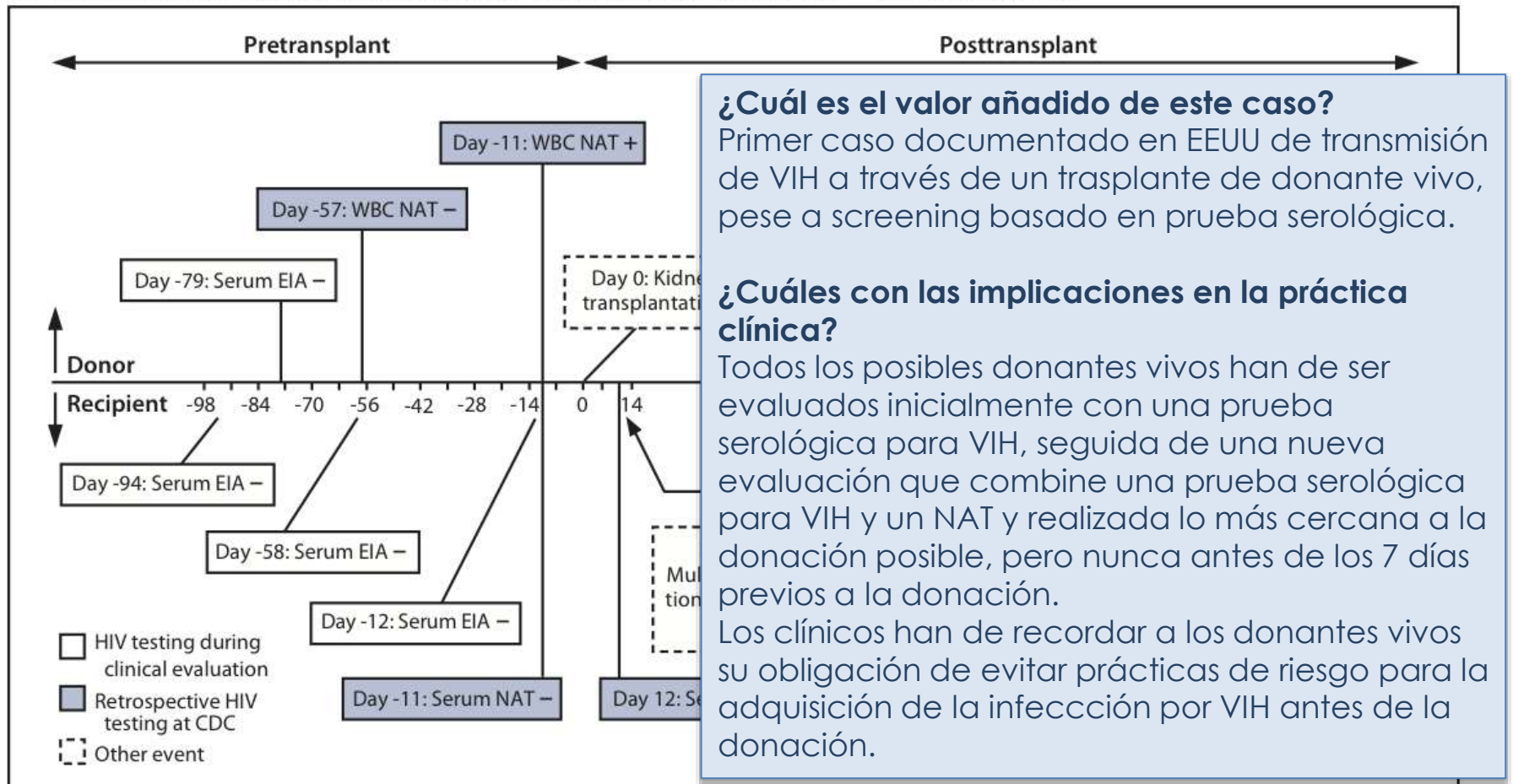
Further blood tests routinely performed in two other laboratories that collect and analyse blood samples for tissue storing in tissue banks showed that these organs were taken from an HIV-infected donor. One of the laboratories carried out further analysis of the donor's blood on the same day the three transplants were performed. The tests included the nucleic acid amplification technique (NAT) to detect hepatitis C and B virus (HCV and HBV) and HIV. The results obtained two days later were sent on the morning of the following day (a Saturday) by fax only (and not communicated by phone as they should be) to the laboratory of the hospital where the organs had been taken for transplant. As a result, the director of this laboratory only received the message the following Monday morning, five days after the operations had taken place. He immediately alerted the regional transplant organisation. The delay in communicating this event was declared by the Italian transplant network to be a violation of the national and regional guidelines that demand the prompt alert of the entire system.

Regulaciones Nacionales Italianas

- **Transcripción automática** de los resultados de las pruebas diagnósticas, desde los instrumentos de laboratorio hasta los sistemas de información de laboratorio y la historia clínica del donante.
- **Centralización de las pruebas diagnósticas** para órganos y tejidos.
- **Formación** para desarrollar una cultura proactiva de calidad y seguridad en las redes regionales de donación y trasplante.

Transmisión VIH a través de un trasplante renal de donante vivo

FIGURE. Timeline of events involving HIV transmission from a living organ donor — New York City, 2009



¿Cuál es el valor añadido de este caso?

Primer caso documentado en EEUU de transmisión de VIH a través de un trasplante de donante vivo, pese a screening basado en prueba serológica.

¿Cuáles con las implicaciones en la práctica clínica?

Todos los posibles donantes vivos han de ser evaluados inicialmente con una prueba serológica para VIH, seguida de una nueva evaluación que combine una prueba serológica para VIH y un NAT y realizada lo más cercana a la donación posible, pero nunca antes de los 7 días previos a la donación.

Los clínicos han de recordar a los donantes vivos su obligación de evitar prácticas de riesgo para la adquisición de la infección por VIH antes de la donación.

Abbreviations: HIV = human immunodeficiency virus; EIA = HIV enzyme immunoassay; HIV = human immunodeficiency virus; NAT = nucleic acid test; WB = HIV Western blot; WBC = white blood cell; DOHMH = New York City Department of Health and Mental Hygiene.

Primer caso documentado de transmisión de HTLV-I a tres receptores de órganos en España

0041-1337/03/7501-102/0
TRANSPLANTATION
Copyright © 2003 by Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Vol. 75, 102-104, No. 1, January 15, 2003
Printed in U.S.A.

RAPID DEVELOPMENT OF SUBACUTE MYELOPATHY IN THREE ORGAN TRANSPLANT RECIPIENTS AFTER TRANSMISSION OF HUMAN T-CELL LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE I FROM A SINGLE DONOR

CARLOS TORO,¹ BERTA RODÉS,¹ EVA POVEDA,¹ AND VINCENT SORIANO¹

Background. Human T-cell lymphotropic virus type I (HTLV-I) causes a subacute myelopathy in less than 5% of chronic carriers. However, the risk of neurologic disease appears to increase in persons infected through blood transfusion.

Methods. We report three recipients of solid organ transplants who developed a subacute myelopathy within 2 years after becoming infected with HTLV-I from a single asymptomatic HTLV-I donor. Genetic studies were performed in *LTR* and *tax* sequences in proviral DNA, and HTLV-I proviral load was measured by real-time quantitative polymerase chain reaction.

Results. HTLV-I sequences were obtained in two of these individuals, and they were almost identical and clustered within the Cosmopolitan A HTLV-I subtype, which indicates a common source. All typical changes in Tax amino acid sequence of the HTLV-I Cosmopolitan A were identified, plus two additional changes were noted. Although *taxA* has been associated with a greater risk of neurologic disease, both patients were positive for human leukocyte antigen-A*02, which is considered a protective factor.

Conclusion. Rapid development of subacute myelopathy may occur in recipients of organ transplants from asymptomatic HTLV-I donors. A particular virulence of the virus strain, the large size of the virus inoculum, and the immunosuppressed condition after transplantation may have contributed to produce this unusual rapid development of HTLV-I associated myelopathy.

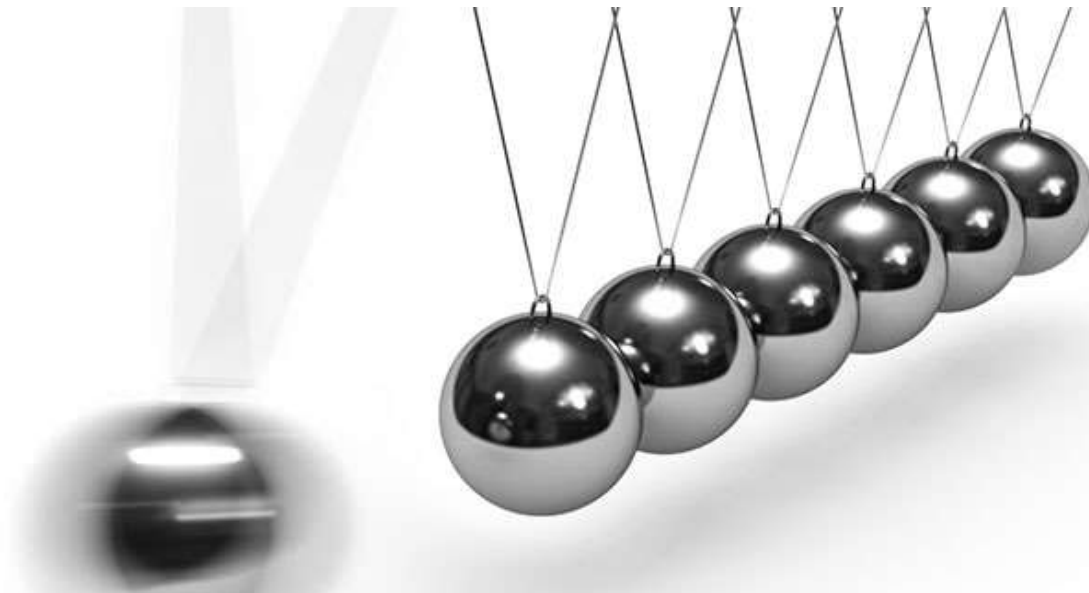
if any clinical symptoms throughout their lives, and only a minority (<5%) develops TSP/HAM after a long-term asymptomatic period (1). The mechanisms by which HTLV-I causes disease have not been fully elucidated, although environmental, viral, and host factors have been implicated. With regard to viral factors, the proviral load is almost always elevated in patients with TSP/HAM compared with asymptomatic carriers of HTLV-I (2). Moreover, some HTLV-I subtypes are more prone to produce HTLV-I-related disease than others. For instance, Cosmopolitan A viruses carrying the *taxA* gene have been linked to a greater risk of TSP/HAM development (3). Host factors, such as the human leukocyte antigen (HLA) haplotype, may also influence the outcome of HTLV-I infection, and the class I allele HLA-A*02 seems to be strongly protective against TSP/HAM (4).

Environmental factors can also determine the outcome of HTLV-I infection. When HTLV-I infection is acquired through blood transfusion, TSP/HAM is more frequent and the latency period is often shorter (5). The large size of the virus inoculum may explain this unusual poor outcome. Herein, we report three cases of HTLV-I infection acquired through organ transplantation from a single donor. All three developed TSP/HAM shortly after transplantation. Genetic analyses performed in two of them proved that viral factors could be involved in the rapid course of the disease, although environmental circumstances, primarily the immunosuppressive status of the recipients, could equally play a role.

Recomendaciones Nacionales

Impacto

- *Sobre el receptor*
- *Sobre el equipo médico*
- *Sobre el sistema sanitario*



Sobre el receptor

Transplantation of any biological material from a donor to a host will carry some inherent risk of disease transmission. Our aims were to summarize the totality of the published evidence about donor cancer transmission among kidney transplant recipients and to determine the cancer-specific survival of these recipients. We systematically reviewed all case reports, case series and registry studies that described the outcomes of kidney transplant recipients with donor cancer transmission published to December 2012. A total of 69 studies with 104 donor-transmitted cancer cases were identified. The most common transmitted cancer types were renal cancer (n=20, 19%), followed by melanoma (n=18, 17%), lymphoma (n=15, 14%) and lung cancer (n=9, 9%). Patients with melanoma and lung cancers had the worst prognosis, with less than 50% of recipients surviving after 24 months from transplantation. Recipients with transmitted renal cancers had the best outcomes with over 70% of recipients surviving for at least 24 months after transplantation. Overall, the risk of donor transmission of cancer appears low, but there is a high likelihood of reporting bias. Our findings support the current recommendations for rejecting organs from donors with a history of melanoma and lung cancer, but suggest that the use of donor kidneys with a history of small, incidental renal cell cancer may be reasonable.

American Journal of Transplantation 2013; 13: 2645-2652
Wiley Periodicals Inc.

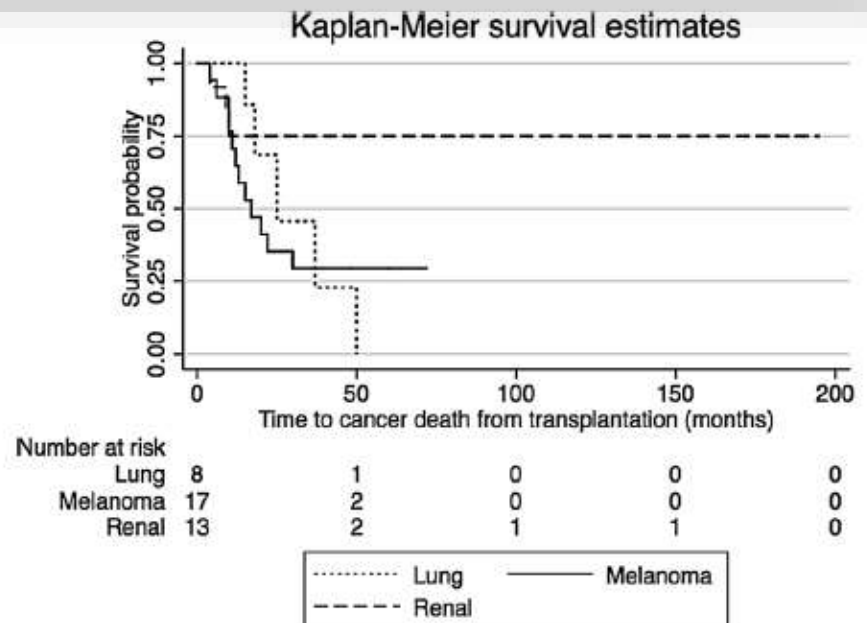
© Copyright 2013 The American Society of Transplantation
and the American Society of Transplant Surgeons

doi: 10.1111/ajt.12430

Donor Cancer Transmission in Kidney Transplantation: A Systematic Review

D. Xiao¹, J. C. Craig^{1,2}, J. R. Chapman³,
B. Dominguez-Gil⁴, A. Tong^{1,2} and G. Wong^{1,2,3,4}

OPTN, Organ Procurement and Transplantation Network; PTLN, posttransplant lymphoproliferative disorder; RCC, renal cell carcinoma; UNOS, United Network for Organ Sharing



Sobre el equipo médico

Medical error: the second victim

The doctor who makes the mistake needs help too

Albert W Wu

School of Hygiene and
Public Health
and School of Medicine
Johns Hopkins
University
Baltimore, MD 21205

Correspondence to:

Dr Wu

awu@jhsp.h.edu

Competing interests:

None declared

This editorial was

I'll conclude with an assignment for the practicing doctor: think back to your last mistake that harmed a patient. Talk to a colleague about it. Notice your colleague's reactions and your own. What helps? What makes it harder? Physicians will always make mistakes. The decisive factor will be how we handle them. Patient safety and physician welfare will be well served if we can be more honest about our mistakes to our patients, our colleagues, and ourselves.



miércoles, 21 de octubre de 1987

SANIDAD

Dos pacientes andaluces recibieron los riñones de una joven que había sufrido cáncer

El País Sevilla 21 OCT 1987

Dos riñones de una joven a la que antes de Cádiz, fueron trasplantados en sendas operaciones. A uno de los afectados, un albañil que ser extirpado el riñón seis meses después de rechazos y a nuevas afecciones contraídas hospitalizado en Sevilla, y aún conserva el de un abogado, e Izquierda Unida prepara

EL  **MUNDO**

Jueves, 18 de enero de 2007. Año: XVIII. Número: 624

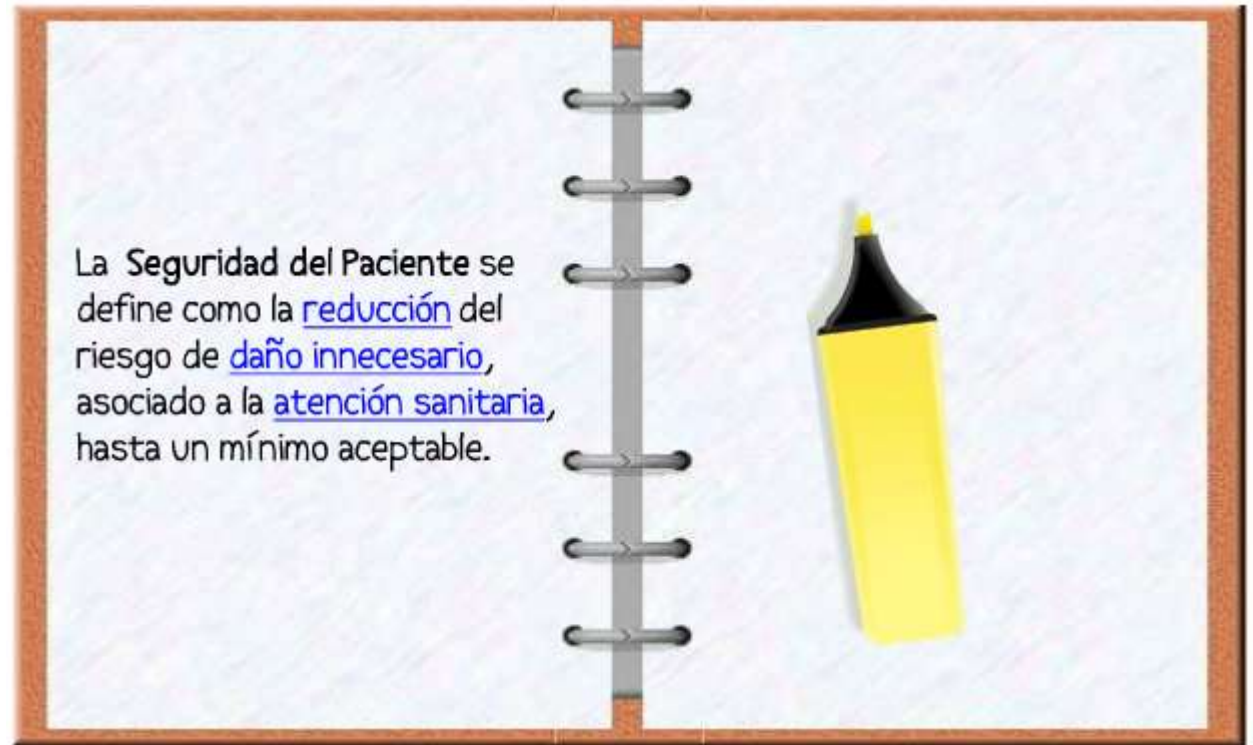
SOCIEDAD

TRIBUNALES

Aplazado el juicio de los trasplantes de riñones «cancerosos»

...Y el sistema sanitario, la tercera víctima

¿QUÉ ES LA SEGURIDAD?

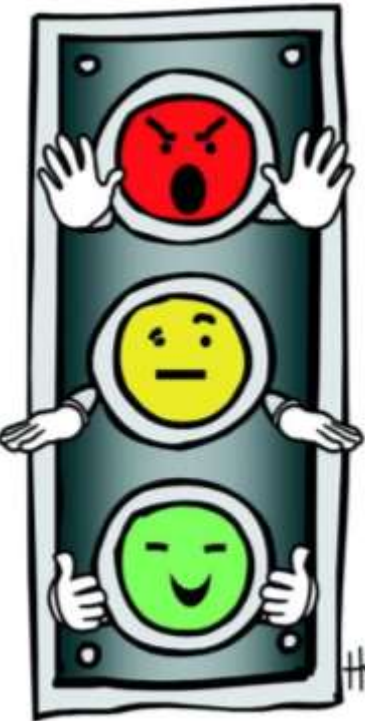


Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP)

Dimensiones de la calidad asistencial:

Efectividad, eficiencia, accesibilidad, equidad, **seguridad**, atención centrada en el paciente, sostenibilidad

Escenarios de transmisión a través de órganos, tejidos y células



1. Riesgo de transmisión conocido antes del trasplante y asumido por el equipo clínico a cargo del paciente y el receptor después de una evaluación del balance riesgo/beneficio y consentimiento informado específico.

DRNE

2. Riesgo de transmisión conocido después de que el trasplante se ha realizado

EVENTO
ADVERSO

3. Transmisión de forma inadvertida del donante al receptor, circunstancia detectada a partir de que el paciente comienza a desarrollar manifestaciones clínicas

REACCIÓN
ADVERSA

TRANSMISIÓN

LA MEJOR ESTRATEGIA: LA PREVENCIÓN



Trabajo en equipo



MAPA DE PROCESOS DE LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

RED DE
COORDINACIÓN

FOMENTO Y
PROMOCIÓN
DONACIÓN

OPTIMIZACIÓN
UTILIZACIÓN DE
DONANTES

DESARROLLO
PROGRAMA
MARCO

GESTIÓN
INFORMACIÓN

Detección y derivación

Familias

Donantes

Receptores

Dº muerte
Consentimientos

Identificación,
caracterización y
valoración

Distribución
nacional

Distribución
internacional

Transporte
-órganos
-equipos
-receptores

Extracción,
validez,
preservación,
empaquetado
y etiquetado

Trasplante

Mantenimiento del donante

Receptores trasplantados

Seguimiento y registros post-tx

Aspectos éticos y
legales.
Confidencialidad

Gestión
listas de
espera

RRHH

Aplicaciones
informáticas

Formación e
Investigación

Gestión Q
-Auditorías
-Normas
-Protocolos
-Documentos

Biovigilancia
Trazabilidad

Plan
comunicación

Caracterización y Evaluación del Potencial Donante

Directiva 2010/53/UE y RD 1723/2012:

- **caracterización del donante**: proceso de recogida de la información necesaria para evaluar la idoneidad del donante, con el fin de realizar un adecuado análisis riesgo-beneficio, minimizar los riesgos para el donante y para el receptor y optimizar la asignación de órganos.
- **caracterización de órganos**: es definida como el proceso de recogida de la información necesaria para evaluar la idoneidad del órgano, con objeto de permitir un adecuado análisis riesgo-beneficio, minimizar los riesgos para el donante y para el receptor y optimizar la asignación del órgano.
- **evaluación**: constituye el proceso de análisis y toma de decisiones por el que se determina la idoneidad de un donante y de sus órganos para trasplante.

Caracterización y Evaluación del Potencial Donante

- Limitación temporal
- Historia a partir de terceros
- Limitaciones de la historia clínica
- Contraindicaciones
- Pruebas complementarias
- Documentación
- Proceso continuo: Resultados posteriores a la extracción y el trasplante



Caracterización del Potencial Donante



1) Datos generales

2) Datos clínicos y epidemiológicos:

• Antecedentes personales:

Enfermedades actuales o previas del donante, Fármacos, historia laboral, conductas de riesgo para VIH, VHC, VHB y otras enfermedades infecciosas, Hábitos tóxicos y cuantificación de los mismos, viajes o residencia en países prevalentes para enfermedades infecciosas no presentes en España o, si en su entorno existe el riesgo potencial de transmisión de dichas enfermedades infecciosas. Neoplasia o de otras enfermedades transmisibles.

• Exploración física

• Mantenimiento del donante

3) Estudios complementarios:

• Estudios de laboratorio, pruebas de imagen y estudios histopatológicos

• Test complementarios para evaluar la compatibilidad del receptor

• Determinaciones serológicas y microbiológicas

• Otros resultados de laboratorio

• Pruebas de imagen

• Información anatomopatológica

Prevención de la transmisión de infecciones:

CRIBADO MICROBIOLOGICO:

8.3. Basic screening for infections in organ donors

The basic screening for infections in deceased organ donors must include the following serological tests, with results being provided within the time-frame specified in the box:

Before organ recovery or transplant (1-3 h)	As soon as possible (not necessarily before organ recovery and transplant)	Retrospectively after transplant, if indicated at the recipient transplant centre
• anti-HIV-1/2 (incl. HIV-1-p24-Ag) • HBsAg and anti-HBc • anti-HCV	• anti-CMV • anti-EBV-VCA-IgG • anti-<i>Treponema pallidum</i> ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) • anti-Toxoplasma	Additional tests can be performed according to the recipient profile for targeting specific prophylaxis.

Guide to the quality and safety of organs for transplantation;
Council of Europe 2018.

Tabla 3. Estudio obligatorio en el donante

	Pretrasplante	Posttrasplante
VIH	Anti-HIV-1 y -2 y Ag p24 Carga viral VIH-1 en donante de alto riesgo con serología negativa	
VHB	HBsAg Anti-HBc Anti-HBs si anti-HBc positivo	
VHD	Anti-VHD en caso de HBsAg positivo	
VHC	Anti-VHC Carga viral VHC en donante de alto riesgo con serología negativa	Carga viral VHC en todos los donantes con anti-VHC positivo
HTLV-I/II	CMIA	
CMV	Anticuerpos IgG	
VEB		Anticuerpos IgG
Sífilis	Anticuerpos treponémicos	
Toxoplasmosis		Anticuerpos IgG
Enfermedad de Chagas	Anticuerpos frente <i>Trypanosoma cruzi</i> en donante de corazón proveniente de Centro o Sudamérica	Anticuerpos frente <i>Trypanosoma cruzi</i> en donante no cardíaco proveniente de Centro o Sudamérica
Infecciones geográficamente restringidas		Mirar texto

CMIA: inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas

Documento de Consenso de GESITRA y la ONT sobre los Criterios de Selección del Donante de Órganos Sólidos en Relación a las Enfermedades Infecciosas

Prevención de la transmisión tumoral:

papel del coordinador

Procedimiento en cada donante potencial

ANAMNESIS DETALLADA DEL DONANTE POTENCIAL - (familia, médico de atención primaria, informes clínicos), Hábitos de vida (tabaquismo), en mujeres en edad fértil, historia de irregularidades menstruales (tras embarazos o abortos) como signo de coriocarcinoma.

EXPLORACIÓN FÍSICA - cicatrices, tumores visibles o palpables.

LABORATORIO - marcadores tumorales en caso de sospecha (betaHCG en mujeres con irregularidades menstruales)

PRUEBAS DE IMAGEN - Rx tórax y ecografía abdominal. En caso de hemorragia cerebral, descartar neoplasia/metástasis en ausencia de HTA o malformación vascular.

Acciones adicionales en caso de confirmar neoplasia en la historia del donante

DOCUMENTACIÓN DEL CASO - fecha de diagnóstico, histología documentada (incluyendo estadio y grado), tipo y fecha de tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia), evidencia de seguimiento clínico regular, fecha y resultados del último seguimiento, documentación del tiempo libre de enfermedad y/o recurrencia tumoral

LABORATORIO - marcadores tumorales específicos (solo en caso de determinaciones previa disponibles)

PRUEBAS DE IMAGEN - valorar TC tóraco-abdominal

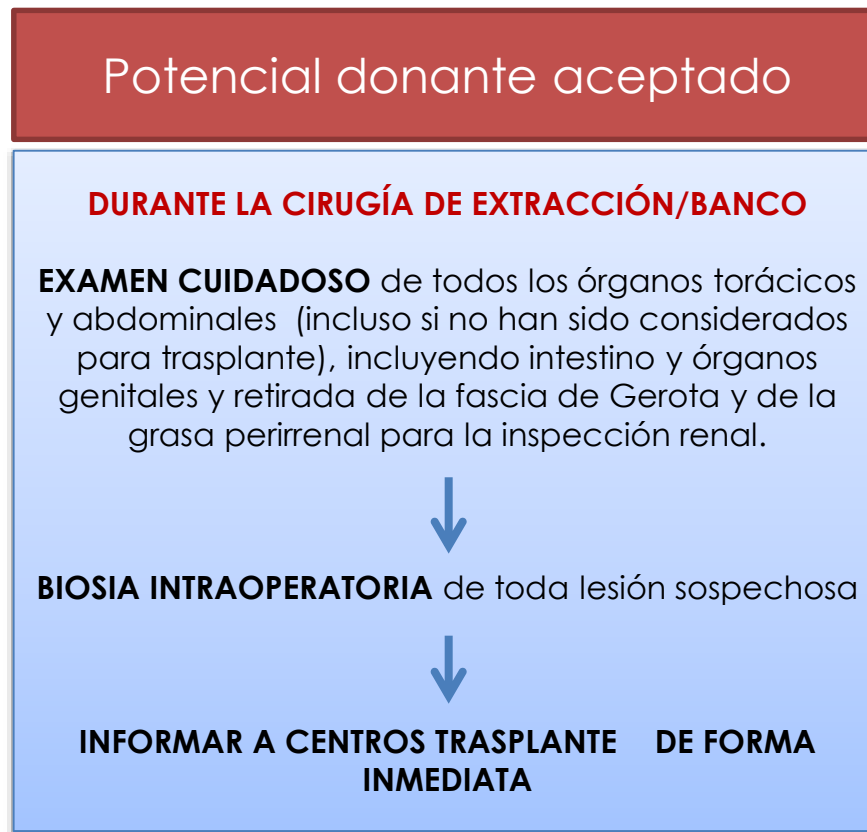
INFORMES
ESCRITOS con
información lo
más completa
posible



Comunicación
fluida con
oficina de
distribución
(ONT) y centros
de trasplante

Estudios adicionales si hallazgos de sospecha

Prevención de transmisión tumoral: papel del cirujano extractor



+

Evaluación de cualquier lesión sospechosa observada por TC, ecografía, etc.

Cancer Survivor and Organ Donor: Can You Be Both?

By C. CLAIBORNE RAY JULY 25, 2016



Victoria Roberts

Q. Should you be listed as an organ donor on your driver's license if you are a [cancer](#) survivor?

A. Maybe. The medical team considering organs for transplant after such a donor's death would need to learn the person's full medical history from the family. The use of any organs would depend on a [complex set of factors](#), medical authorities say.

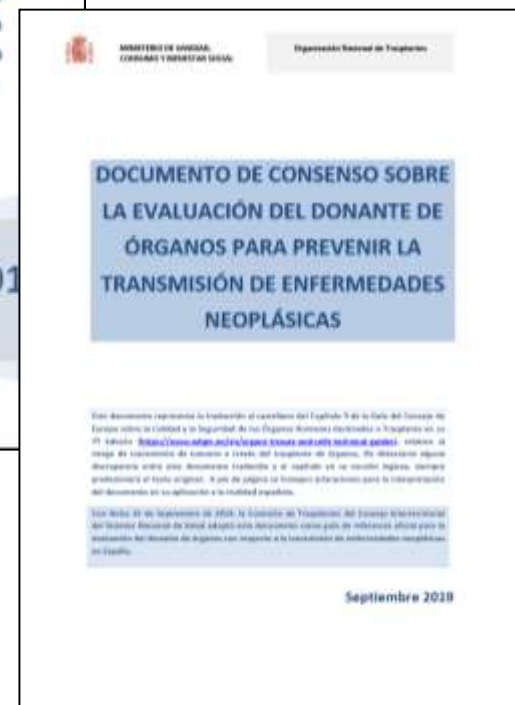
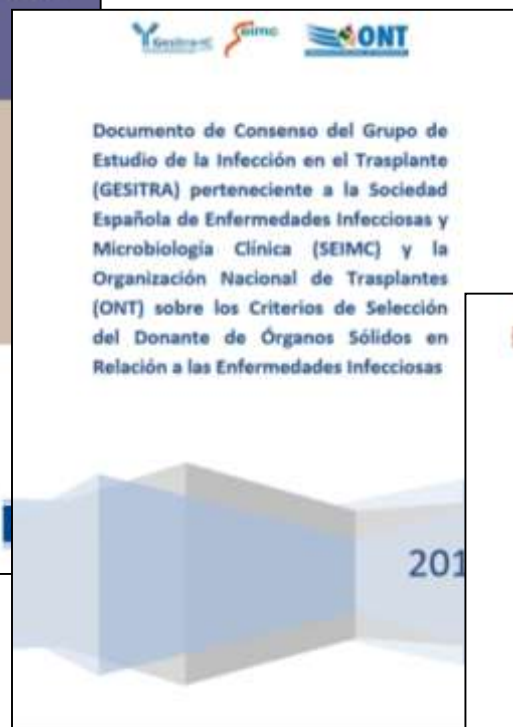
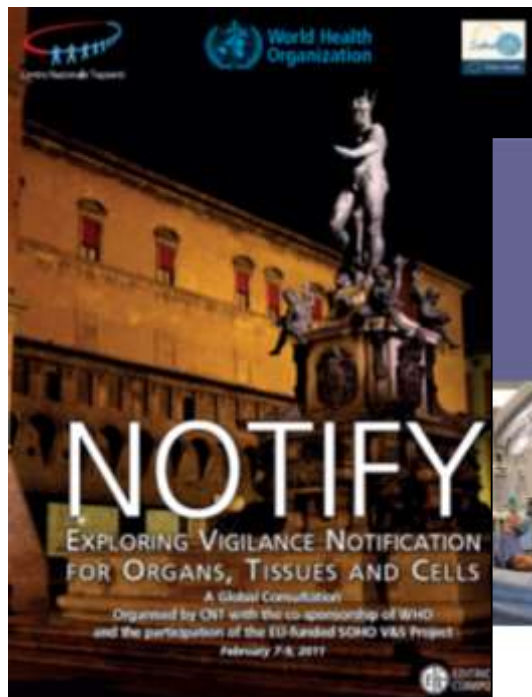
Transplant physicians would [have to consider](#) what kind of cancer the donor had, which organs were involved, whether the cancer had metastasized and how long

ago the donor had received treatment for the cancer.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



<https://www.notifylibrary.org>
<https://www.edqm.eu/en/publications-transfusion-and-transplantation>
www.ont.es/infesp/Paginas/DocumentosdeConsenso.aspx

Septiembre 2018

ÍNDICE

I. RESUMEN.....	3
II. INTRODUCCIÓN.....	3
III. METODOLOGÍA.....	5
IV. ¿QUÉ INFORMACIÓN DEBE RECOGER LA HISTORIA CLÍNICA DEL POTENCIAL DONANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS?.....	6
V. ¿LA ADMINISTRACIÓN PREVIA DE VACUNACIÓN CONTRAINDICA LA DONACIÓN?.....	8
VI. QUE INFECCIONES SE DEBEN DESCARTAR OBLIGATORIAMENTE PARA VALORAR LA IDONEIDAD DE UN DONANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS?.....	12
1. ¿QUÉ SE DEBE HACER ANTE UN DONANTE VIH POSITIVO?.....	12
2. ¿QUÉ SE DEBE HACER ANTE UN DONANTE VHB POSITIVO?.....	15
3. ¿QUÉ SE DEBE HACER ANTE UN DONANTE VHC POSITIVO?.....	19
4. ¿QUÉ SE DEBE HACER ANTE UN DONANTE DE ALTO RIESGO?.....	23
VII. ¿QUÉ INFECCIONES LATENTES ES RECOMENDABLE CRIBAR PARA VALORAR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN?.....	25
1. ¿QUÉ DECISIÓN DEBE TOMARSE FRENTE AL DONANTE CON SÍFILIS LATENTE?.....	25
2. ¿QUÉ DECISIÓN DEBE TOMARSE FRENTE AL DONANTE CON TUBERCULOSIS LATENTE?.....	26
3. ¿QUÉ DECISIÓN DEBE TOMARSE FRENTE AL DONANTE CON INFECCIÓN POR CMV?.....	28
4. ¿QUÉ DECISIÓN DEBE TOMARSE FRENTE AL DONANTE CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE EPSTEIN-BARR (VEB)?.....	28
5. ¿SE DEBE DESCARTAR LA INFECCIÓN POR OTROS HERPESVIRUS, PARVOVIRUS B19, VIRUS BK O VIRUS DE LA HEPATITIS E (VHE)?.....	29
6. ¿QUÉ DECISIÓN DEBE TOMARSE FRENTE AL DONANTE CON INFECCIÓN POR TOXOPLASMA GONDII?.....	30
VIII. ¿DEBEN DESCARTARSE INFECCIONES OCULTAS EN EL DONANTE?.....	32
1. ¿ES NECESARIO DESCARTAR BACTERIEMIA EN EL DONANTE?.....	32
2. ¿DEBE DESCARTARSE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL DONANTE?.....	33
3. ¿DEBE DESCARTARSE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN EL DONANTE?.....	34
4. ¿DEBE DESCARTARSE INFECCIÓN DE LA VÍA BILIAR EN EL DONANTE?.....	35
5. ¿DEBE DESCARTARSE INFECCIÓN DEL LÍQUIDO DE PRESERVACIÓN?.....	36
IX. ¿QUÉ SITUACIONES CLÍNICAS DEBEN VALORARSE PARA LA DONACIÓN DE UN ÓRGANO SÓLIDO?.....	37
1. ¿QUÉ ACTITUD DEBE SEGUIRSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE CON TUBERCULOSIS ACTIVA?.....	37
2. ¿QUÉ DEBE HACERSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE CON NEUMONÍA?.....	38
3. ¿QUÉ DEBE HACERSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE CON GRIPE?.....	38
4. ¿QUÉ DEBE HACERSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE CON PIELONEFRITIS AGUDA?.....	39
5. ¿QUÉ DEBE HACERSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE CON MENINGITIS?.....	40
6. ¿QUÉ ACTITUD DEBE TENERSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE CON ENCEFALITIS?.....	40
7. ¿QUÉ DEBE HACERSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE CON UNA ENFERMEDAD CAUSADA POR PRIONES?.....	41
8. ¿QUÉ DEBE HACERSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE CON ENDOCARDITIS?.....	42
9. ¿QUÉ DEBE HACERSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE CON OTRAS INFECCIONES LOCALIZADAS: COLECISTITIS, COLANGITIS, ARTRITIS, OSTEOMIELITIS, CELULITIS, ABSCEOS, ETC.?.....	42
10. ¿QUÉ DEBE HACERSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE EN SITUACIÓN DE SHOCK SÉPTICO?.....	43

11. ¿QUÉ DEBE HACERSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE CON INFECCIÓN FÚNGICA DISEMINADA?.....	43
12. ¿QUÉ DEBE HACERSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE CON INFECCIÓN FÚNGICA LOCALIZADA?.....	45
13. ¿QUÉ DEBE HACERSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE CON FIEBRE DE FOCO NO ACLARADO?.....	46
14. ¿QUÉ DEBE HACERSE ANTE UN POTENCIAL DONANTE COLONIZADO POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES?.....	46
X. ¿TIENE IMPORTANCIA EL LUGAR DE PROCEDENCIA DEL DONANTE?.....	48
1. INTRODUCCIÓN.....	48
2. ¿QUÉ ACTITUD SE DEBE TOMAR ANTE LA SOSPECHA DE MALARIA?.....	49
3. ¿QUÉ ACTITUD SE DEBE TOMAR ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR T. CRUZI?.....	50
4. ¿QUÉ ACTITUD SE DEBE TOMAR ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR STRONGYLOIDES SPP?.....	52
5. ¿QUÉ ACTITUD SE DEBE TOMAR ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR SCHISTOSOMA SPP?.....	53
6. ¿QUÉ ACTITUD SE DEBE TOMAR ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR CLONORCHIS SPP./OPISTHORCHIS SPP.?.....	54
7. ¿QUÉ ACTITUD SE DEBE TOMAR ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR FILARIAS?.....	54
8. ¿QUÉ ACTITUD TOMAR ANTE UNA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR COCCIDIOIDES SPP?.....	55
9. ¿QUÉ ACTITUD DEBE TENERSE ANTE UN CASO DE SOSPECHA DE INFECCIÓN POR HISTOPLASMA CAPSULATUM?.....	56
10. ¿QUÉ ACTITUD SE DEBE TENER ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR PARACOCIDIOIDES BRASILIENSIS?.....	57
11. ¿QUÉ ACTITUD DEBE TENERSE ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR BLASTOMYCES DERMATITIDIS?.....	58
12. ¿QUÉ ACTITUD SE DEBE TENER ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR PENICILLIUM MARNEFFEI?.....	58
13. ¿CUÁL ES LA ACTITUD ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR HUMAN T-LYMPHOTROPIC VIRUS 1 (HTLV-1)?.....	59
14. ¿QUÉ ACTITUD TOMAR EN CASO DE SOSPECHA DE INFECCIÓN POR VIRUS DE LA RABIA?.....	61
15. ¿QUÉ ACTITUD DEBE TOMARSE ANTE UN DONANTE CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL (VNO, WEST-NILE VIRUS)?.....	62
16. ¿QUÉ ACTITUD DEBE TOMARSE ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL DENGUE?.....	63
17. ¿QUÉ ACTITUD DEBE TOMARSE ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA CORIOMENINGITIS LINFOCITARIA?.....	65
18. ¿QUÉ ACTITUD DEBE TOMARSE ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR VIRUS CHIKUNGUNYA?.....	66
19. ¿QUÉ ACTITUD DEBE TOMARSE ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA?.....	67
XI. CONFLICTO DE INTERESES.....	70
XII. AGRADECIMIENTOS.....	70
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	70
XIV. ANEXO I.....	86
XV. ANEXO II.....	86

Infecciones

Neoplasias



MINISTERIO DE SANIDAD,
CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

Organización Nacional de Trasplantes

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	5
2. RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE LA DETECCIÓN Y LA VALORACIÓN DE NEOPLASIAS EN EL DONANTE	6
2.1. HISTORIA CLÍNICA DEL DONANTE Y EXPLORACIÓN FÍSICA	6
2.2. DETERMINACIONES DE LABORATORIO, MARCADORES TUMORALES	7
2.3. PRUEBAS RADIOLÓGICAS Y OTRAS PRUEBAS DE IMAGEN	7
2.4. EXPLORACIÓN DEL DONANTE Y DE LOS ÓRGANOS DURANTE LA EXTRACCIÓN	8
2.5. EXAMEN HISTOPATOLÓGICO	8
2.6. CAMBIOS EN LA ESCALA DE ESTADIAJE DEL CÁNCER Y EN LA CLASIFICACIÓN DE TUMORES CEREBRALES	12
2.7. RIESGO DE SEGUNDAS NEOPLASIAS Y COMPLICACIONES EN SUPERVIVIENTES A LARGO PLAZO DE PROCESOS MALIGNOS PREVIOS	13
3. CONSIDERACIONES GENERALES PARA MINIMIZAR LA TRANSMISIÓN DE NEOPLASIAS	13
3.1. RIESGO DE TRANSMISIÓN Y DATOS DE REGISTROS	13
3.2. VALORACIÓN DEL RIESGO DE TRANSMISIÓN	18
3.3. CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES	21
4. TUMORES DE ÓRGANOS SÓLIDOS	21
4.1. CARCINOMA BASOCELULAR	22
4.2. CÁNCER BILIAR	22
4.3. CÁNCER DE MAMA	22
4.4. CARCINOMA <i>IN SITU</i> Y NEOPLASIA INTRAEPITELIAL PANCREÁTICA	23
4.5. CORIOCARCINOMA	25
4.6. CÁNCER COLORRECTAL	25
4.7. CÁNCER GÁSTRICO	27
4.8. TUMOR DE ESTROMA GASTROINTESTINAL	27
4.9. CÁNCER DE HÍGADO	28
4.10. CÁNCER DE PULMÓN	28
4.11. MELANOMA MALIGNO	28
4.12. CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA	30
4.13. NEOPLASIAS NEUROENDOCRINAS	31
4.14. CÁNCERES ESOFÁGICOS, GÁSTRICOS, PANCREÁTICOS, HEPÁTICOS Y BILIARES	33
4.15. CÁNCER OROFARÍNGEO	34



MINISTERIO DE SANIDAD,
CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

Organización Nacional de Trasplantes

4.16. CÁNCER DE OVARIO	34
4.17. CÁNCER PANCREÁTICO	35
4.18. NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL PANCREÁTICA	35
4.19. PARAGANGLIOMA	35
4.20. FEOCROMOCITOMA	35
4.21. CÁNCER DE PRÓSTATA	35
4.22. CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES	38
4.23. SARCOMA	41
4.24. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LA PIEL	42
4.25. CÁNCER DE TIROIDES	42
4.26. CARCINOMA UROTELIAL	42
4.27. CÁNCER DE ÚTERO Y DE CÉRVIX	44
5. NEOPLASIAS HEMATOPOYÉTICAS	44
5.1. LEUCEMIA, LINFOMA, PLASMOCITOMA Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO	44
5.2. NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS	45
6. TUMORES PRIMARIOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	47
6.1. CLASIFICACIÓN DE TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	47
6.2. DATOS DE REGISTROS DE TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	50
6.3. CLASIFICACIÓN DE RIESGO PARA LOS TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	53
7. REVISIÓN DE TUMORES ESPECÍFICOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	54
7.1. TUMORES NEUROECTODÉRMICOS	54
7.2. OTROS TUMORES INTRACRANEALES PRIMITIVOS	60
8. SOSPECHA DE TRANSMISIÓN TUMORAL EN UN RECEPTOR DE ÓRGANOS	64
8.1. CONSIDERACIONES GENERALES	64
8.2. PASOS A SEGUIR EN CASO DE SOSPECHA DE TRANSMISIÓN TUMORAL	66
8.3. HISTOLOGÍA TUMORAL Y PRUEBAS GENÉTICAS EN EL DONANTE Y EL RECEPTOR	66
8.4. PASOS A SEGUIR EN CASOS DE TRANSMISIÓN TUMORAL CONFIRMADA	67
8.5. PERSPECTIVAS PARA LA NOTIFICACIÓN Y EL REGISTRO DE DATOS	68
9. CONCLUSIONES	68
10. REFERENCIAS	69

APÉNDICE 1: CLASIFICACIÓN Y GRADUACIÓN DE LAS NEOPLASIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD DE 2007



NECESIDAD DE CONSTRUIR EVIDENCIA

La **información** sobre la calidad y seguridad de los trasplantes realizados a partir de este tipo de donantes es **ESENCIAL** para una toma de decisiones basada en una **adecuada valoración del riesgo-beneficio**.





drne



[Proyecto DRNE»](#)

[Manuales](#)

[Acceso Portal](#)

[Apps](#)

Proyecto DRNE

Gracias a vuestra colaboración y al apoyo de Fundación Vodafone España, este proyecto dará a conocer los resultados de los trasplantes realizados a partir de Donantes de...

IR

drne

PLATAFORMA WEB: <http://drne.ont.es>

[Proyecto DRNE](#) [Manuales](#) [Acceso Portal](#) [Apps](#)

ONT GLOBAL | Portal DRNE

Escenarios de transmisión a través de órganos, tejidos y células



1. Riesgo de transmisión conocido antes del trasplante y asumido por el equipo clínico a cargo del paciente y el receptor después de una evaluación del balance riesgo/beneficio y consentimiento informado específico.

DRNE

TRANSMISIÓN

REACCIÓN
ADVERSA

Objetivo general

El término de **DRNE** hace referencia a cualquier condición del donante que tenga una **posible influencia en el resultado del trasplante** debido a una **pobre función del injerto (calidad)** o al **potencial de transmisión de enfermedad (seguridad)**; la condición o circunstancia que lo define como donante de riesgo no estándar debe ser **conocida antes del trasplante** de al menos uno de sus órganos y por tanto asumida por el equipo de trasplantes correspondiente y el receptor tras ser informado



- ☐ **Eficacia y utilización** de los DRNE
- ☐ **Resultados** de los trasplantes realizados con DRNE

Criterios de inclusión

- Todos los DRNE del Registro de Donación y Trasplantes de la ONT incluidos a partir del 01/01/2013
- Condición de riesgo **CONOCIDA** durante el proceso de donación.
- Todos los receptores trasplantados con órganos procedentes de estos donantes.

- ▶ **NEOPLASIAS**
- ▶ **INFECCIONES**
- ▶ **TÓXICOS**
- ▶ **OTRAS**

Neoplasias: 6-12-24 meses

Neoplasia activa o
antecedente

Infecciones: 3 meses

- Infecciones SNC
- TBC
- Enf. Emergentes
- Bacteriemias
- Endocarditis

Tóxicos: 3 meses

- Cocaína
- Éxtasis
- Hidrocarburos
- Setas
- Insecticidas
organofosforados
- Etilengilcol
- Metanol
- Raticidas
- Otros. Especificar

Otras: 12-24 meses

- Esclerosis Lateral
Amiotrófica
- Lupus Eritematoso
- Esclerosis Múltiple
- Otros (enfermedades
poco frecuentes).

Infecciones:

- ❑ **Infección del SNC** como causa de muerte.
- ❑ **TBC:** Lesión sugerente de TBC activa en el momento de la donación o TBC actual con más de tres meses de tratamiento correcto. NO se incluyen los donantes con antecedentes de tuberculosis.
- ❑ **Enfermedades emergentes:** Presente en el momento de la donación (serología-aislamiento) o antecedentes en la historia clínica.
 - Virus del Nilo
 - Histoplasma capsulatum (Histoplasmosis)
 - Coccidioides immitis (Coccidiomicosis)
 - Blastomyces dermatitidis (Blastomycosis)
 - Leishmania (Leishmaniasis)
 - Plasmodium falciparum (Malaria)
 - Trypanosoma cruzi (Enfermedad de Chagas)
 - Leptospirosis
 - Fiebre botonosa del Mediterráneo
 - Otro. Específica
- ❑ **Bacteriemias**
- ❑ **Endocarditis**
- ❑ **Otros (especificar):**

En este apartado se contempla la posibilidad de incluir los casos de donantes con hemodilución cuando no existe muestra previa a las transfusiones que han generado dicha hemodilución

Neoplasias:

Donantes con **neoplasia activa** en el momento de la donación o con **antecedente de neoplasia**, en ambos casos con riesgo de transmisión al receptor. Quedan excluidos los tumores de piel de bajo grado (epiteliomas basocelulares y espinocelulares/epidermoides sin metástasis).

La **clasificación** establecida según su **localización** es la que sigue:

- Tumor SNC. Especificar. Además se debe incluir en alguno de los grados OMS (I, II, III, IV)
- Coriocarcinoma.
- Mama.
- Endometrio.
- Ovárico.
- Próstata.
- Testicular.
- Hepático.
- Esofágico.
- Colo-rectal.
- Pancreático.
- Orofaríngeo.
- Pulmonar.
- Hematopoyético.
- Sarcoma.
- Melanoma.
- Tiroides.
- Renal.
- Otros.

Neoplasias:

En todas las neoplasias se debe especificar:

- ☐ **Antecedente** (ya se ha finalizado el tratamiento) / **Activa** (hallazgo en la donación, o ya conocida y en fase de tratamiento).
- ☐ Resultado de la **anatomía patológica-histología**.
- ☐ **Tiempo** transcurrido desde el **diagnóstico** (o fecha de diagnóstico si se dispone de ella).
- ☐ **Tratamiento** recibido:
 - ☐ Cirugía
 - ☐ Quimioterapia
 - ☐ Radioterapia
 - ☐ Otro
- ☐ **Seguimiento**
- ☐ **Tiempo libre de enfermedad**. Tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento hasta el momento actual sin evidencia de recidiva
- ☐ Observaciones

Tóxicos

Tipo de tóxico:

- Cocaína
- Éxtasis
- Hidrocarburos
- Setas
- Insecticidas organofosforados
- Etilenglicol
- Metanol
- Raticidas
- Otros. En este caso especificar el tóxico encontrado.

Otros

Enfermedades que cumplen la definición de enfermedad rara de la UE:
prevalencia inferior a 5 / 10000 habitantes.

Otras

Fuentes de datos

1. Registro Nacional de Donación y Trasplante (CORE)

- Tipo de donante
- Grupo sanguíneo
- Género
- Causa y Fecha del fallecimiento
- Fecha de nacimiento o edad
- Peso / Talla
- Historia presente o pasada de adicción a drogas vía parenteral
- Historia presente o pasada de neoplasia
- Historia presente de otras enfermedades transmisibles
- Serología HIV; HCV; HBV. Otros marcadores serológicos
- Información básica necesaria para evaluar la función de los órganos valorados
- Historia médica del donante
- Datos físicos y clínicos
- Parámetros de laboratorio
- Tests de imagen y Pruebas complementarias
- Tratamientos recibidos

☒ Donante con Riesgo No Estándar

* Clasificación DRNE: Tóxicos

Cocaína

Éxtasis

Hidrocarburos

Setas

Insecticidas organofosforados

Etilenglicol

Metanol

Raticidas

Otro tóxico

© ONT 2011. Todos los Derechos Reservados





APLICACIÓN MÓVIL

PLATAFORMA WEB:

<http://drne.ont.es>

drne

Acceder



Estado Paciente

CancelDone

Vivo

Fallecido

Desconocido

Resumen

Fecha de Seguimiento
18/04/2013

Existe sospecha clínica de transmisión
No

Incidencias relacionadas/otras complicaciones
ninguna conocida

Estado Paciente
Vivo

Estado injerto
Funcionante

Trasplantectomía
No

Medidas adoptadas en relación con DRNE
ninguna

Observaciones
no es obligatorio

Fuentes de Datos

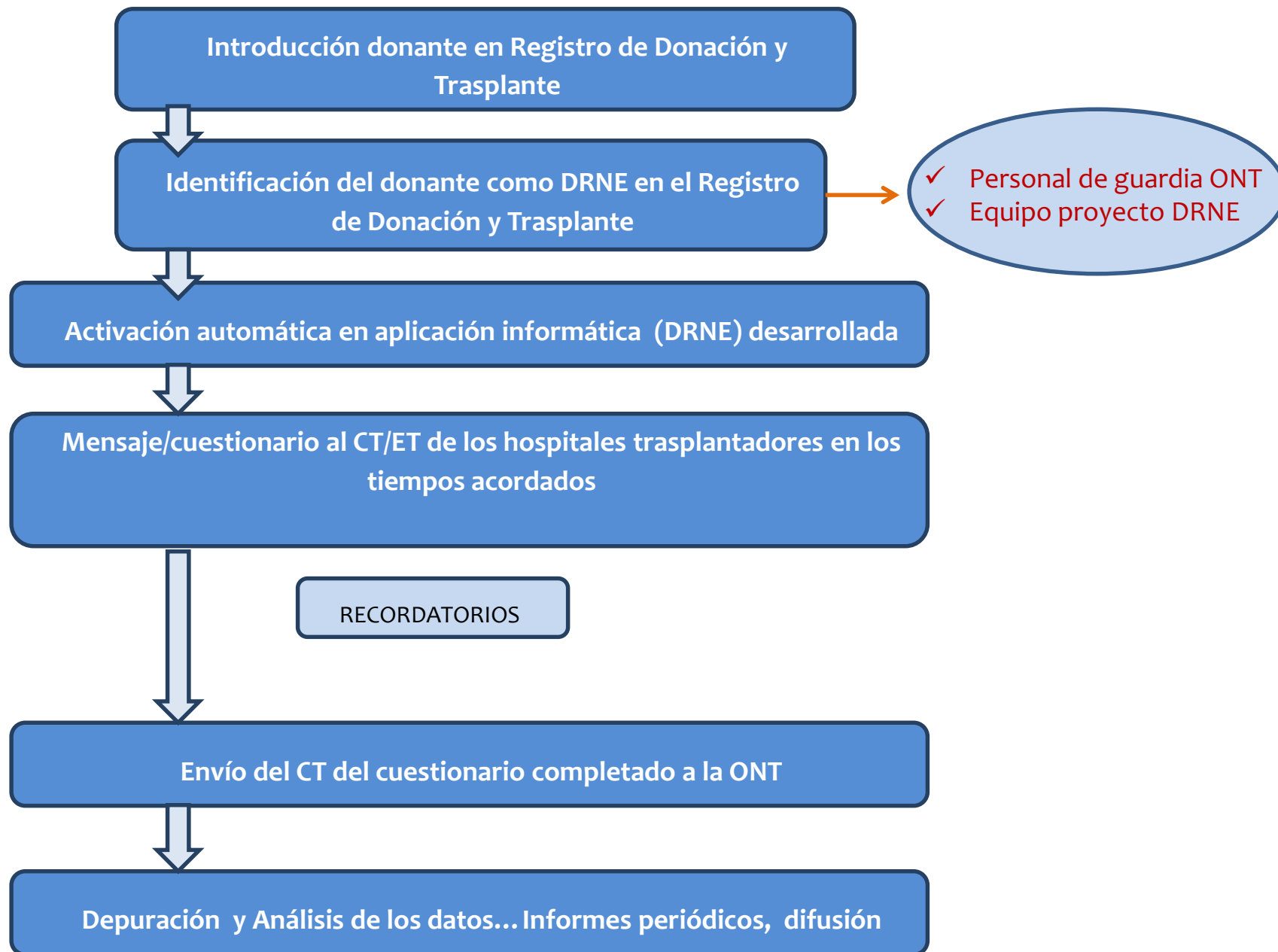
2. Plataforma web del proyecto DRNE

Recogida de datos de Receptores

- **QUÉ:** Set de datos mínimos
- **QUIÉN:** Coordinadores hospitalarios / Equipos de trasplante
- **CÓMO:** APP / PC
- **CUÁNDO:** Frecuencia de seguimiento depende del tipo de DRNE

ID paciente	CIP/DNI/nº SS CORE
Fecha del trasplante	dd/mm/aaaa CORE
Tipo de trasplante	CORE
Tipo de DRNE	Tipo de DRNE CORE (Neoplasia / Infección / Intoxicación / Otras)
Tiempo transcurrido desde el trasplante	Tiempo de seguimiento establecido por el sistema en función del tipo de DRNE
Fecha de seguimiento	dd/mm/aaaa
¿Existe sospecha clínica de transmisión?	Sí/ No/ Desconocido
Estado paciente	Vivo / Fallecido / Desconocido
Fecha de fallecimiento	dd/mm/aaaa
Causa de fallecimiento	Texto
Relación fallecimiento con DRNE	Sí / No / Desconocido
Estado injerto	Funcionante / No funcionante / Desconocido
Fecha de pérdida de injerto*	dd / mm / aaaa
Causa de pérdida del injerto	Texto
Relación de pérdida del injerto con DRNE	Sí / No / Desconocido
Trasplantectomía	Sí / No / Desconocido
Fecha de trasplantectomía	dd / mm / aaaa
Causa de trasplantectomía	Texto
Relación de trasplantectomía con DRNE	Sí / No / Desconocido

* Fecha de vuelta a la diálisis crónica (en caso de trasplante renal) y / o trasplantectomía y/o muerte





MINISTERIO DE SANIDAD,
CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

Organización Nacional de Trasplantes

DONANTES DE RIESGO NO ESTÁNDAR

España 2013-2016

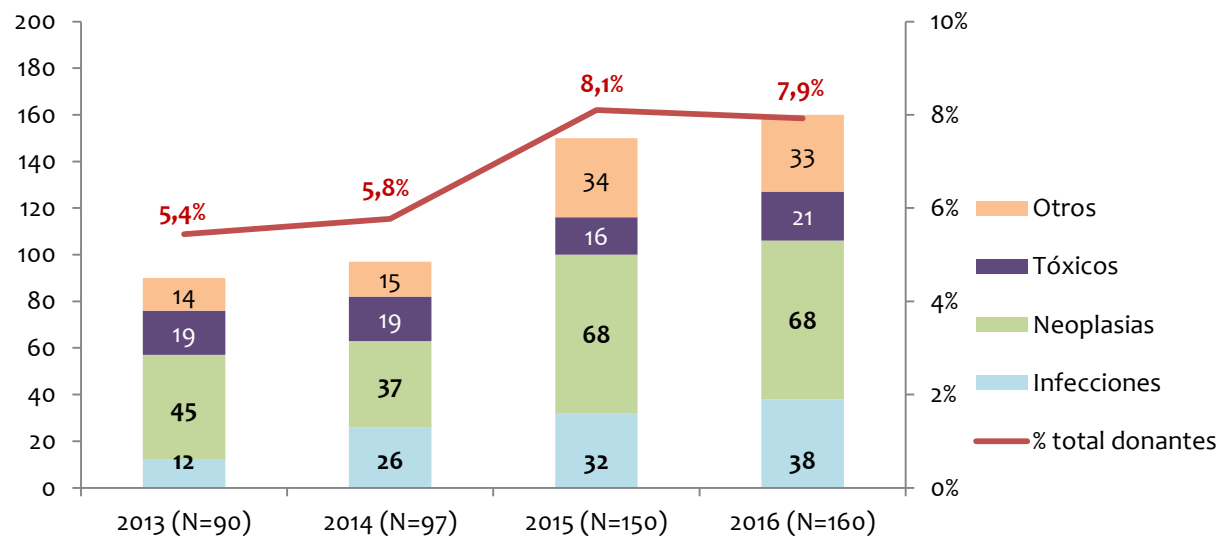
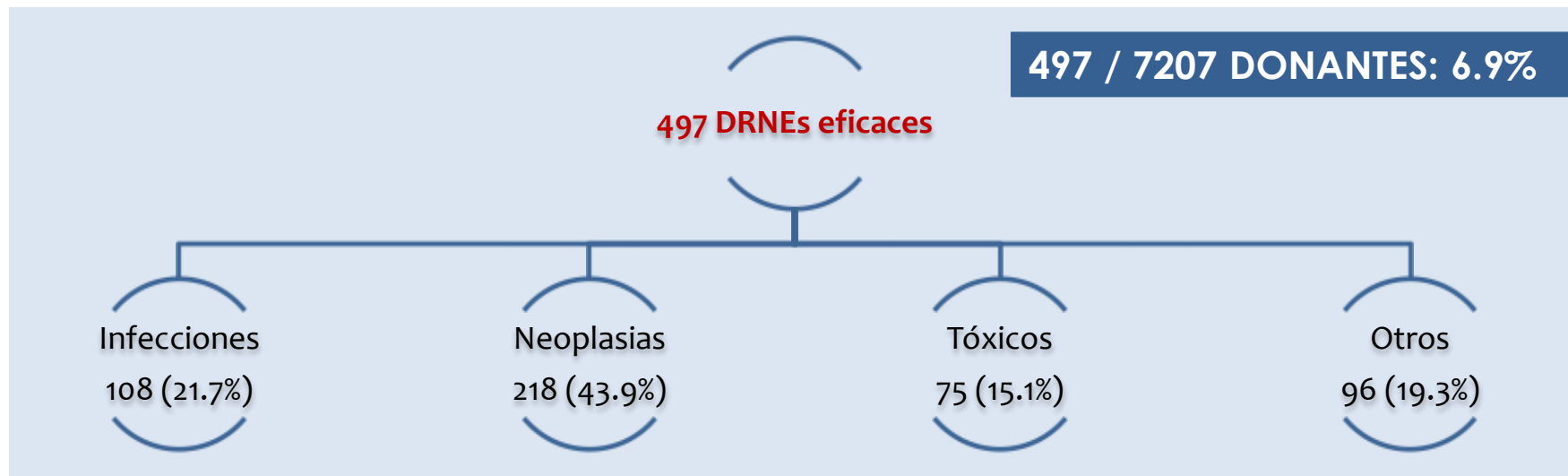


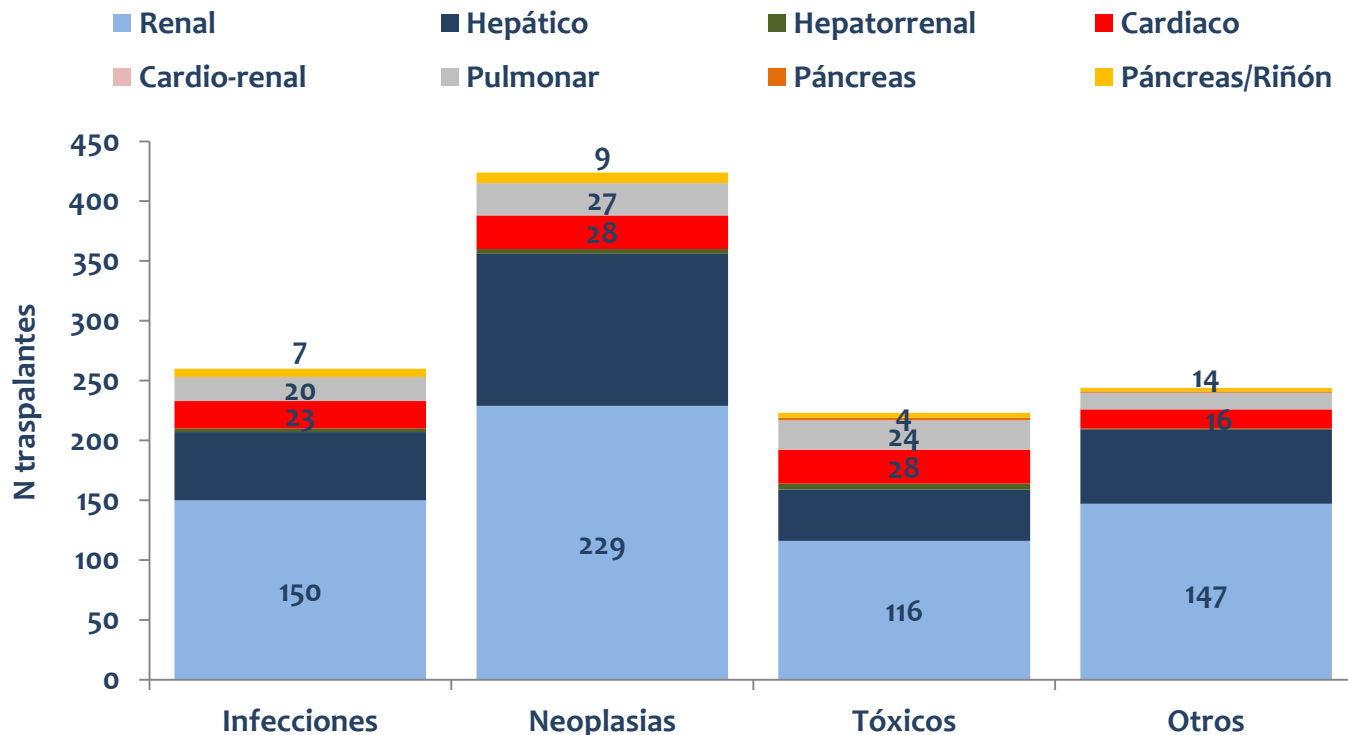
Informe elaborado por Beatriz Mahillo Durán y Carmen Martín
Delagebasala

Organización Nacional de Trasplantes

*...fin de seguimiento:
diciembre de 2018*

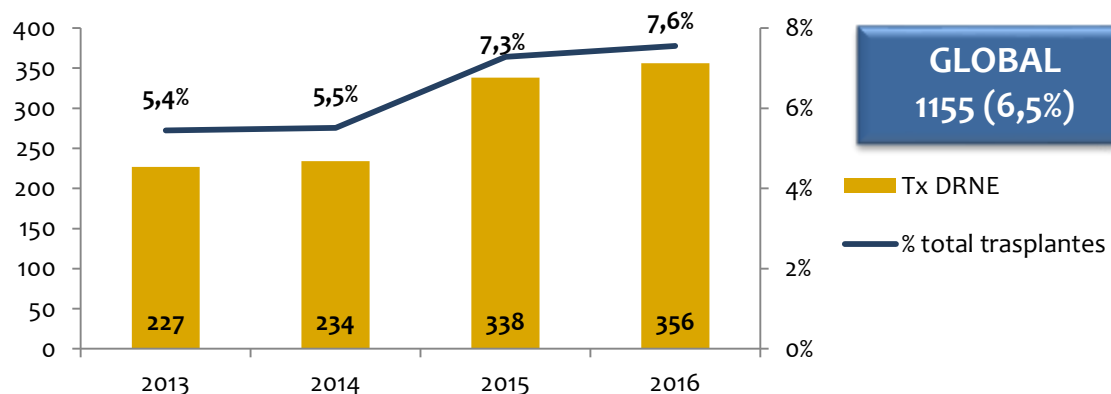
DRNES 2013- 2016



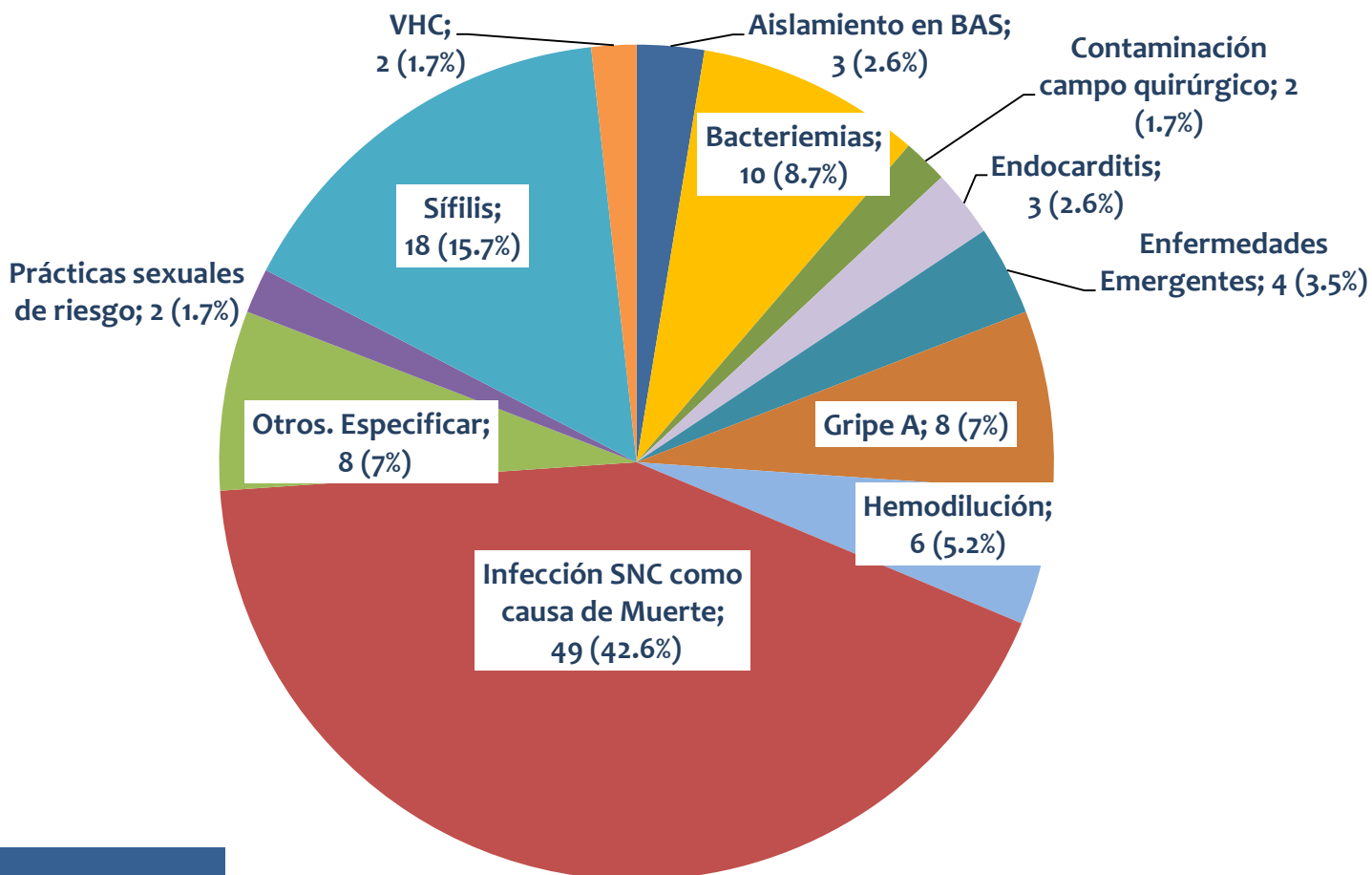


1155 trasplantes:

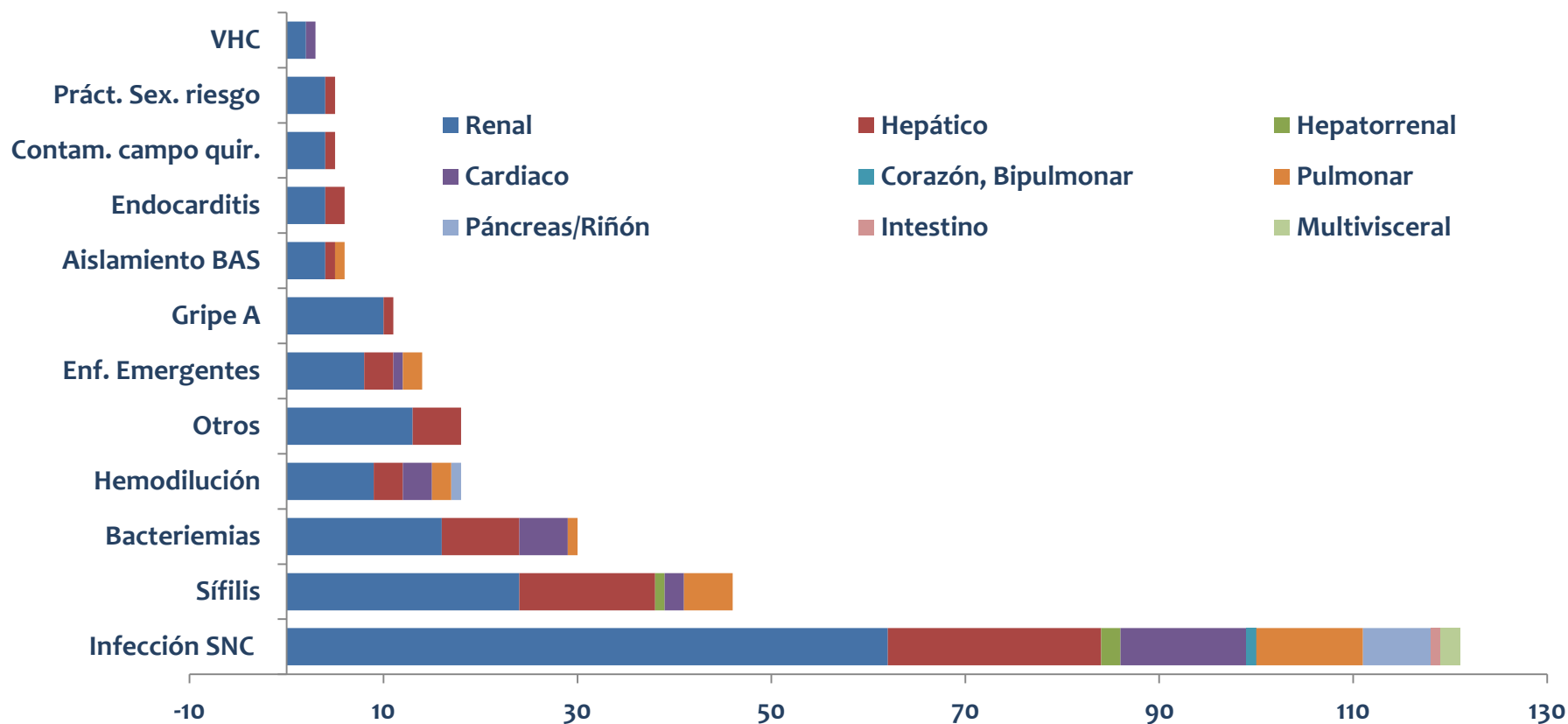
- 679 riñones
- 304 hígados
- 97 corazones
- 86 pulmones
- 28 páncreas
- 3 intestinos



DRNE 2013-2016: INFECCIONES

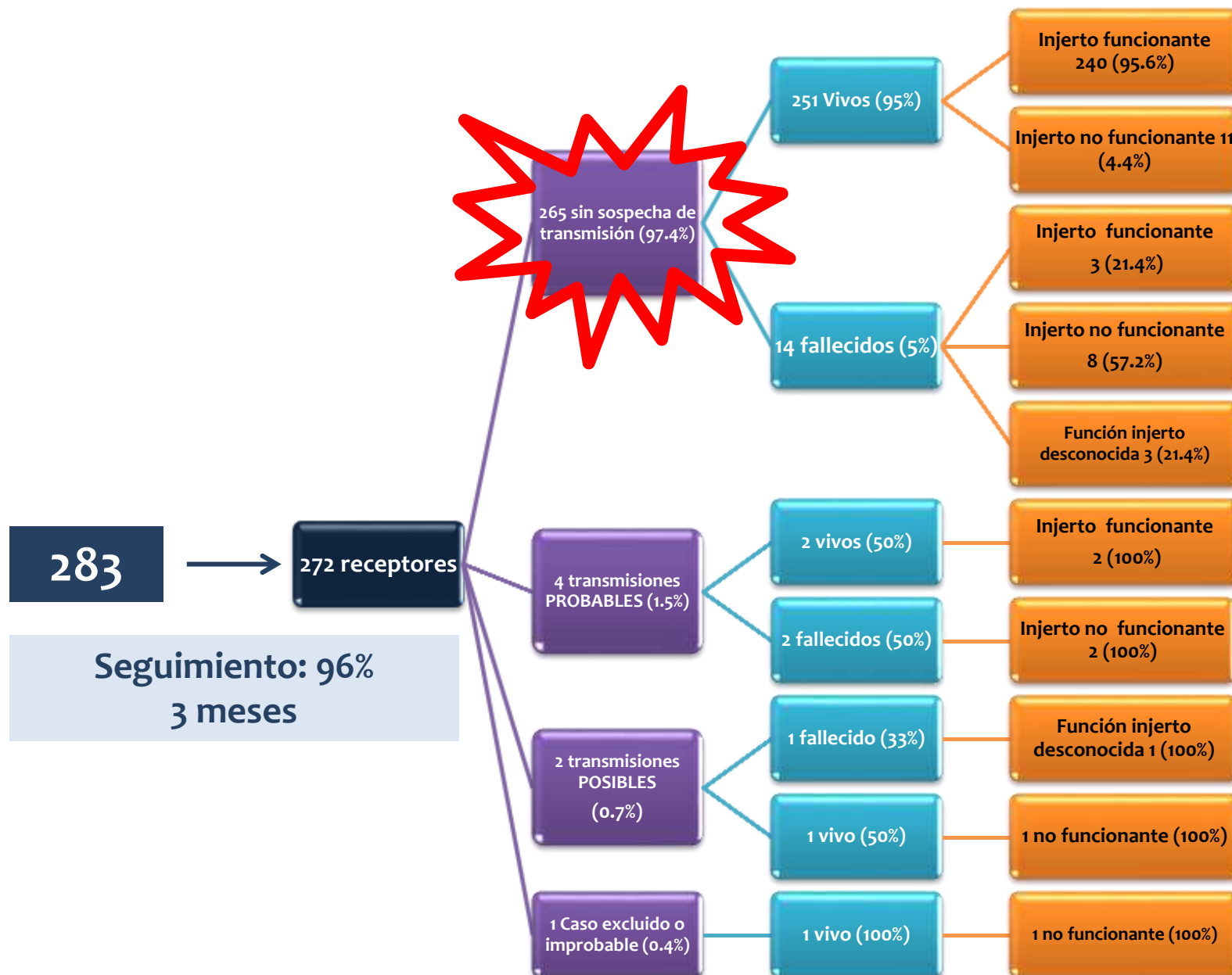


DRNE 2013-2016: INFECCIONES



283 trasplantes

DRNE 2013-2016: INFECCIONES. Seguimiento de receptores



HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD

ANEXO VI. EVALUACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD PARA REACCIONES ADVERSAS CONSISTENTES EN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DERIVADA DEL SISTEMA CREADO POR EL 'DISEASE TRANSMISSION ADVISORY COMMITTEE –DTAC'¹

EVALUACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD DE UNA REACCIÓN ADVERSA AL PROCESO DE DONACIÓN O AL ÓRGANO TRASPLANTADO

No evaluable	Los datos son insuficientes para evaluar la imputabilidad.
0 Excluida; Improbable	La evidencia es <u>concluyente</u> , más allá de la duda razonable, para atribuir la reacción adversa a <u>causas alternativas</u> . Hay evidencia <u>claramente a favor</u> para atribuir la reacción adversa a <u>causas diferentes</u> del proceso /órgano trasplantado.
1 Posible	La evidencia <u>no es clara</u> para atribuir la reacción adversa al proceso/ órgano trasplantado o a causas alternativas.
2 Probable	La evidencia está <u>claramente a favor</u> para atribuir la reacción adversa al <u>proceso / órgano trasplantado</u> .
3 Definitiva; Cierta	La evidencia es <u>concluyente</u> , más allá de la duda razonable, para atribuir la reacción adversa al <u>proceso / órgano trasplantado</u> .

No evaluable	Los datos son insuficientes para evaluar la imputabilidad
0 Excluida; Improbable	Sospecha de transmisión Y cumplimiento de <u>al menos una</u> de las siguientes condiciones: - Evidencia clara de una causa alternativa; - No infección por el mismo organismo en ningún otro receptor trasplantado del mismo donante, siempre que se hayan efectuado las pruebas diagnósticas adecuadas; - Evidencia de laboratorio de que el receptor tenía una infección por el mismo organismo o la enfermedad tumoral antes del trasplante.
1 Posible	Sospecha de transmisión Y - Evidencia de laboratorio de la presencia del organismo o la enfermedad tumoral en un solo receptor O - Datos que sugieren, pero no demuestran transmisión.
2 Probable	Se cumplen <u>las siguientes dos condiciones</u> : - Sospecha de transmisión Y - Evidencia de laboratorio de la presencia del organismo o el tumor en un receptor Y se cumple <u>al menos una</u> de las siguientes condiciones: - Evidencia de laboratorio de la presencia del mismo organismo o tumor en otros receptores; - Evidencia de laboratorio de la presencia del mismo organismo o tumor en el donante; Si hay evidencia de laboratorio previa al trasplante, dicha evidencia debe indicar que el mismo receptor era negativo para el organismo implicado antes del trasplante.
3 Definitiva; Cierta	Se cumplen <u>todas las condiciones siguientes</u> : - Sospecha de transmisión; - Evidencia de laboratorio de la presencia del organismo o el tumor en un receptor; - Evidencia de laboratorio de la presencia del mismo organismo o tumor en otros receptores (si hay receptores múltiples)*; - Evidencia de laboratorio de la presencia del mismo organismo o tumor en el donante; - Si hay evidencia de laboratorio previa al trasplante, ésta debe indicar que el mismo receptor era negativo para el organismo antes del trasplante.

4 transmisiones probables

TRASPLANTE CARDÍACO

Donante VCH+, PCR+. Receptor en situación de urgencia, Tratamiento con AAD, vivo con injerto funcionando 3 años después. RVS VHC.

MULTIVISCERAL

1 transmisión de MRSA del donante (fallecido por infección del SNC por MRSA). Tratamiento en el receptor, sin complicaciones derivadas

DONANTE CON BACTERIEMIA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE

... receptores cardíaco, hepático, 1 renal sin complicaciones

- ✓ 1 receptor renal: función inicial, mala evolución a partir del 4º día. Sepsis multibacteriana (K. pneumoniae)
- ✓ 1 receptor bipulmonar, fallecimiento 1 m postrasplante – FMO (BAS: Candida, Acinetobacter. HC: K. pneumoniae, S. epidermidis)

2 transmisiones posibles

DONANTE CON MENINGITIS BACTERIANA DECAPITADA

- ✓ 1 pérdida del injerto renal (no función desde el inicio, no transmisión) VIVO
- ✓ Receptor hepático fallecido por sepsis de origen incierto

... resto de receptores (renal) sin complicaciones

1 caso excluido o improbable

CONTAMINACIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO

- ✓ 1 pérdida del injerto renal (VIVO)

documento de
consenso para la
valoración de
donantes con
serología positiva
para el virus de la
hepatitis c

ONT · AEEH · GESITRA · SEC · SED

Grupo de Consenso para la
de donan
no

DONANTES VHC + en el PROYECTO DRNE

Datos preliminares

Inclusión de donantes con serología positiva para VHC si alguno de los receptores es seronegativo para VHC

30 donantes VHC +

7 donantes VHC +, PCR +:

- 1 trasplante cardíaco
- 1 trasplante hepático
- 8 trasplantes renales

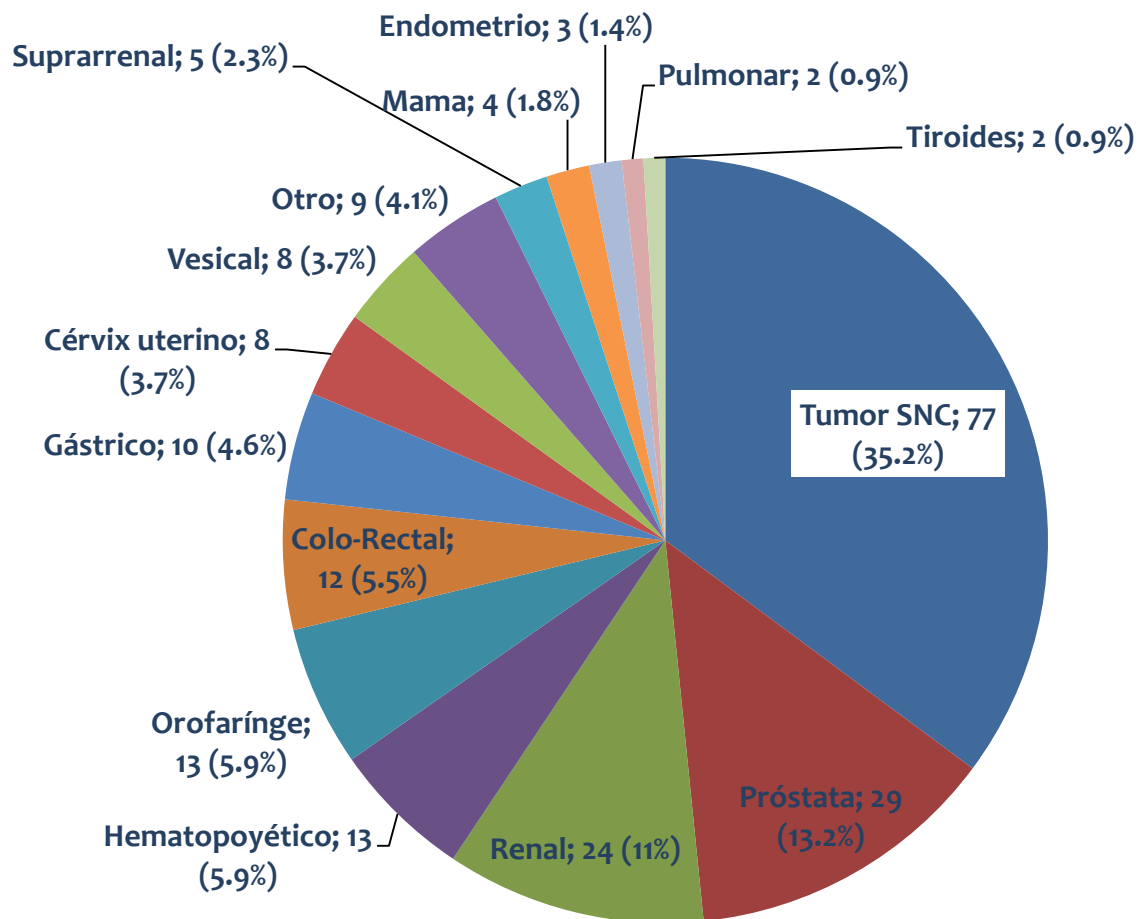
10 Receptores VHC –

23 donantes VHC +, PCR –:

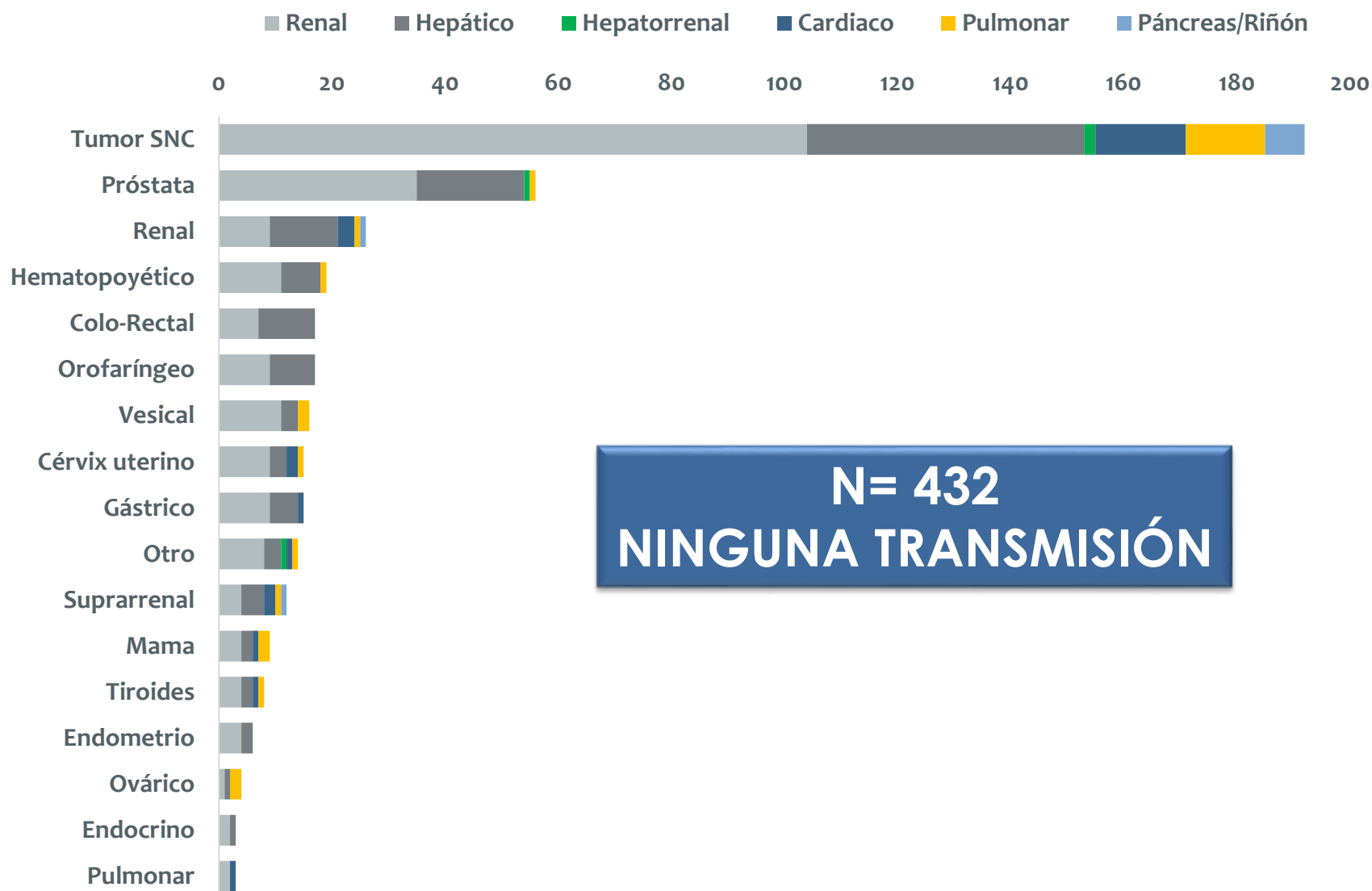
- 3 trasplante cardíacos
- 4 trasplantes bipulmonares
- 6 trasplantes hepáticos
- 35 trasplantes renales

48 Receptores VHC –

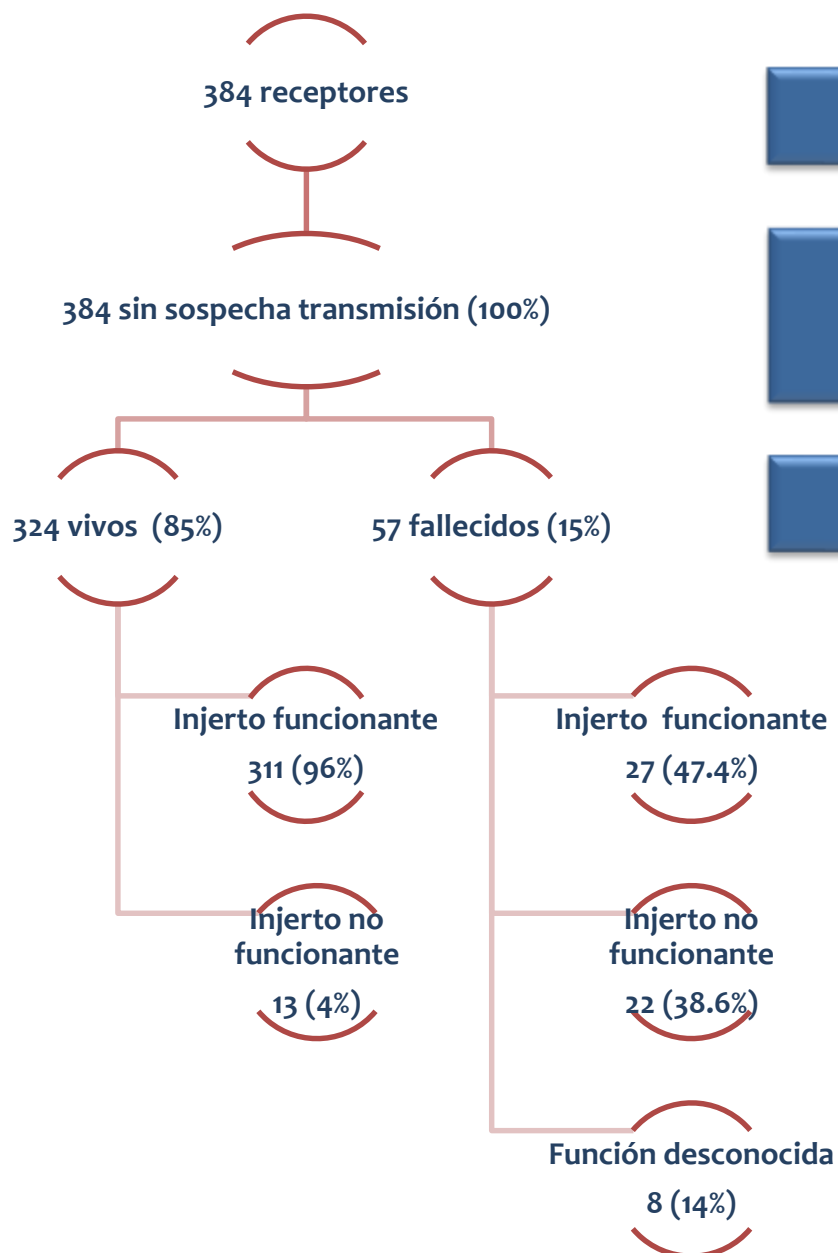
DRNE 2013-2016: NEOPLASIAS



DRNE 2013-2016: NEOPLASIAS



DRNE 2013-2016: NEOPLASIAS

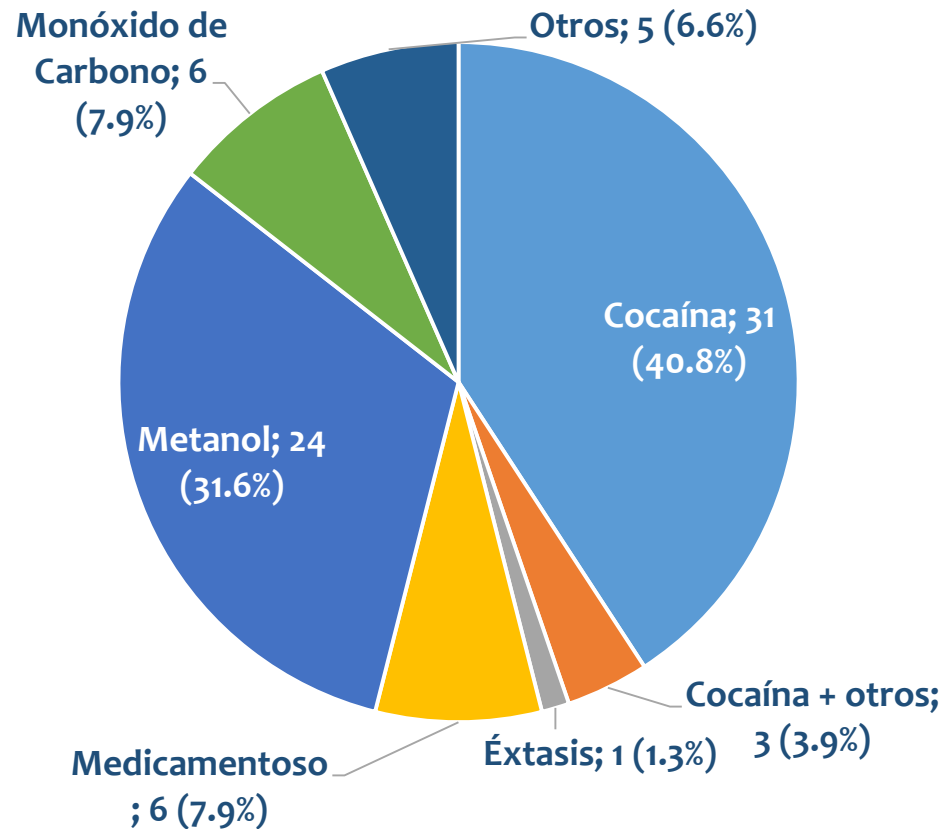


N= 432 receptores

Seguimiento: 89%
Mediana: 24 meses

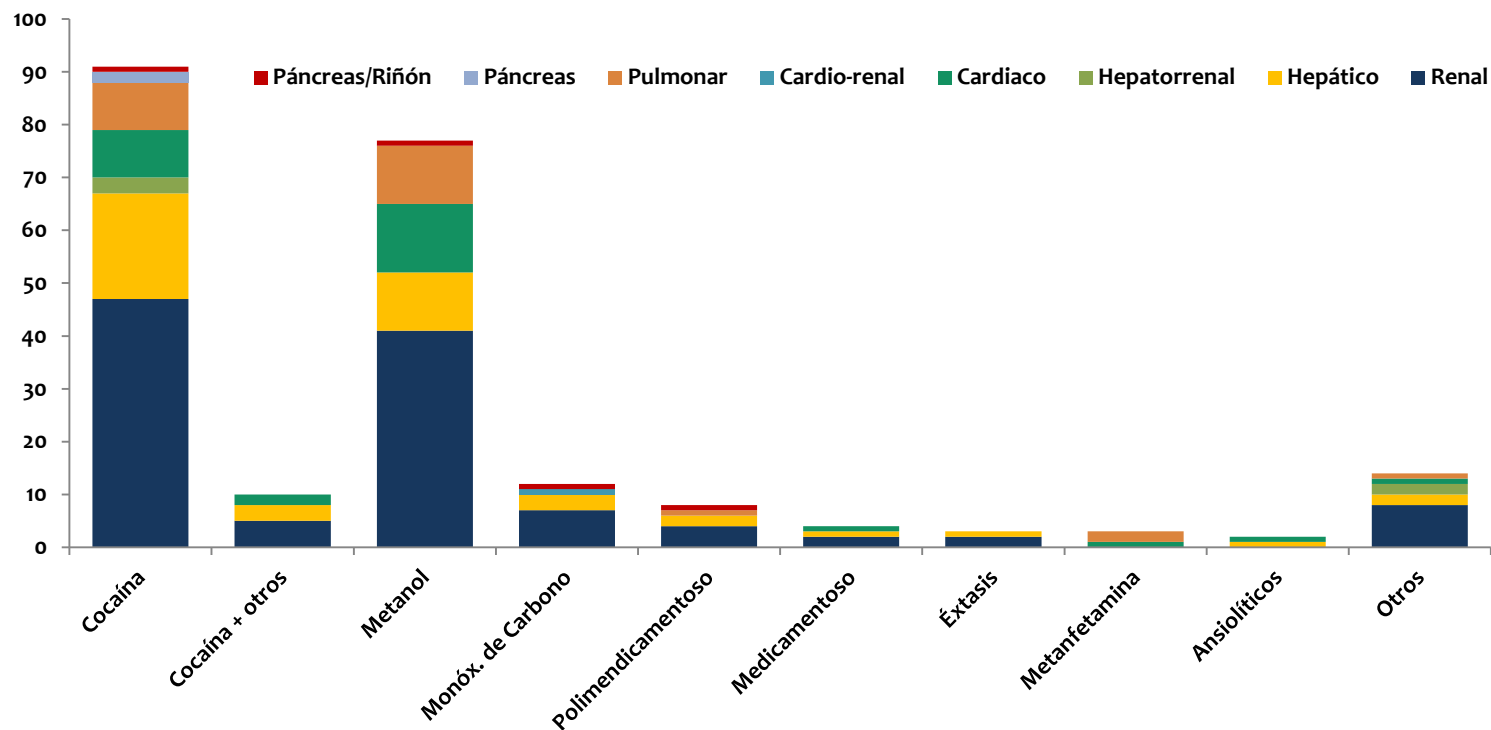
Ninguna transmisión

DRNE 2013-2016: TÓXICOS



76 donantes

DRNE 2013-2016: TÓXICOS



224 trasplantes

DRNE 2013-2016: TÓXICOS

N= 224

Seguimiento: 91.5%
3 meses

2 casos posibles

205 receptores

2 casos POSIBLES (1%)

203 sin problema
relacionado (99%)

2 fallecidos (100%)

188 vivos (93%)

15 fallecidos (7%)

Función desconocida
1 (50%)

Injerto no
funcionante 1 (50%)

Injerto funcionante
184 (98%)

Injerto no
funcionante
4 (2%)

Injerto funcionante
6 (40%)

Injerto no
funcionante 8 (53%)

Función desconocida 1
(7%)

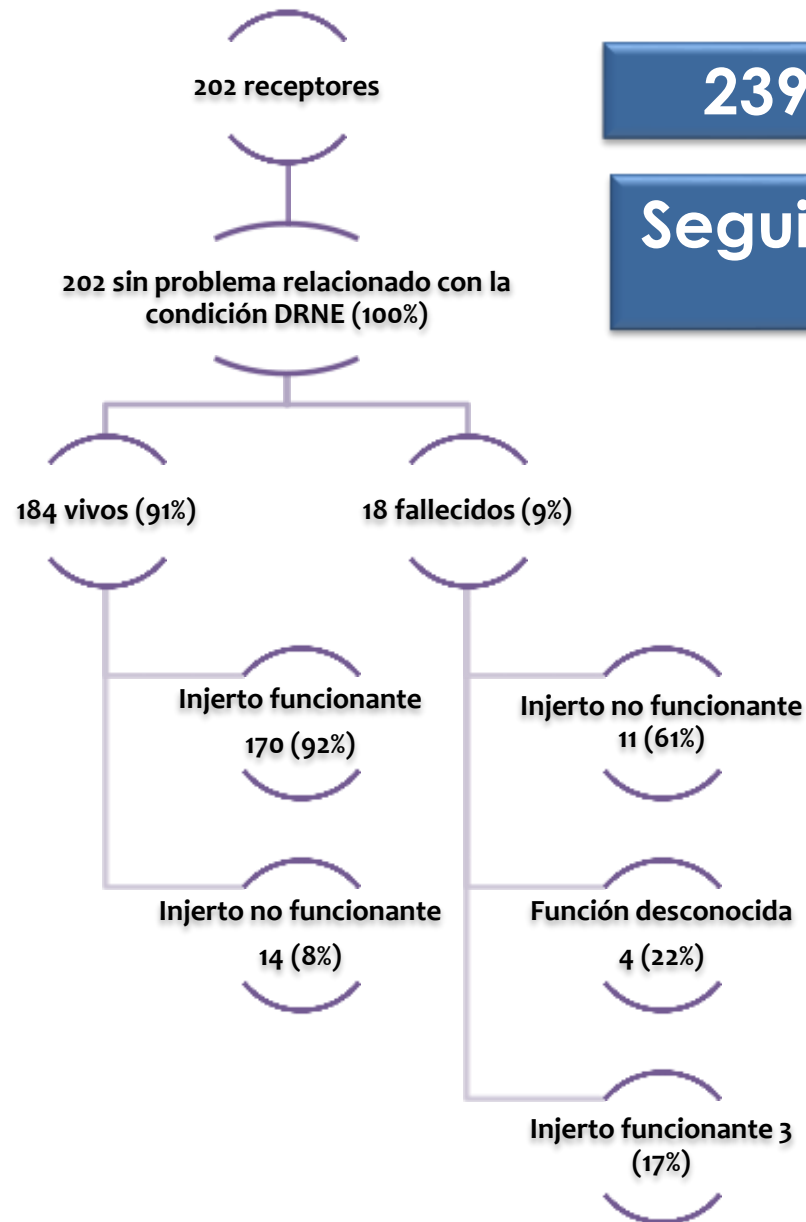
DRNE 2013-2016: OTROS

Esclerosis Lateral Amiotrófica	16	15.8
Lupus Eritematoso	8	7.9
Esclerosis múltiple	7	6.9
Alts. Protrombina	5	5.0
Enf. de Steinert	5	5.0
Hiperhomocisteinemia	3	3.0
Sdr. Antifosfolípido	3	3.0
Arteritis de la temporal	2	2.0
Déficit Factor VII	2	2.0
Enf. de Duchenne	2	2.0
Enf. de Rendu Osler Weber	2	2.0
Enf. Von Hippel Lindau	2	2.0
Factor V de Leyden	2	2.0
Hemofilia	2	2.0
Otros	2	2.0
PTI	2	2.0
Sdr. Marfan	2	2.0
Ataxia espástica familiar	1	1.0
Atrofia degenerativa terminal	1	1.0
Conectivopatía indiferenciada	1	1.0
Déficit de Antitrombina III	1	1.0
Displasia fibromuscular	1	1.0
Enf. Gilbert	1	1.0
Enf. Madelung	1	1.0

Enfermedad de Von Willebrand EeW	1	1.0
Fibrosis quística	1	1.0
Hemocromatosis	1	1.0
Inmunodeficiencia común variable	1	1.0
Miastenia Gravis	1	1.0
Miopatía congénita central core	1	1.0
Miopatía por déf. Acil CoA deshidrogenasa	1	1.0
Múltiples alergias alimentarias	1	1.0
Neurofibromatosis	1	1.0
Plaquetopenia y Leucopenia sin filiar	1	1.0
Reutilización de corazón trasplantado	1	1.0
Sarcoidosis Pulmonar	1	1.0
Sdr. Aceite tóxico	1	1.0
Sdr. Bourneville	1	1.0
Sdr. de Dravet	1	1.0
Sdr. de Dubin Johnson	1	1.0
Sdr. de Gardner	1	1.0
Sdr. de Gronblad-Strandberg.	1	1.0
Sdr. de Prader Willi	1	1.0
Sdr. de Simith Magenis	1	1.0
Sdr. de Towes Brocks	1	1.0
Sdr. de Williams	1	1.0
Sdr. de X fragil	1	1.0
Sdr. plaquetas grises	1	1.0
Tautopatía	1	1.0
Trombofilia	1	1.0
Vasculitis	1	1.0

N= 101

DRNE 2013-2016: OTROS



239 trasplantes

Seguimiento: 84.5%
24 meses

Proyecto DRNE: Supervivencia del paciente & supervivencia del injerto 1 año post-trasplante

Supervivencia 1 año	ÓRGANO TRASPLANTADO				
	Riñón	Hígado	Corazón	Pulmón	Páncreas
N	607	282	88	74	27
Paciente (%)	96	87	85	81	93
Injerto (%)	91	84			90
Injerto censurando fallecimiento(%)	94				96

REER (1985-2014)	ERA-EDTA	RETH	RETC	RETP	RETPan
	95.8%	91%	78%	81.4	97.9%
87% vs 90%	90.6%	85%			88.3%



Notas finales...

- ❑ El proceso de donación y trasplante debe llevarse a cabo en las mejores condiciones de **calidad y seguridad**, teniendo como objetivo **reducir el riesgo lo máximo posible** y evitar el daño innecesario, para garantizar los mejores **resultados** en el receptor, aunque sin olvidar que no se puede eliminar por completo este riesgo (**Riesgo cero no existe**).
- ❑ La **valoración individualizada del riesgo – beneficio** puede conllevar muchas dificultades, siendo complejo establecer los límites de lo que es aceptable o no. Un donante inaceptable o inapropiado para un receptor concreto puede salvar la vida de otro. La contraindicación absoluta sólo puede ser utilizada si ese donante no se puede ofertar para ningún receptor.
- ❑ Utilidad del **seguimiento de receptores** que han recibido un trasplante de un **DRNE**



La medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad
William Osler



ONT: Carmen Martín Delagebasala Enfermería & Médicos

CCAA	CENTRO	RESPONSABLE
Andalucía	COORDINACIÓN AUTONÓMICA	Pablo Castro de la Nuez
	H. REG. U. MÁLAGA	Pedro Ruiz Esteban
	H. U. PUERTA DEL MAR	Teresa García Álvarez Auxiliadora Mazuecos Blanca
	H. U. REINA SOFÍA	Manuel de la Mata García José María Dueñas Jurado Alberto Rodríguez Benot
	H. U. VIRGEN DE LAS NIEVES	Mª Carmen Gracia Guindo
	H. U. VIRGEN DEL ROCÍO	Lydia Barrera Pulido Luis Martín Villén
Aragón	H.C.U. LOZANO BLESA	Juan José Aráiz Budío
	H. MIGUEL SERVET	Agustín Nebra (Tx Cardíaco) Javier Paul Ramos (Tx Renal)
C. Foral de Navarra	C. U. DE NAVARRA	Montserrat Lorente Ruiz
Canarias	H. U. INSULAR DE GRAN CANARIA	José Blanco López Ernesto Fernández Tragarro
	H. N. SRA. DE LA CANDELARIA	Purificación Cerro López Sergio Tomás Rodríguez Ramos
	H. UNIV. DE CANARIAS	José Luis Iribarren
Cantabria	H. U. MARQUÉS DE VALDECILLA	María de los Ángeles Ballesteros Eduardo Miñambres García
Castilla La Mancha	H. U. GENERAL DE ALBACETE	Fernando García López Juan Pedro Olivás
	H. VIRGEN DE LA SALUD	José María Díaz Borrego
Castilla y León	C. A. SALAMANCA	Álvaro García Miguel
	H. U. VALLADOLID	Milagros Méndez Pascual Pablo Ucio Mingo
	H.U. DEL RÍO HORTEGA	Información de seguimiento no facilitada
Cataluña	FUNDACIÓ PUIGVERT	Francisco Caballero Flores Irene Silva Torres
	H. SANTA CREU I SANT PAU	Francisco Caballero Flores Laura López López
	H. U. DE SANT JOAN DE DÉU	Ana Vila Santandreu
	H. U. DE BELLVITGE	Eva Oliver Juan
	H. U. VALL D HEBRON	Teresa Pont Castellana
	H. U. GERMANS TRIAS I PUJOL	José María Mancíño Contreras

CCAA	CENTRO	RESPONSABLE
Cataluña	H. CLINIC BCN	Ramón Adalia Rebeca Roque Arda
	H. DEL MAR	Ana Zapatero
C. Valenciana	H. GRAL. U. DE ALICANTE	Carlos Santiago
	H. GRAL. U. DE ELCHE	Anna Baeza
	H. U. DR PESET	Susana Sancho Chinesta
	H. U. LA FE	Juan Galán Torres
Extremadura	H. U. INFANTA CRISTINA	Bella Marcelo Zamorano
Galicia	C.H.U. A CORUÑA	Fernando Mosteiro
	C.H.U. SANTIAGO	Carmen Rivero
Islas Baleares	H.U. SON ESPASES	Gonzalo Gómez Marqués
La Rioja	H. SAN PEDRO	Fernando Martínez Soba
Madrid	H. GRAL. U. GREGORIO MARAÑÓN	Braulio de la Calle Reviriego
	H. U. CLINICO SAN CARLOS	Cándido Pardo Rey
	H. U. RAMÓN Y CAJAL	Ana Fernández Rodríguez Adolfo Martínez Pérez
	H. U. LA PAZ / INFANTIL	Belén Estébanez Montiel
	H. U. PUERTA DE HIERRO	Marina Pérez Redondo Juan José Rubio Muñoz
	FUNDACIÓN JIMÉNEZ DIAZ	Rosa Jiménez Ruiz Beatriz Matesanz
	H. DOCE DE OCTUBRE	Amado Andrés Tomas Bello María Paz Cebrian Enriqueta Nuño Sofía Vázquez María Soledad Vereda
País Vasco	H. U. DE CRUCES	Montserrat López López
Ppdo. Asturias	H. U. CENTRAL DE ASTURIAS	Mª José Bernardo Rodríguez / Beatriz Díaz Molina/José Luis Lambert/ (Tx Cardíaco) Luisa González Diéguez (Tx Hepático) Minerva Rodríguez (Tx Renal)
Región de Murcia	H. U. VIRGEN DE LA ARRIXACA	Julio Domingo Zambudio Mario Royo Villanova