

# Aplicación del Modelo Español del Programa de Garantía de calidad en el Proceso de Donación y Transplante en Clínica Privada de Guayaquil

---

Tesina Curso de Coordinación de Transplante  
“Master Alianza”

Dra. Bettsy Recalde M.

20/03/2012

Revisión bibliográfica y experiencias sobre la documentación requerida durante los procesos y subprocesos de la Coordinación de Donación y Transplante extra e intrahospitalaria.

- Introducción y/o antecedentes

La actividad transplantológica en el Ecuador data de la década del 90`s del siglo XX, con intervenciones esporádicas de médicos cirujanos especializados en Europa y Norteamérica. Estas intervenciones fueron realizadas con el apoyo de Clínicas Privadas y la Junta de Beneficiencia que dieron empuje a un tipo de cirugía de avanzada para aquel entonces.

El pasado 4 de marzo del 2011, se publica en el Registro Oficial, la Ley Orgánica de Donación y Transplantes de órganos, tejidos y células, cuyo objetivo es garantizar el derecho a la salud de todas las personas en materia de transplantes. <sup>1</sup>

El Sistema Nacional de Salud en Ecuador, está constituido por todas aquellas entidades públicas o privadas que garantizan, de alguna forma el acceso, a la salud de todos los ecuatorianos. Así tenemos:

Entre las entidades públicas:

- 1.- Todos los hospitales y centros de salud del MSP, donde la atención es gratuita y su presupuesto proviene de fondos del Estado.
- 2.- Las empresas aseguradoras estatales cuyo presupuesto proviene de los afiliados: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de Policía (ISSPO), etc.

Entre las Entidades Privadas:

- 1.- Laboratorios Clínicos, de Imágenes, Clínicas, Hospitales y Consultorios Privados.
- 2.- Laboratorios farmacéuticos y Distribuidores de Medicamentos privados. Farmacias, etc.

Si bien la provisión de salud fragmentada y la proporción de provisión privada vs pública es mayor, la coordinación entre todos es posible gracias a la existencia del Consejo Nacional de Salud, donde quien preside es el Ministro de Salud Pública y está compuesto por los representantes de quienes componen el sistema en el país.

En la Ley de Donación y Transplante del Ecuador, se promueve la creación del Sistema Nacional Integrado de Donación y Transplante. <sup>1</sup>

Este sistema lo compone, además de las instituciones del Sistema de Salud antes indicadas, la función judicial, empresas de transporte terrestre, aéreo y fluvial, Fuerzas Armadas y Policía Nacional. <sup>1</sup>

Las metas y objetivos del ONTOT, apuntan al fortalecimiento y expansión de todos los esfuerzos de las entidades de salud públicas (gubernamentales y de la Seguridad Social), para concretar y desarrollar todas las terapéuticas disponibles de trasplantes de órganos.<sup>2</sup>

Al tener las bases legales, sólo queda que la implementación y los recursos sean adecuados a las necesidades de la población y las instituciones de salud.

Es ahora, cuando la información entre los hospitales transplantadores y donadores, con la ONTOT, debe observar los mismos parámetros.

La capacitación a los Coordinadores Intrahospitalarios deberá tener entre sus temas, la elaboración y complementación de herramientas necesarias para llevar una buena trazabilidad y estadística que nos permita garantizar la Calidad de los Procesos de Donación y Trasplantes en cada Hospital. Fortalecer al Coordinador Regional del ONTOT para que pueda recabar, sistematizar y analizar los datos de la región, y provea eficientemente a la Coordinación Nacional de los mismos.

De esta forma concretaremos uno de los objetivos del ONTOT que es el de “conocer la capacidad generadora de los hospitales y tasas de efectividad en detección de donantes, entrevistas familiares, mantenimiento del donante y la extracción multiorgánica. (web ontot, Reglamento a LODTOTC). Además de mantener un registro físico y computarizado de la actividad de donación y trasplante en el país, con el cual las Clínicas y Hospitales Transplantadores y Donadores tengan una línea base para autoevaluar el progreso de sus actividades.

#### - Material y métodos

Tomé diversos estudios de la literatura mundial, principalmente el modelo español. Use como buscador Google y las paginas web oficiales. La búsqueda bibliográfica tuvo como palabras claves: Garantía de Calidad, procesos de donación, procesos de trasplante, garantía+calidad+trasplantes+órganos.

Durante mi pasantía en el Hospital Puerta del Mar, por nueve semanas en la Coordinación de Donación y Trasplantes, identifiqué en cada proceso las actividades y la información que luego servirían para Garantizar la calidad del proceso de donación y trasplante, realicé un análisis descriptivo de la situación de la Coordinación de Trasplante de la Clínica en la cual laboro.

Objetivo.- Elaborar una propuesta de trabajo técnico - administrativo que sume el esfuerzo de las 3 Clínicas del Grupo Hospitalario Kennedy. Deseo que pudiera implementarse luego entre las 4 Clínicas acreditadas para transplantar con los hospitales de donde provienen los pacientes, para que entre todos junto el ONTOT mejoremos el número de donantes.

## - Resultados y discusión

### ***Entorno extrahospitalario del Hospital Clínica Kennedy.***

El Hospital Clínica Kennedy se encuentra ubicado en la ciudad de Guayaquil, República del Ecuador. Ecuador tiene 14'483.499 habitantes, mayoritariamente mestizos (fig 1 y 2). La Provincia del Guayas tiene 3'645.483 (fig. 1). Guayaquil, su capital, tiene 2'291.158. La provincia alberga múltiples culturas, mayoritariamente mestiza 67,5%, montubia 11,3%, afroecuatorianos y blancos 9,7% cada uno, e indígenas 1,3%, (fig 3). La zona rural de la Provincia tiene pocos centros de salud por lo que las personas enfermas vienen a esta ciudad a buscar una atención médica general, especializada y de mayor complejidad. Entonces los hospitales de Guayaquil atienden a una población de 3'954.176 habitantes que comprende las provincias del Guayas y Sta. Elena. El 63% de la población se encuentra entre los 15 y 64 años de edad como se observa en fig.4



Fig 1.

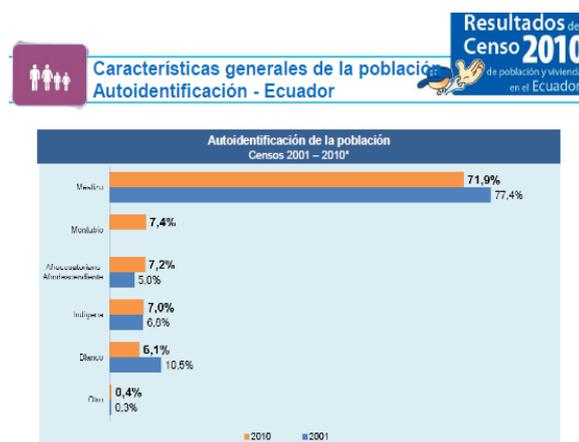


Fig 2.

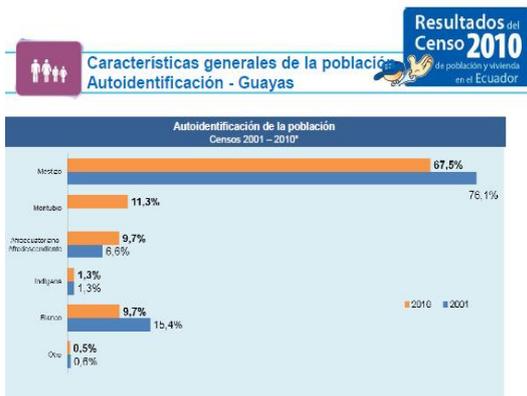


Fig. 3

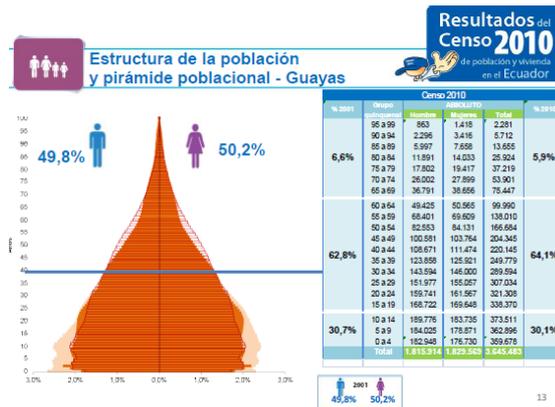
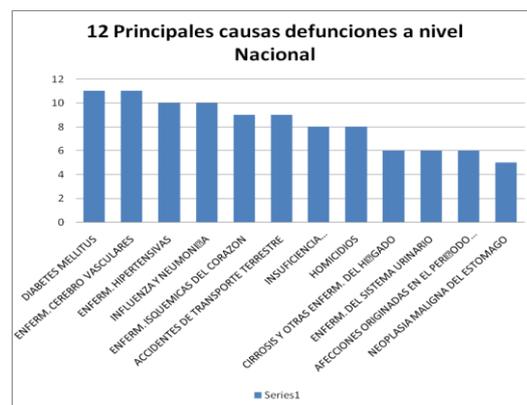


Fig. 4

Las principales causas de morbilidad a nivel nacional son infecciosas, complicaciones relacionadas al embarazo y parto, Hernia inguinal y traumatismo craneo encefálico. Los traumatismos craneoencefálicos están en octavo lugar con una tasa 6,1 por 10000 hab. Mientras que las causas de muerte son Diabetes 11%, las enfermedades cerebrovasculares 11% e hipertensivas 10%, las isquemias cardiacas y los accidentes de transito el 9% cada uno, de las muertes totales en el país. (Tab. 1 y Fig. 5)

Nº Orden	Código Lista	CAUSAS	NÚMERO DE EGRESOS	%	TASA <sup>1/</sup>
1º	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	37.393	3,4	26,3
2º	J18	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	33.710	3,1	23,7
3º	K80	COLELITIASIS	29.985	2,8	21,1
4º	K35	APENDICITIS AGUDA	25.634	2,4	18,0
5º	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO	23.304	2,1	16,4
6º	O47	FALSO TRABAJO DE PARTO	14.408	1,3	10,1
7º	K40	HERNIA INGUINAL	14.143	1,3	10,0
8º	S06	TRAUMATISMO INTRACRANEAL	11.472	1,1	8,1
9º	O34	ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ORGANOS PELVIANOS DE LA MADRE	10.049	0,9	7,1
10º	O23	INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	9.689	0,9	6,8
	O60	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	119.353	10,9	
	O62	PARTO ÚNICO POR CESÁREA	68.525	6,3	
	O61, O63, O64	OTROS PARTOS	522	0,0	
		SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NCOF (CAP. XVIII)	29.588	2,7	
		LAS DEMÁS CAUSAS DE MORBILIDAD	662.428	60,8	
		<b>TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS</b>	<b>1.090.263</b>	<b>100,0</b>	
		Población Estimada Año 2010 1/	14.204.900		

1/ Proyecciones de Población 2001 - 2010 INEC - CEPAL  
 -- Tasas por 10.000 habitantes



Fuente: www.inec.gov.ec

### **Sistema de Salud en Guayaquil.-**

Los Hospitales del Sistema de Salud en Guayaquil que tienen Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que hasta la actualidad intervienen en el Sistema de Donación y Transplante son principalmente:

Entre las Entidades públicas:

- Hospital Abel Gilbert (general), Hosp. Fco de Icaza Bustamante (Pediátrico) del MSP.
- Hosp. Teodoro Maldonado Carbo Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Hospital Naval y Milita (ISSFA); Hospital de La Policía (ISSPOL).

Entre las Entidades Privadas:

Sin fines de lucro u Organizaciones no gubernamentales:

- Hosp. Luis Vernaza y Hosp. Roberto Gilbert de la Junta de Beneficencia.
- Hospital Oncológico de SOLCA. (Sociedad de Lucha Contra el Cancer).

Con Fines de lucro:

- Clinica Kennedy, Clínica Alcívar, Omnihospital, Clínica Guayaquil.

En la Tabla 2 podremos observar que el número de camas en UCI en los Hospitales que están acreditando al Programa de Donación y Transplante; no he obtenido datos del Omnihospital y la Clínica Alcívar, ambas son privadas.

Nombre del Hospital	No camas total	No camas UCI
Kennedy	110	10
SOLCA	147	10
HLVernaza (JNB)Emerg Cuidados Intensivos	923 camas total	17 45
HTMC (IESS)	427	11
Hosp. Militar	113	5
Hosp Abel Gilbert Ponton	254	8
TOTAL	2059	106

Fuente: Trabajos de investigación de ESPOL.

Tab. 2

### **Donación y trasplante:**

En el Ecuador la tasa de Donación de órganos es de 2,5 pmp, una de las más bajas de Latinoamérica. No encontré registros desagregados por provincia. El 64% de las instituciones acreditadas para trasplante son privadas y las restantes públicas (Tab. 3). El 81% de los trasplantes son realizados por instituciones privadas y el 19% por las públicas a nivel nacional (Fig.6).

En la Provincia del Guayas, sólo una institución pública está acreditada para Banco de ojos, 3 clínicas privadas y 2 ong`s (fondo privado y público) para trasplantes.

CUADRO COMPARATIVO Y PORCENTUAL  
SEGÚN TIPO DE UNIDAD  
TRASPLANTADORA ACREDITADA EN EL  
ECUADOR EN EL AÑO 2011

UNIDADES ACREDITADAS POR EL ONTOT		%
PRIVADAS	23	64%
MSP	7	19%
SEGURIDAD SOCIAL	3	8%
BANCO DE TEJIDOS	3	8%
TOTAL	36	100%

Tab. 3



Fig. 6

El Hospital Clínica Kennedy (HCK) parte del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Nacional Integrado de Donación y Trasplante; con actividad transplantológica desde 1994 y acreditados para Trasplante de Corazón, Riñón y Médula Ósea, éste último está en proceso de renovación de acreditación en la actualidad. Estamos acreditados por el MSP, IESS y ONTOT como Hospital de atención de tercer nivel.

En cuanto al entorno intrahospitalario puedo indicar que el Hospital Clínica Kennedy atiende pacientes particulares y asegurados. Mantiene un convenio

con el Inst. Ecuatoriano de Seguridad Social atendiendo así, a pacientes afiliados remitidos por la Subdirección del IESS o las emergencias de cualquier afiliado que por su cuenta llega a la Clínica; son atendidos gratuitamente y facturado al IESS quien cancela los haberes según el tarifario acordado.

La Clínica dispone de 110 camas hospitalarias y 10 en Unidad de cuidados Intensivos; cada cubículo cuenta con un respirador y monitores necesarios para la óptima atención del paciente.

El criterio para el ingreso de un paciente a UCI es que haya una cama disponible y que no sea mayor de 80 años con cáncer terminal. Siempre se podrá adecuar un cubículo con 2 camas adicionales y respirador para casos de Urgencia o Desastres.

Egresos totales de la Clínica Kennedy en el 2011: 5857 pacientes.

Egresos de UCI 2011, 120 pacientes. En la estadística actual no consta el paciente que egresa de UCI y pasa a piso hasta su Alta a casa. Sólo constan los pacientes que después de una intervención hemodinámica pasan a UCI – recuperación y son dados de alta a casa o los que fallecen.

La mortalidad en UCI en el 2011: 92 pacientes

25 por patologías cardiovasculares. 20 por patologías abdominales. 16 por patologías neurológicas. 18 por patologías pulmonares y /o vías respiratorias 8 por patologías, renales, urológicas y 5 por otras causas

Fallecidos en Muerte cerebral: durante el año 2011 están registrados 3 pacientes han fallecido en muerte cerebral de los cuales sólo uno fue notificado y se dio la donación multiorgánica. Los demás fueron pacientes de 75 años con accidente cerebro vascular y otro de 59 años de edad con hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma cerebral, no fueron notificados.

En el año 2010, de los 88 pctes. fallecidos ninguno fue con muerte encefálica.

Total fallecidos en UCI, HCK	No de ME	%ME/fallecidos total	donante real	Donantes reales/ME
92	3	3,26%	1	100%

Tabla 4

#### Epidemiología de la muerte encefálica

Epidemiología de las muertes encefálicas	
Media de edad en años	51,66
% de fallecidos por ACV	66,6
% de fallecidos por TCE	33,3
% de fallecidos por otras causas	0
% de fallecidos sin causa registrada	0

Tabla 5

Epidemiología de los donantes de organos	
Media de edad en años	21
% de fallecidos por ACV	0
% de fallecidos por TCE	100
% de fallecidos por otras causas	0
% de fallecidos sin causa registrada	0

Tabla 6

#### **Funcionamiento del centro.-**

Es una Clínica Privada, forma parte de un Grupo Hospitalario junto a 2 clínicas ubicadas en otra zona residencial y en otro cantón. Cuenta con profesionales especialistas, algunos trabajan por horas en un Hospital Público y luego atienden pacientes particulares, pacientes afiliados al IESS (público) o de otros seguros privados que ingresan a la clínica a través de la Emergencia o por transferencia. Existe un grupo de médicos especialistas que atienden a la llamada en turnos, cubriendo así todos los días del año.

Los equipos de transplantes están conformados por médicos de ejercicio privado que aceptaron el convenio de la Clínica Kennedy con el IESS para

realizar las valoraciones pre trasplante, la extracción, el trasplante en sí, y el seguimiento durante un año a los pacientes transplantados.

Actualmente se está ampliando el contrato para la atención pre trasplante del paciente afiliado al IESS, el seguimiento del mismo en lista de espera, con la finalidad de que el paciente no requiera esperar turno para ser atendido en los centros de salud del IESS.

**Capacidad generadora de donantes en HCK.-** En la clínica los pacientes ingresados a UCI en el 2011 fue de 5519 y el total de egresos por fallecimiento de la UCI es de 120, es decir, el 2,17%. Los fallecidos en muerte encefálica están diagnosticados en la UCI y permanecen en la UCI, la cual tiene 10 camas teniendo un total de fallecidos en UCI de 92, es decir el 3,26%. El porcentaje de muertes encefálicas vs el total de fallecidos en el Hospital fue del 2,1%

Total fallecidos en HCK	Fallecidos en UCI- HCK	No de ME	% ME / fallecidos Clínica	%ME/fallecidos total UCI -HCK	PGC Mod. Español / Exitus UCI Polivalente
133	92	3	2,1%	3,26%	12,9%

Tabla 7

**La efectividad global del proceso:-**

Del único paciente donante real, el proceso se llevó a cabo en su totalidad, se trato de una persona con TCE por accidente de tránsito que terminó en muerte cerebral, se realizo el diagnóstico clínico e instrumental y fue corroborado por 3 médicos que no pertenecían al equipo de trasplante; el familiar donó todos los órganos excepto tejidos. El hígado no se extrajo porque el equipo de trasplante hepático no pudo viajar hasta Guayaquil a tiempo.

Las causas de pérdida durante el proceso de donación nunca antes habían sido registradas por tanto no tenemos datos si hubo problemas de mantenimiento, contraindicaciones médicas, negativas familiares, etc.

Luego de poner sobre el papel nuestra realidad como profesional sanitario identifíco lo siguiente:

Fortalezas:

1. Ley Orgánica de donación y Transplante, reformada y ampliada, vigente desde el 4 de marzo del 2011.
2. Participación activa en las reuniones de elaboración del Reglamento a la Ley Orgánica de Donación y Transplante.
3. Convenios vigentes del Ministerio de Salud Pública con Organizaciones de Transplantes Internacionales: España, Argentina, Italia.
4. Implementación inmediata de formularios enviados por MSP, IESS y ONTOT.
5. Reuniones semanales con el Staff Médico de la Clínica para revisión de casos.
6. Existencia de 2 Clínicas adicionales en el Grupo Hospitalario Kennedy.

Debilidades:

1. Escasas reuniones entre las Clínicas, IESS, MSP, MIESS y ONTOT para consensuar procedimientos técnicos y administrativos.
2. Falta de criterios de distribución de órganos reglamentada. (Reglamento en desarrollo).
3. Sistema de ambulancias de diferentes prestadores que aún no se integran a las reuniones de Coordinación en Donación y Transplante.
4. Débil integración de Comisión de tránsito, aviación y juzgados al Sistema de Donación y Transplante (en proceso).
5. Escaso presupuesto para capacitación continúa en detección y mantenimiento del donante en muerte encefálica.

6. Alto porcentaje de la población que no conoce de la existencia de programas de donación y trasplantes.
7. Difícil acceso a datos de camas de UCI o mortalidad en UCI por ciudad o por clínica.
8. Inexistencia de protocolo de coordinación logística interhospitalaria.
9. Falta de presupuesto para Tx Cardíaco en Programa de enfermedades catastróficas del MIES.
10. Mecanismos administrativos y financieros no protocolizados ni socializados que dificultan el pago de las actividades de donación y trasplante.
11. Desconocimiento de parámetros necesarios de registrar para llevar una gestión de Garantía de Calidad en proceso de donación y trasplante.
12. Falta de sistematización de flujo de proceso de donación y trasplante para su aprobación y elevación a la intranet de la Clínica Kennedy.
13. Débil integración de médicos intensivistas y neurocirujanos privados al Sistema Donación y Trasplante

#### Oportunidades

1. Voluntad Política de mejorar sistema sanitario público.
2. Aumento de presupuesto para el sistema sanitario Público en revisión.
3. Lista Única de espera Nacional en ONTOT
4. Reglamento a la Ley aún en revisión.
5. Participación de hospitales y equipos de trasplantes en la revisión de reglamentos a la Ley.

6. Voluntad de los directivos del Grupo Hospitalario Kennedy de mejorar la Coordinación de Transplantes de la Clínica Kennedy (sede Policentro) con otras clínicas y Hospitales de la región y país.

#### Amenazas

1. Funcionarios Públicos con de contratos anuales y no por concurso lo que podría provocar que a profesionales capacitados sus contratos no sean renovados.
2. Durante las estaciones invernales en la Costa, hayan desastres naturales y epidemias que provoquen mayor ocupación de camas en urgencias y UCI y priorización de presupuestos.
3. Dificultades en la coordinación interinstitucional.
4. No aprobación o escaso presupuesto para el pago de actividades de los procesos y actividades del Proceso de Donación y Transplante en Hospitales Públicos.

Los cambios que se requieren en el nivel gobernante y ejecutivo de la sanidad pública para generar donantes en Muerte encefálica, no se pueden hacer en corto tiempo ni veremos sus resultados en el mediano plazo. Debido a esto me parece importante que los hospitales que tienen años de experiencia en transplantes aporten al fortalecimiento del Sistema de Donación y Transplante, desde su competencia.

#### **-Recomendaciones.-**

Para el Grupo Hospitalario en el cual laboro, propongo lo siguiente

1. Poner en conocimiento de los Clínicos especialistas (nefrólogos, cardiólogos, hematólogos e intensivistas) del Staff de las clínicas del

Grupo Hospitalario, los Protocolos y documentación anexa técnico administrativa del Proceso de Donación y Transplante.

2. Capacitación para coordinadores de transplante intrahospitalarios del médico intensivista y emergenciólogo de las sedes HCK Alborada y HCK Samborondón
3. Sistematizar e institucionalizar las actividades del Proceso de Donación y Transplante en el Grupo Hospitalario Kennedy.
4. Fortalecer el Sistema de Bioestadística e indicadores.

Para el cumplimiento de la tercera línea estratégica, gestionaremos el proceso de donación siguiendo el modelo español *incluyendo en el mismo las particularidades del sistema de salud ecuatoriano*.

### **El proceso de Donación y Transplante de órganos sólidos:**

Generalidades:

1. Designación: Proceso de atención al paciente con enfermedad grave cuya única terapéutica es el transplante.
2. Definición funcional: Proceso médico quirúrgico por el que un paciente afecto de enfermedad crónica o aguda en estado de gravedad es evaluado e incluido en lista de espera para sustituir su órgano enfermo por el órgano de un donante, mediante la valoración y aceptación del dicho donante, transplante y seguimiento de manera continua para normalizar la función, aumentar su supervivencia y mejorar su calidad.

3. Límites de Entrada:

Solicitud de valoración de paciente como candidato a transplante en la UT de la clínica transplantadora, realizada por:

- Cardiólogo, nefrólogo o hematólogo del hospital de referencia.

- Otros especialistas hospitalarios (pediatra, internista).
- Cirujano Vasculador.

#### 4. Límites finales:

Se podrían producir en las siguientes situaciones:

- Contraindicación definitiva para la entrada en lista de espera
- Exclusión definitiva en lista de espera.
- Fallecimiento tras inclusión en lista de espera.
- Fallecimiento del receptor transplantado.

#### 5. Observaciones:

Por la complejidad del proceso es mejor distinguir las siguientes etapas:

- Evaluación inicial.
- Inclusión, seguimiento y gestión de lista de espera.
- Seguimiento del paciente crítico en Código 0.
- Evaluación del donante y Proceso de donación.
- Hospitalización del paciente tras la aceptación del donante y acto quirúrgico.
- Pos operatorio inmediato tras el trasplante.
- Hospitalización en piso.
- Seguimiento extrahospitalario.

#### **Componentes y actividades del proceso de trasplante:**

1.- Envío del paciente al especialista de referencia.- El médico general cualquier hospital o consulta (público o privado) envía el paciente al especialista con la hoja de epícrisis a la cual se adjunta datos específicos según Hoja de Interconsulta. (Form. 007-MSP).

2.- Evaluación previa del paciente.- El especialista de referencia evalúa al paciente según Protocolos de Evaluación Pre trasplante dependiendo del órgano que requiera ser transplantado, y, Protocolos de Indicaciones y contraindicaciones de Trasplante.

3.- Envío al paciente a la UT.- El especialista de referencia envía a la Unidad de trasplante de su hospital un informe de acuerdo a protocolos pretrasplante solicitando a la Unidad de trasplante su valoración.

4.- *TRAMITE ADMINISTRATIVO INTERINSTITUCIONAL:*

Si el paciente es afiliado al IESS, el Jefe del Servicio deberá emitir un informe a la Dirección del Hospital indicando que el paciente deberá ser transferido a una Clínica donde se tenga convenio. El Director del hospital mediante oficio anexa el informe del médico a la Subdirección del IESS y ésta realiza la transferencia a la Clínica transplantadora. En el caso de pacientes del ISSFA e ISSPOL la situación es similar. Si el paciente no es afiliado será el Min. Inclusión Económica Social (MIES-MSP) quien financie su tratamiento con los hospitales con quienes tengan contrato. Los Hospitales de referencia serían el Hosp. Abel Gilbert y el Fco. Icaza Bustamante, quienes tienen servicios de especialidades.

5.- Finalización del estudio del candidato.- Especialista del Equipo transplantador evalúa y completa los estudios requeridos en el paciente según el protocolo Pretrasplante.

6.- Presentación del caso a comité de trasplante.- El Coordinador del equipo de trasplante presenta el caso en el comité de trasplante, cumplimiento con los Criterios de trasplante cardiaco urgente y/o Protocolo de paciente en lista de espera.

7.- Aceptación o Rechazo.- El comité de trasplantes después de evaluar el caso clínico decide si se incluye o no en la lista de trasplante, elabora un informe de la Comisión y firma solicitud de inclusión en Lista de espera si es aceptada. Anexo 2.

8.- Inclusión en lista de espera.- El Coordinador intrahospitalario de trasplante (del Hospital transplantador) informa de manera detallada al paciente de forma oral y escrita, pide la firma del consentimiento informado y solicita a la ONTOT regional se incluya en la lista de espera nacional al paciente, mediante el envío en físico y escaneado por mail el formulario de Solicitud en Lista de Espera (anexo 2), ésta emite un código e informa a la ONTOT Nacional quien lo ingresa a la web.

Nº	ESTATUS	CODIGO	LISTA DE ESPERA DE
1	ACTIVO	AP56871MRIÑ	RENAL
2	ACTIVO	AP87486MRIÑ	RENAL
3	ACTIVO	BP48728MRIÑ	RENAL

9.- Seguimiento en lista de espera.- El coordinador de trasplante (hosp transplantador) informa al médico especialista del hospital de referencia que el paciente referido está en lista de espera. El especialista del Hospital de referencia observará el Protocolo de pacientes en Lista de espera según el órgano a transplantarse.

10.- Seguimiento en lista de espera de pacientes en código 0.- Especialista, intensivista, cirujano especialista del Hospital transplantador mantendrá lo mejor posible al paciente en código 0 ( Protocolos de priorización).

11.- Identificación y valoración del posible donante.- El médico intensivista del Hospital Donante comunicará a la Coordinación de trasplante de su hospital los casos de pacientes en Glasgow menor o igual a 7 y los casos diagnosticados

de muerte cerebral del paciente según protocolo de Muerte Encefálica o Cerebral. Se cumplimentará la certificación de muerte cerebral firmada por 3 facultativos diferentes al equipo de transplante. Se valorará al donante siguiendo los protocolos de aceptación de donante, según el tipo de transplante que se vaya a realizar.

12.- Mantenimiento del donante.- El Médico intensivista, cardiólogo y/o nefrólogo del Hospital donante mantendrán al donante según protocolos, deberá procurar mantener al donante con la menor cantidad de fármacos inotrópicos y vasopresores que permita su situación clínica.

13.- Entrevista familiar.- El Coordinador de transplantes realiza la entrevista familiar solicitando la donación de órganos. Si es aceptada la donación, continuará el mantenimiento hasta que los equipos de transplantes se trasladen para la ablación de los órganos. El Coordinador intrahospitalario del Hospital donante llevará registro sobre la entrevista familiar con los datos del donante, por que donan, porqué de la negativa y actividades que realiza para que los familiares done. Hará informe del mantenimiento del donante para el Equipo del Hosp. Transplantador.

13.- Oferta del donante al ONTOT.- Una vez aceptada la donación, el Coordinador el Hospital donante ofertará a la ONTOT regional los órganos donados según protocolos de aceptación de órganos para transplantes.

14.-Contacto con el coordinador del hospital transplantador.- La ONTOT Regional revisará según los criterios de distribución de órganos la Lista de espera regional, y llamará al coordinador del Hospital transplantador para ofertar el órgano. En caso de que no haya pacientes en espera en la región, los órganos se ofertan a la ONTOT nacional.

15.-Valoración del donante.- El equipo de transplante valorará la información remitida sobre el donante y si hay una aceptación inicial, se comunicará con el Coordinador de Transplante del hospital, quien llamará al receptor o receptores y a los especialistas.

16.-Traslado, ingreso y reevaluación del o los receptores.- El o los receptores se trasladan al Hospital Transplantador, son reevaluados por los especialistas coordinadores de cada programa y si es aceptado el receptor se lo ingresa y prepara para la cirugía de acuerdo a los Algoritmos de actividades previas y Criterios de traslado del receptor.

17.-Traslado del equipo extractor y valoración in situ del donante.- Los equipos de transplantes se dirigen hacia el hospital donante, ingresan a quirófano, realizan la valoración in situ del donante y, durante la cirugía la revisión de los órganos. El coordinador de transplante del Hospital donante estará en constante comunicación con el Coordinador del Hospital transplantador y, en el caso de transplante cardiaco seguirá el Protocolo de extracción e implante de corazón. El traslado del equipo extractor de Transplante cardiaco, debe producirse en el medio que asegure un tiempo de isquemia fría del órgano extraído que no supere en ningún caso las 4 horas.

18.-Extracción del órgano válido.- Los cirujanos de cada equipo de transplante extraerá los órganos válidos según sus protocolos quirúrgicos y en caso de tx cardiaco observarán el protocolo de coordinación de Tx cardiaco. Se cumplimentarán los partes quirúrgicos los cuales se dejará copia para la ONTOT y Hospital transplantador, el original queda en la Historia Clínica del donante.

19.-TRANSPLANTE.- Equipo de transplante quirúrgico procede a realizar el implante en el receptor según los protocolos. El quirófano destinado a transplante deberá tener todo lo necesario para el mismo. La reserva de hemoderivados se deberá ajustar estrictamente a las necesidades de cada momento. El coordinador de transplante se mantendrá en el Hospital, informará y apoyará a la familia del donante o del receptor (o ambos)

20.-Traslado del paciente transplantado de quirófano a UCI.- El médico anestesista y la enfermera de quirófano acompañarán al paciente transplantado a UCI según Protocolos de actuaciones básicas del post operatorio inmediato según el órgano transplantado. Se comunicará a UCI con antelación el traslado del paciente.

21.- Recepción del paciente en UCI.- Una enfermera de UCI recibe el paciente y verifica que el parte de anestesia y quirúrgico estén cumplimentados y firmados por los especialistas correspondientes. El Cirujano debe comunicar al intensivista la información dada a la familia del receptor

22.-Seguimiento pos operatorio en UCI.- El médico cirujano especialista, intensivista y enfermera de UCI darán seguimiento a la evolución del paciente según protocolos de Actuaciones posquirúrgicas del transplante y planes de Cuidados del paciente transplantado

23.- Seguimiento pos operatorio en PISO.- El equipo de transplante y enfermera del área de transplante darán seguimiento a la evolución del paciente según protocolos de hospitalización en Area de Transplante y manejos de las complicaciones, las pruebas complementarias del paciente tendrán prioridad.

## 22.- Seguimiento AMBULATORIO

El Hospital transplantador dará seguimiento al paciente transplantado durante resto de su vida. En el caso del afiliado al IESS durante el primer año post transplante hasta una nueva resolución. El Coordinador de la Unidad de transplante deberá prever que las exploraciones que sean necesarias se realicen el mismo día de la consulta.

20.- Informe a ONTOT Regional.- El coordinador de la UT enviará informe a la ONTOT regional durante los primeros 5 días posterior a realizado el transplante solicitando la exclusión del receptor de la lista de espera; adjuntará la hoja epicrisis y el protocolo quirúrgico de implante.

21.- Actualización de lista de espera.-El Coordinador Hospitalario deberá actualizar la Lista de espera y enviar el informe a la ONTOT dentro de los primeros 5 días laborables de cada mes.

22.- Actualización de listado de pacientes transplantados.-Cada 3 meses actualizará la lista de pacientes transplantados y enviara informe a la ONTOT en formato Excel entregado por ellos.

23.- Actualización de listado de donantes.- En este listado se recomienda registrar los parámetros siguientes: seroteca- Hospital- Fecha- Nombres- edad- H. CI- fecha de ingreso y fecha de muerte – causa de muerte- órganos y destino (nombre, edad y hospital del receptor)- médicos.

24.- Actualización de Listado de Muertes encefálicas donantes y no donantes.-  
Cumplimentar ficha de garantía de calidad. Anexo 3.

25.- Actualización Lista de órganos y tejidos recibidos: Con los siguientes datos: Nombres-edad-Hospital\_ GS y HLA- fecha de ingreso y éxitus- causa de éxitus- Órganos y nombre del destino- causa de envío.

## **- Conclusiòn:**

Para realizar una buena autoevaluaciòn de la Coordinaciòn de transplantes y mejorar el sistema, es necesario tener informaciòn estadística veraz, pública y actualizada, de las actividades en cada componente del proceso de Donaciòn y Transplante. Por tanto, empecemos por la concientizaciòn y capacitaciòn de los profesionales del sistema, de la importancia de los registros y análisis de los mismos. Conozcamos las creencias, demos buen trato e informaciòn a la familia de cada uno de nuestros pacientes, sería así, menos dificultoso solicitar la donaciòn de órganos. Implementemos cursos de capacitaciòn continua en cada protocolo inherente a transplante a todo el personal sanitario involucrado.

## **- Bibliografía y fuentes de datos**

- Conferencia “Programa de garantía de Calidad en el Proceso de Donaciòn” Natividad Cuende, VII Curso de Coordinaciòn de transplantes 2012, Granada, 20 al 23 febrero.
- [www.ontot.gob.ec](http://www.ontot.gob.ec), Estadísticas de transplante, lista de espera.
- [www.msp.gob.ec](http://www.msp.gob.ec) .Documentos legales, estadísticas hospitalarias
- [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec), Estadísticas de poblaciòn, socioeconómicas y de salud
- [www.hospikennedy.med.ec](http://www.hospikennedy.med.ec), Estadísticas hospitalarias.
- [www.espol.edu.ec](http://www.espol.edu.ec), Trabajos de alumnos sobre equipamiento de hospitales en Guayaquil.
- [www.incucai.gov.ar](http://www.incucai.gov.ar) Procesos de donaciòn y transplantes. Garantia de calidad.
- Red Consejo Iberoamericano de Donaciòn y Transplante. Vol V, No1, Nov 2011

- Matesanz R. El modelo Español de Coordinación de Donación y Transplante, 2da edición.
- Cuende N, Alonso M, Miranda M, Cañon JF. Metodología del procedimiento de autoevaluación del Programa de Garantía de Calidad de la Organización Nacional de Transplantes. Nefrología 2003, 23, 32-41
- Aplicación del modelo español del Programa de garantía de calidad en el proceso de donación de órganos en la ciudad de Bogotá. Rev Esp Transplantes, vol 19 No 4, diciembre 2010.
- Análisis y elaboración de base de datos realizada según el Censo de Equipos electrónicos de Uso Médico en Hospitales de Guayaquil. ESPOL, Fac. de Ingeniería en Electricidad y Computación.

## Anexo 1.-

### FORMULARIO PARA LA INSCRIPCIÓN EN LISTA DE ESPERA

#### DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE SOLICITA EL INGRESO

CLINICA KENNEDY

FECHA

SOLICITUD PARA INGRESAR A LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE \_\_\_\_\_

COORDINADOR DE TRASPLANTES \_\_\_\_\_

CODIGO

#### DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRES

No CI

LUGAR Y FECHA DE NAC

EDAD:

NACIONALIDAD

DOMICILIO

PROVINCIA

CANTON

TELF DOM.

TELF MOVIL

CORREO ELECTRONICO

REFERENCIA PERSONAL

RELACION

TELF:

#### INFORMACION DEL PACIENTE

GRUPO SANG Y FACTOR Rh

PESO

TALLA

IMC

PATOLOGIA DE BASE

#### RESUMEN CLINICO

#### CERTIFICACIÓN:

CERTIFICAMOS QUE EL SR. \_\_\_\_\_ CON CEDULA DE IDENTIDAD \_\_\_\_\_  
DE **55 AÑOS DE EDAD** SE HA REALIZADO TODOS LOS ESTUDIOS NECESARIOS Y SE ENCUENTRA LISTO PARA  
RECIBIR UN TRASPLANTE DE CORAZÓN DE DONANTE FALLECIDO, POR LO QUE SOLICITO SEA INCLUIDO  
EN LA LISTA UNICA DE ESPERA.

NOMBRE:

Médico Tratante

NOMBRE:

Presidente Comité de Trasplante

Firma del Coordinador de Trasplantes:

Dra. Betsy Recalde M.

## Anexo 2.- Calidad de Donantes

HOSPITAL :	PERSONA QUE CUMPLIMENTA:
------------	--------------------------

<b>PACIENTE FALLECIDO EN UNIDAD DE CRITICOS</b>		Causa de Muerte <input type="text"/> <input type="text"/> (Ver anexo 1)
Unidad de Críticos: <b>UCI</b>	N° de Hª Clínica:	Caso Judicial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fecha de defunción / / Edad:	Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	

<b>FALLECIDO CON DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA</b>
---

↓

¿ME. DETECTADA POR LA UNIDAD DE COORDINACIÓN DE TRASPLANTES?

NO
 SI

↓

¿DURANTE LA VALORACION POR LA COORDINACION DE TX. SE DETECTAN CONTRAINDICACIONES MÉDICAS PARA LA DONACION

SI
 NO

↓

¿SE LLEGO A REALIZAR ENTREVISTA FAMILIAR?

SI
 NO

En el supuesto de que se trate de un caso judicial, ¿SE LLEGO A SOLICITAR AUTORIZACIÓN JUDICIAL?

SI
 NO

↓

CAUSA   (Seleccionar Entre los códigos 0, 1, 2 ó 3 del anexo 2)  
Especificar si es preciso

↓

CAUSA   (Seleccionar Entre los códigos 1 ó 2 del Anexo 2)  
Especificar si es preciso

↓

¿SE INICIA LA EXTRACCIÓN DE LOS ORGANOS?

NO
 SI

↓

CAUSA   (Seleccionar Entre los códigos 3, 4, 5, 6, 7 u 8 del Anexo 2)  
Especificar si es preciso

↓

Si la extracción se inicia en otro centro, especificar el nombre: