

MASTER ALIANZA 2012

TESINA

Sustentante

Dra. María Teresa Salomón González

República Dominicana

Título:

**“Principales Causas de pérdidas de donantes con Muerte
Encefálica, en República Dominicana”.**

Tutor

Dr. Francis Javier Paul Ramos

Zaragoza, España

Marzo 2012

Objetivo General:

Conocer las principales causas de pérdidas de donantes en M. E. en la República Dominicana.

Objetivos específicos:

- 1.- Conocer el número de donantes y la tasa de donación en relación a la población de la República Dominicana
- 2.- Determinar los factores más importantes que condicionan la pérdida de donantes en el proceso de donación – trasplante.
- 3.- Evaluar la utilidad de la aplicación del **Programa de Calidad** para conocer la situación real y revertir las causas más frecuentes de pérdida de donantes en nuestro país.

INTRODUCCIÓN

República Dominicana con una población de 9.3 millones de habitantes superficie de 48.7 miles de Km.2, crecimiento población de 1.5%, expectativa de vida de 70 años tiene una ley de trasplantes **LEY 329 (1998)** regida por el Consejo Nacional de Trasplantes (CNT) y el Instituto Nacional de Coordinación de trasplantes (INCORT). El diagnostico de la muerte Encefálica es realizado por 3 médicos (uno de ellos neurólogo que lleva acabo la evaluación clínica más un doppler transcraneal). El consentimiento legal es presunto e informado siendo la familia siempre consultada para obtener su autorización para la donación

Los primeros trasplantes renales se realizaron en 1973 y en 2002 se practicaron los primeros trasplantes hepáticos. En el año 2011 la tasa de donación en la República Dominicana alcanzó 1.8 donantes pmp.

El análisis de la magnitud y evolución de las diferentes causas de pérdidas nos permitirá el diseño e implantación de acciones de mejora cuyo efecto podrá ser evaluado -completando de ese modo el ciclo de mejora continua de la calidad- mediante el posterior análisis de los datos sucesivos de la Evaluación Interna de los centros hospitalarios incluidos en dicho análisis.

En el INCORT se están desarrollando nuevas aplicaciones informáticas que permitirán constatar la efectividad de los programas de donación identificando las áreas de mejora en aspectos hasta ahora no considerados. Además, permitirá el análisis de los diferentes hospitales participantes en función de su grupo, lo que hará posible comparar un centro determinado en relación al resto, lo que amplía la información y posibilita la adopción de medidas de mejora más específicas.

Para fomentar la donación y mejorar nuestra tasa de donantes, el modelo Español ha demostrado la utilidad de medidas entre las que se incluyen las campañas publicitarias, el registro de donantes, las medidas de concienciación social pero lo más importante es poner en marcha un programa de calidad para así poder detectar los escapes durante el proceso de donación y analizar las causas de pérdidas de potenciales donantes de órganos como herramienta para la identificación de puntos de mejora.

Carecemos de datos esenciales para el conocimiento más exacto de la tasa de donantes potenciales en la República Dominicana. Esta información se está recogiendo en la Auditoria que se está realizando en la actualidad y haría referencia a las causas generales de ingreso en Urgencias y UCIs lo que nos permitiría estimar de forma aproximada el potencial de donantes y saber el grado de detección de la muerte encefálica así como de comunicación al Coordinador de Trasplantes en estas situaciones.



República Dominicana situación 2011

País	Donantes	Donantes de tejidos/sp	TX renal cadavé.	TX renal intervi.	TX cardí.	TX renopán.	TX hepá.	Edad don. real.	Negativas fam.	Muertes cerebrales detect.	Donantes potenciales	Contraindica. med.
Nombre	pmp	pmp	pmp	pmp	pmp	pmp	pmp	promedio	%	pmp	pmp	pmp
República Dominicana	1.8	3	2.4	2.5	n/d	n/d	0.97	39	25.6	8.4	5	3.3

País	Tx renal cadavé.	Tx renal intervi.	Tx cardí.	TX renopán.	TX hepá.	TX pulmonar	TX pulmonar	Pacientes en diálisis
Nombre	Total	Total	Total	Total	Total	pmp	Total	Total
República Dominicana	22	23	n/d	n/d	9	n/d	n/d	2009

País	Donantes de córnea	Donantes de córnea	Tx córnea	TX córnea	TX Pro. Hema. Autólogos	TX Pro. Hema. Alogénicos
Nombre	pmp	Total	pmp	Total	Total	Total
República Dominicana	3	17	17.2	160	2	n/d



República Dominicana

Año	Donantes	Donantes de tejidos/sp	Tx renal cadavé.	Tx renal intervi.	Tx cardí.	TX renopán.	TX hepá.	Edad don. real.	Negativas fam.	Muertes cerebrales detect.	Donantes potenciales	Contraindic. med.
año	Pmp	pmp	pmp	pmp	pmp	pmp	pmp	promedio	porcentaje	pmp	Pmp	pmp
1998	n/d	n/d	n/d	2.8	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
1999	2.4	n/d	n/d	20	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
2000	3.6	n/d	n/d	30	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
2001	3.9	n/d	n/d	32	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
2002	6.3	n/d	n/d	52	n/d	n/d	1	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
2003	6.2	n/d	n/d	51	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
2004	2.8	n/d	n/d	2.8	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
2005	1	n/d	n/d	7.25	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
2006	5.6	n/d	n/d	49	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
2007	0.1	7.1	0.28	6.8	n/d	n/d	0.1	37.7	33.3	16	1.8	0.28
2008	10.7	0.32	0.74	10	n/d	n/d	0.11	38	43.8	6.53	4.32	1.16
2009	1	1.2	1.9	4.8	n/d	n/d	0.22	42.7	27.8	6	5	2.2
2010	1.2	3.2	1.7	3.1	n/d	n/d	0.32	34	26.3	6.1	4.9	2.9
2011	1.8	3	2.4	2.5	n/d	n/d	0.97	39	25.6	8.4	5	3.3

Año	Tx renal cadavé.	Tx renal intervi.	Tx cardí.	TX renopán.	TX hepá.	TX pulmonar	TX pulmonar	Pacientes en diálisis
año	Total	Total	Total	Total	Total	pmp	Total	Total

Año	Donantes de córnea	Donantes de córnea	Tx córnea	TX córnea	TX Pro. Hema. Autólogos	TX Pro. Hema. Alogénicos
año	pmp	Total	pmp	Total	Total	Total

La escasez de donantes representa el factor limitante fundamental para el desarrollo de los programas de trasplante de órganos lo que impide dar respuesta a la creciente demanda de pacientes en lista de espera. La identificación y mejora de los diversos factores que condicionan el proceso de donación se traducirá en un incremento en el número de donantes y de trasplantes y, en consecuencia, del número de pacientes beneficiados por esta terapéutica.

Principales objetivos del Programa de Garantía de Calidad

Programa de Garantía de Calidad 1998-2007. ONT Página 2

Todas las Comunidades Autónomas tienen implantado este Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación. La evaluación del proceso se realiza en dos etapas: Fase de Evaluación Interna, llevada a cabo por los propios equipos de coordinación de trasplantes de los hospitales y Fase de Evaluación Externa, llevada a cabo por profesionales de la coordinación de trasplantes procedentes de comunidades autónomas diferentes a las del hospital que se evalúa.

La presente memoria muestra los resultados correspondientes al año 2007, así como los resultados agrupados del Programa de Calidad desde su puesta en marcha (1998-2007) de la Organización Nacional de Trasplantes.

El actual acceso a la información del Programa de Calidad a través del portal de la ONT (<https://portal.ont.es>) permite a los coordinadores de trasplantes de todo el territorio nacional no sólo la entrada y mantenimiento de datos a través de Internet con todas las garantías de seguridad y protección de datos, sino también la construcción de indicadores de calidad y la elaboración de Informes de Resultados con la información a la que tiene acceso cada usuario en función de su perfil.

Especial mención merece el constante esfuerzo realizado por los coordinadores de trasplante de todas las Comunidades Autónomas en el mantenimiento y progresiva incorporación de centros hospitalarios al Programa de Calidad, que permitió a partir de 2005 superar la cifra de 120 hospitales participantes, lo que ha dado lugar en los últimos años a una cobertura del PGC en torno 90% (tabla 1).

Tabla 1. Cobertura* del Programa de Calidad. 1999-2007.

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
29.2%	52.2%	53.7%	65%	78%	81.8%	84.5%	81.9%	90.4%	87.7%

*Porcentaje de donantes registrados en los hospitales participantes en el PGC en relación con los donantes registrados en todos los hospitales españoles Programa de Garantía de Calidad 1998-2007. ONT.

Los datos de la tabla 2 muestran datos globales del Programa de Calidad desde su puesta en marcha en 1998, lo que permite analizar la evolución de los mismos anualmente. En 2007, en las Unidades de Críticos (UC) de los hospitales incluidos se produjeron un total de 20.445 exitus de los cuales 2.343 (11.5%) correspondían a muertes encefálicas que evolucionaron a donantes reales en 1.359 casos (58%).

Tabla 2. Resultados globales del Programa de Garantía de Calidad.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hospitales	42	62	68	96	108	107	109	109	122	123
Exitus UC	6230	1136	1301	1267	1870	1963	1807	17360	18409	20445
		0	2	6	8	3	2			
Exitus hospital	3596	6207	5919	6474	9203	9919	9214	98560	100163	110289
	4	1	8	5	3	4	9			
Muertes Encefálicas	783	1436	1571	1768	2187	2220	2204	2304	2354	2343
Donantes Reales	365	696	722	868	1100	1185	1263	1267	1365	1359

Los resultados más importantes obtenidos a partir de la información recogida sobre el proceso de Donación se agrupan bajo tres epígrafes con objeto de dar respuesta a los principales objetivos del Programa de Garantía de Calidad:

1. CAPACIDAD GENERADORA DE MUERTES ENCEFÁLICAS

Se analiza fundamentalmente mediante el porcentaje de éxitus que fallecen en muerte encefálica tanto de las UC como de todo el hospital. Si consideramos globalmente el período 1998-2007, las muertes encefálicas suponen el 12.1% de las muertes en unidades de críticos y el 2.3% de la mortalidad intrahospitalaria. Es preciso analizar este indicador de forma desglosada en hospitales con y sin neurocirugía ya que, en los primeros, el 13.2% de los éxitus en UC son muertes encefálicas mientras que en hospitales que no disponen de neurocirugía sólo

suponen el 8.9% (tabla 3). La tabla 4 permite analizar la evolución temporal de estos indicadores de capacidad generadora en el conjunto de centros participantes.

Programa de Garantía de Calidad 1998-2007. ONT

Tabla 3. Capacidad Generadora de ME. Período 1998-2007

CAPACIDAD GENERADORA de ME	GLOBAL	CON NEUROCIRUGÍA	SIN NEUROCIRUGÍA
% ME/Exitus en UC	12.1	13.2	8.9
% ME/Exitus hospital	2.3	2.8	1.4

Tabla 4. Evolución de la Capacidad Generadora de ME. Período 1998-2007

CAPACIDAD GENERADORA de ME	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
% ME/Exitus en UC	12.5	12.7	12.1	13.1	11.7	11.3	12.2	13.3	12.8	11.5
% ME/Exitus hospital	2.2	2.3	2.7	2.7	2.4	2.2	2.4	2.3	2.3	2.12

A partir de la información contenida en el PGC también se puede analizar la generación de muertes encefálicas respecto a otros parámetros como son las camas del hospital o de las UCi.

2. EFECTIVIDAD GLOBAL DEL PROCESO DE DONACIÓN.

La tabla 5 muestra la evolución temporal de la Efectividad Global del proceso de Donación entendida como el porcentaje de fallecidos en muerte encefálica que llegan a convertirse en donantes. Asimismo, en la tabla 6 puede verse como en los hospitales participantes en el Programa de Calidad, la efectividad global se ha mantenido desde 2003 por encima del 55%, siendo ligeramente superior en hospitales con unidad de neurocirugía.

Programa de Garantía de Calidad 1998-2007. ONT

Tabla 5. Evolución de la efectividad global del proceso de donación. 1998-2007

EFECTIVIDAD GLOBAL	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
% Donantes/ME	46.6	48.5	45.9	49.1	50.3	53.4	57.3	55.1	58	58

Tabla 6. Efectividad global del proceso de donación. Período 1998-2007

EFECTIVIDAD GLOBAL	GLOBAL	CON NEUROCIURUGÍA	SIN NEUROCIURUGÍA
% Donantes reales/ME	53.4	54.5	48.4

3. CAUSAS DE PÉRDIDA DURANTE EL PROCESO DE DONACIÓN.

Este análisis constituye una herramienta fundamental para identificar áreas de mejora, así como para conocer la capacidad teórica de donación cuando se analiza su comportamiento conjuntamente con la capacidad generadora de muertes encefálicas.

La tabla 7 muestra cómo las principales causas por las que no todos los fallecidos en muerte encefálica llegan a ser donantes reales son las contraindicaciones médicas, que suponían al inicio del período de estudio en torno al 30% de las pérdidas aunque desde 2003 se ha registrado un continuo descenso. El segundo lugar lo ocupan las negativas familiares a la donación que han supuesto en los últimos años en torno al 13% del total de pérdidas. Los problemas de mantenimiento representan la tercera causa de pérdida de donantes con un valor en torno al 2-3%.

El porcentaje de muertes encefálicas que no llegaron a ser donantes de órganos por no ser comunicadas a la coordinación de trasplantes a pesar de no presentar contraindicaciones para la donación (lo que denominamos “escapes”) se sitúa los últimos años en torno al 1% aunque debe seguir siendo considerada área prioritaria para implantar acciones de mejora..

Tabla 7. Evolución de las causas de pérdida de donantes potenciales.

PÉRDIDAS EN EL PROCESO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
% ME no Comunicadas a Coord. Tx	4	3.5	3	3.1	3.6	2.5	2.8	4.2	5.3	3.5
Por "escape"	-	1.9	1.7	1.2	1.4	1	0.7	1.7	0.6	0.7
% Contraindicaciones Médicas / ME (incluye no comunicadas)	29.1	27.9	30.2	29.4	29.1	29.3	27.7	27	25	23.9
% Problemas de Mantenimiento/ME (incluye no comunicados)	5.5	5	3.7	3.8	3.1	3.2	2.7	3.1	2.1	2.7
% Negativas Familiares/ME	13.1	15.1	16.6	14.9	14.1	11.7	10.5	11.4	12.6	13
% Negativas judiciales/ME	0.1	0.1	0.4	0.4	0.6	0.3	0.2	0.1	0.2	0.3
% No confirm. dx legal de ME/ME	1.1	0.3	0.2	0.1	0.1	0.2	0.05	0.1	0.1	0.3
% Ausencia receptor adecuado/ME	0.4	0.5	0.5	0.7	0.9	0.5	0.5	1.1	0.6	0.3
% Problemas organizativos/ME	-	0.6	0.6	0.4	0.5	0.4	0.3	0.4	0.8	0.7

Tabla 8. Análisis de las causas de pérdida de donantes potenciales. Período 1998-2007

PÉRDIDAS EN EL PROCESO	TODOS LOS HOSPITALES	HOSPITALES CON NEUROCIRUGÍA	HOSPITALES SIN NEUROCIRUGÍA
% ME no Comunicadas por "escape"	1.1	1	1.5
% Contraindicaciones Médicas/ME (incluye no comunicadas)	27.5	26.7	31.1
% Problemas de Mantenimiento/ME (incluye no comunicados)	3.2	2.9	4.5
% Negativas Familiares/ME	13	13.1	12.8
% Negativas judiciales/ME	0.3	0.3	0.06
% No confirm. dx legal de ME/ME	0.1	0.1	0.2
% Ausencia receptor adecuado/ME	0.6	0.6	0.6
% Problemas organizativos/ME	0.5	0.5	0.6

Desde la Organización Nacional de Trasplantes se están desarrollando nuevas aplicaciones informáticas que permitirán constatar la efectividad de los donantes y de los diferentes órganos ampliando de este modo las fases analizadas del proceso de donación para identificar áreas de mejora en aspectos hasta ahora no considerados. Asimismo, el rediseño continuo de los informes disponibles, permitirá el análisis inter-hospitalario de los diferentes hospitales participantes en función de su grupo, lo que hará posible posicionar a un centro determinado en relación con el resto, amplía la información y posibilita la adopción de medidas de mejora más específicas.

FASES DEL PROCESO Y MOTIVOS DE PÉRDIDAS. Enero 1999 - Diciembre 2004

1. Éxitus en Unidades de Críticos. 94254 Éxitus en UC*:77.241

2. Muertes encefálicas: 11.363 (12.1%) ME en UC*:10.629 (13.8%)

M.E. No comunicadas a la coordinación por "escape". 138 (1.2%)

M.E. No comunicadas por el contrario Indicación médica adecuada. 153 (1.3%)

M.E. No comunicadas por problemas de mantenimiento. 16 (0.1%)

3. M.E. Comunicadas a la coordinación. 11.064 (97.4%)

Contraindicaciones médicas. 3141 (27.6%)

4. Donantes Potenciales. 7.923 (69.7%)

No confirmación del Diagnostico Legal. 18 (0.2%)

Negativa judicial. 41 (0.4%)

Problemas de mantenimiento. 251 (2.2%)

Negativas familiares. 1725 (15.2%)

No localización de receptor adecuado. 79 (0.7%)

Problemas organizativos. 57 (0.5%)

5. Donantes reales. 5.827 (51.3%)

ESPECIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE PERDIDA DE FALLECIDOS EN MUERTE ENCEFÁLICA Y DE DONANTES POTENCIALES.

MUERTES ENCEFÁLICAS NO COMUNICADAS A LA UNIDAD DE COORDINACIÓN.

No comunicadas por "escape".

No se avisa a la unidad coordinadora de trasplantes.

Por otra causa.	31
Por establecerse una contraindicación médica incorrecta.	36
Sin una causa específica.	56

No comunicadas por Contraindicación médica adecuada

Imposible evaluar el donante por imposibilidad de mantenimiento hemodinámica/PCR.	32
Fallo Multiorgánico inevitable.	32
Enfermedad tumoral maligna.	29
Patología sistémica- Arteriosclerosis avanzada.	21
Otra contraindicación médica.	13
Infección bacteriana sistémica Activa, en que tras la identificación del germen y recibir tratamiento antibiótico adecuado no tiene buena respuesta.	9
Infección vírica activa.	5
Contraindicación médica.	5
Adicción a drogas u otros factores de riesgo.	5
Imposible establecer la causa de muerte.	2

No comunicadas por problemas en el mantenimiento.

PCR Irreversible	13
Fallo Multiorgánico (evitable) por fallo en el mantenimiento	2
Otro problema en el mantenimiento	1

Fallecidos en M.E. que no llegan a ser donantes potenciales por contraindicación médica.

Enfermedad tumoral maligna	695
----------------------------	-----

Fallo multiorgánico inevitable.	578
Otra contraindicación médica.	394
Patología sistémica –arteriosclerosis avanzada.	363
Infección vírica activa.	223
Infección Bacteriana Sistémica Activa, en que tras identificación del germen y recibir tratamiento antibiótico adecuado, no tiene buena respuesta.	215
Adicción a drogas u otros factores de riesgo.	215
Imposible evaluar donante por imposibilidad de mantenimiento hemodinámica/PCR.	173
Contraindicación médica.	78
Patología sistémica- colagenosis/vasculitis.	60
Imposible conocer antecedentes personales.	40
Imposible establecer la causa de muerte.	24
Infección TBC incompletamente tratada.	31
Por otra causa	6
Sin causa específica.	4
PCR irreversible.	2
Infección sistémica en que no se identifica el germen y/o no recibe tratamiento antibiótico adecuado.	1
Ausencia de receptor adecuado.	1
Diagnostico de muerte cerebral no completado.	1
Donantes potenciales que no llegan a ser donantes reales por imposibilidad de completar el diagnóstico de muerte encefálica.	

Imposibilidad de confirmar diagnóstico legal y se remite a otro centro para realizarlo: especificar al que se remite. 10

Diagnóstico de muerte cerebral no completado. 4

No disponibilidad de método diagnóstico habitual. 3

Circunstancias especiales que requieran de método diagnóstico alternativo no disponible. 1

Donantes potenciales que no llegan a ser donantes reales por negativa judicial

Negativa judicial 41

Donantes potenciales que no llegan a ser donantes reales por problemas en el mantenimiento.

PCR irreversible 165

Otros problemas de mantenimiento 32

Infección sistémica en que no se identifica el germen y/o no recibe tratamiento antibiótico adecuado. 27

Fallo multiorgánico (evitable) por fallo en el mantenimiento 20

Problemas de mantenimiento. 7

Donantes potenciales que no llegan a ser donantes reales por negativa familiar.

Negativa familiar sin más razón. 694

Negativa previa del Donante 539

Negativa familiar 124

Otras 113

Dudas sobre integridad del cuerpo 99

Causas religiosas.	63
Problemas con el personal sanitario.	52
Dudas sobre muerte cerebral.	25
Reivindicación social.	16

Donantes potenciales que no llegan a ser donantes reales por no localizar un receptor adecuado.

Ausencia de receptor adecuado.	79
--------------------------------	----

Donantes potenciales que no llegan a ser donantes reales por problemas organizativos.

Logística externa.	3
Logística interna.	9
Retraso judicial.	1
No localización de familiares.	42
Problemas organizativos/retrasos.	2

Las mejoras en todos los pasos del proceso de donación - trasplante

Proceso de donación y trasplante.

Detección del donante.

Mantenimiento.

Diagnóstico de muerte cerebral.

Petición de permiso a la familia.

Factores locales y organizativos.

Extracción y trasplante.

Material y método.

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte longitudinal y de recolección de datos con el fin de conocer la incidencia y característica de las causas de pérdidas de donantes en muerte.

La muestra estuvo constituida por los 135 casos de pacientes en muerte encefálica reportados en los centros de salud de la República Dominicana.

Los datos se colectaron a partir de los datos notificados al Instituto de Coordinación de Trasplante de Santo Domingo, en el periodo comprendido desde el 1 de Enero de 2010 y el 31 de Diciembre de 2011 (24 meses).

Las causas principales de pérdidas de donantes en muerte encefálica incluían:

1. Negativa familiar
2. Contraindicación medica
3. Negativa judicial
4. Problemas administrativos
5. Problemas de mantenimiento
6. Donantes reales
7. Ausencia de familiares para autorización de la donación

Después de esta fase, los datos recolectados fueron procesados mediante el programa Microsoft Office Excel 2011, para conseguir las distribuciones de frecuencia y la estadística descriptiva

RESULTADOS

Principales causas de muertes encefálicas

Hospitales de República Dominicana

Año 2010

(n=57)

Tabla 1

Descripción(n=57)	Frecuencia	Porcentaje
Trauma cráneo-encefálico	23	40,4
Accidente cerebrovascular	20	35,1
Anoxia encefálica	8	14
Tumor cerebral	6	10,5
Total	57	100

Fuente:INCORT

Donantes en República Dominicana

Año 2010

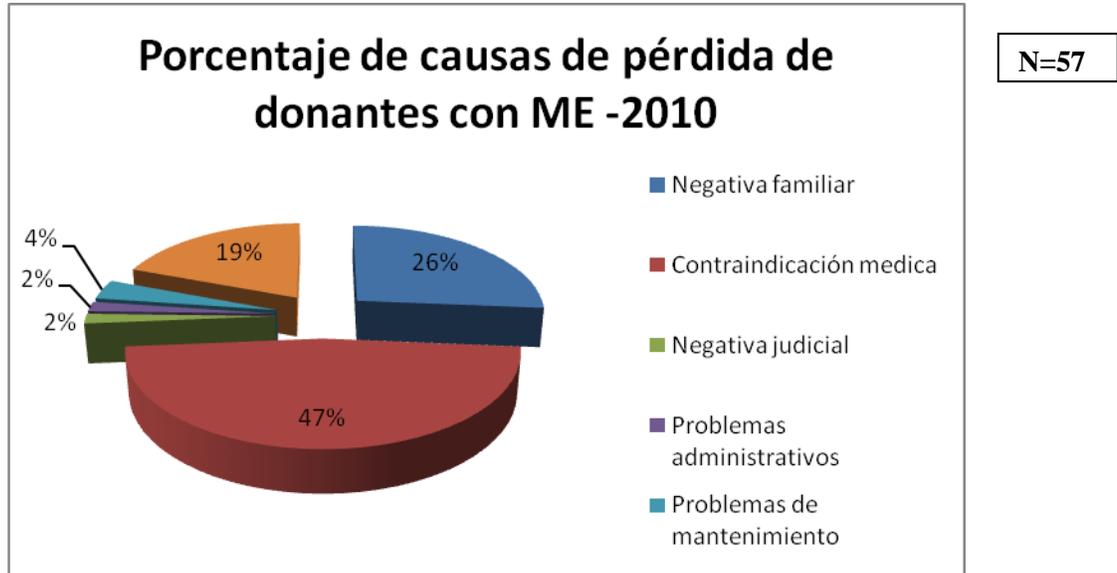
Tabla2

Descripción(n=57)	Frecuencia	Porcentaje
Donantes posibles	57	81
Donantes reales	11	19
Donantes potenciales	57	100

Fuente:INCORT

Principales causas de pérdidas de donantes en muerte encefálica en los Hospitales de República Dominicana. Año 2010

Grafico 1



Las causas principales de pérdidas de donantes fueron contraindicación médica o ausencia de resultados suficientes con (47,4%) esto se debe a la falta de pruebas de laboratorio tales como marcadores tumorales y pruebas serológicas en los hospitales públicos. Cuando evaluamos la tasa de negativas familiares observamos que de las 57 entrevistas que se han analizado en 15 de ellas (26,3 %) la familia NO accedió a la donación de los órganos del fallecido.

Del total de las muertes encefálicas detectadas (57 casos), once pacientes se convirtieron en donantes reales, lo que representa un 19,3%.

Etiología de la Muerte Encefálica

Hospitales de República Dominicana. Año 2011

Tabla 4

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Trauma cráneo-encefálico	43	55.1 %
Accidente cerebro-vascular	26	33.3 %
Anoxia encefálica	5	6.4 %
Tumor cerebral	3	3.8 %
Hidrocefalia	1	1.3 %
Total	78	100 %

Fuente:INCORT

Donantes en República Dominicana. Año 2011

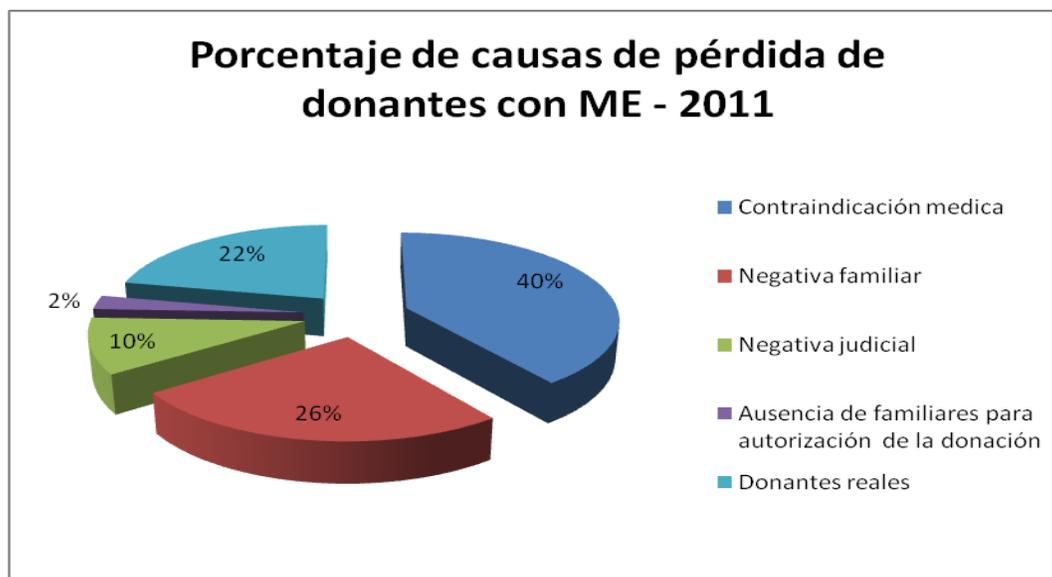
Tabla 5

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Donantes posibles	61	78
Donantes reales	17	21.8
Donantes potenciales	78	100

Fuente:INCORT

Principales causas de pérdidas de donantes en muerte encefálica en los Hospitales de República Dominicana. Año 2011

Grafico 2. Fuente:INCORT



Durante el año 2011, las dos causas principales de pérdidas de donantes fueron, de nuevo, la contraindicación médica y la negativa familiar.

- Ausencia de familiares para autorizar la donación 2,56%
- Negativa judicial 10,25%

Del total de de las muertes encefálicas detectadas (78 casos), diecisiete (17) se convirtieron en donantes reales, lo que se representa un 21.8%. Comparado con el año 2010 (19,3 %), el índice de Donantes Reales / Diagnósticos de Muerte Encefálica se ha incrementado un 2.5%.

COMENTARIO

Cambios aunque mínimos han producido, el hecho de poner en marcha el plan nacional de donación y trasplante, con los cursos de comunicación en situaciones críticas, cursos de coordinación hospitalaria, así como la promoción en los medios de comunicación.

Hay una última cuestión que los médicos y personal sanitario deben tener en cuenta no se debe olvidar nunca q el trato veraz y amable, incluso el esfuerzo de ser cariñoso con los familiares del donante, en momentos difíciles, puede depender el éxito de la petición.

CONCLUSIONES

1. Es imprescindible **optimizar el seguimiento y la autoevaluación** de las diferentes etapas del proceso de donación para evitar las “fugas” que se traducirán en pérdida de donantes potenciales bien por la no detección, bien por la no comunicación al coordinador de trasplantes. Para mejorar estos dos aspectos fundamentales se deberán organizar seminarios,

facilitar medios de localización (búsquedas, teléfonos celulares, ...), visitas periódicas del coordinador a las unidades generadoras: UCIs, Servicios de Urgencias, Servicios de Neurología y de Neurocirugía, etc., tanto de centros públicos como privados.

2. Es fundamental **la formación del personal de estas Unidades en lo referente a la detección y mantenimiento de potenciales donantes** y establecer vías de comunicación con el Coordinador de Trasplantes que faciliten la puesta en marcha de este proceso.

3. **La principal causa de pérdidas de donantes en la contraindicación médica que alcanza el 40%.** Es fundamental la elaboración de protocolos clínicos de evaluación de donantes potenciales y definir con rigor las causas de contraindicación médica para la donación limitándolas exclusivamente a aquellas que realmente representan una contraindicación absoluta: sepsis, patología neoplásica, seropositividad VIH, otra patología grave potencialmente transmisible. Cualquier otra patología es susceptible de un estudio más exhaustivo y generalmente NO representa una contraindicación médica. Por supuesto debemos de dotar de presupuesto para poder llevar a cabo la elaboración de los tests serológicos y de aquellas otras pruebas necesarias para la evaluación del donante.

4. **La tasa de Negativa familiar fue de aproximadamente un 25% de las entrevistas.** De la experiencia del modelo español sabemos que existen

dos causas fundamentales por la cuales se presenta una negativa ante la donación: a) La religiosa, y b) la comprensión del diagnóstico de muerte encefálica. Todo el personal sanitario debería tener en cuenta estos factores a la hora de explicar con palabras llanas y claras, con ejemplos si es posible cómo y cuándo se realiza el diagnóstico, su significado, las pruebas practicadas, el proceso de certificación de la muerte cerebral, la participación de 3 médicos en el diagnóstico, resolver las dudas y preguntas al respecto, y, sólo una vez que la familia ha comprendido el diagnóstico de muerte encefálica, plantear la donación de los órganos del fallecido. Por lo tanto la información es imprescindible, siempre de una manera clara y sencilla al alcance de todos. Es fundamental la preparación y el entrenamiento de las personas que hablarán con la familia en las técnicas de comunicar malas noticias. Esta instrucción mejorará la capacidad de comunicación, de empatía y de relación con los familiares del donante y se traducirá en un menor número de negativas familiares.

BIBLIOGRAFÍA

- Domínguez, J., y col. **Diagnostico de Muerte Encefálica** en “Manual de coordinación de trasplantes” TPM- Les Heures - Universitat de Barcelona. Fundacio Bosch I Gimpera. Barcelona, 2005. Pags
- Base de datos. Instituto de Coordinación de Trasplantes. Secretaria de Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. 2010 y 2011.
- Matesanz, R. y col. EL MODELO ESPAÑOL DE coordinación de trasplantes 2da. Ed. grupo aula médica, S.L. 2008
- Portal/web
<http://www.ont.es/informacion/Documents/CARTEDESERVICIOSONT.pdf>
- Cuende, N., Cañón, J., y col. Manual de coordinación de trasplantes cap 18, Barcelona, 2005
- Portal/web
<http://www.ont.es/infesp/Paginas/ProgramadeGarantiadeCalidad.aspx>
- Morales, F., Informe de gestión Enero-Diciembre 2010-2011 Instituto Nacional de Coordinacion de trasplantes. Santo domingo, 2012
- Portal web http://www.grupopuntacana.org/ver_anio.php
- Carles, J. Burgos, R., y col. Medios de comunicación y trasplantes de órganos . ed. Orgación nacional de trasplantes y escuela andaluza de salud pública reeditado 2008 pags 27, 28, 29

