

**“POSIBLES DONANTES NO IDENTIFICADOS Y ENTREVISTA PREVIA EN EL
SERVICIO DE URGENCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
DE ALBACETE - AÑO 2014”**

AUTOR:
FLOR DANITZA RIVERA ARELLANO
Lic. en Enfermería
Coordinadora de Trasplantes
Gerencia de Procura y Trasplantes-
ESSALUD – PERÚ

TUTOR:
FERNANDO GARCÍA LÓPEZ
Médico intensivista
Coordinador de Trasplantes,
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Albacete, España
Marzo 2016

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	2
II. MATERIAL Y MÉTODOS	7
III. RESULTADOS	7
IV. DISCUSIÓN	12
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	16
VI. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE DATOS	18

I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES:

En las últimas décadas, los trasplantes de órganos han evolucionado de manera significativa, los avances técnicos y el desarrollo de nuevos fármacos inmunosupresores han hecho posible que un gran número de pacientes puedan beneficiarse de estas terapéuticas en todo el mundo ⁽¹⁾. Los trasplantes traen mayor supervivencia y mejor calidad de vida en pacientes con insuficiencias orgánicas crónicas de diferentes órganos y tejidos; en muchos casos este es más costo efectiva y trae otros beneficios como la mejora de la armonía familiar, reinserción del paciente a la sociedad e ingreso a la población económicamente activa (PEA) ⁽²⁾.

Por otro lado, cuando una persona pasa a formar parte de la lista de espera para trasplante de órganos en su respectivo país, pueden pasar meses o años hasta que llegue un órgano adecuado para él y muchos mueren esperando esta oportunidad ⁽²⁾.

La obtención de órganos para trasplante constituye una prioridad de la salud pública en la mayoría de países en todo el mundo. La escasez de órganos para trasplante constituye un gran obstáculo y puede deberse a numerosos motivos: la no detección de posibles donantes, negativas familiares por falta de información o desconocimiento del tema, disminución de siniestralidad por accidente de tráfico y laborales entre otros; ⁽²⁾.

España es líder mundial en donación y trasplante de órganos y tejidos, en el 2015 el número de donantes aumento en un 10% con respecto al año anterior

llegando a los 1851 donantes lo que representa una tasa de donación de 39,7 donantes por millón de población el doble que la UE (19,6) y muy por encima de países como EE.UU. (26,6), Francia (25,3) y Reino Unido (20,6). Por comunidades autónomas. La Rioja es la comunidad con mayor tasa de donación (promedio de 52 en los últimos 8 años), seguida de Cantabria, Navarra y País Vasco. Sin embargo, pese a haber alcanzado estas cifras su sistema no llega a cubrir la necesidad de trasplante de su población lo que implica el deterioro clínico y la mortalidad de muchos pacientes que se encuentran en lista de espera ⁽³⁻⁶⁾.

Para aumentar el número de órganos disponible para trasplante la ONT puso en marcha en el 2008 un plan estratégico denominado “plan 40” en el que se contempla una serie de medidas encaminadas a aumentar el número de órganos para trasplante: fomento de la donación en asistolia, trasplante renal de donante vivo, técnicas quirúrgicas especiales, donantes con criterios expandidos y la optimización del proceso en muerte encefálica. En este plan se definió como línea fundamental para la detección de posibles donantes fuera de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la integración de los servicios de emergencia (SE) y urgencias hospitalarias (SUH) en el proceso de donación. ⁽⁴⁾. Los SE y SUH atienden diariamente pacientes con patología neurológica grave que requieren una atención urgente y una rápida toma de decisiones. En algunas ocasiones, este tipo de pacientes, por la gravedad de la lesión y, sobre todo, por la irreversibilidad, se consideran no tributarios de

tratamiento médico como quirúrgico pero podrían evolucionar a muerte encefálica y estos pacientes podrían convertirse en potenciales donantes de órganos si se inician medidas de soporte vital adecuadas ⁽⁴⁾.

La detección de posibles donantes fuera de las Unidades Críticas hasta la publicación de la Guía de Buenas Prácticas en el Proceso de Donación de órganos (2011-ONT) ⁽⁵⁾, no representaba un área de trabajo habitual en el ámbito de la donación y trasplante. Clásicamente se había considerado que las claves en el proceso de donación de órganos eran la detección del potencial donante (pacientes en ME) en las UCI y la entrevista familiar de solicitud de consentimiento, entonces la derivación de los posibles donantes a las UCI es una de las líneas a desarrollar para mejorar las cifras de donación ⁽⁶⁾. La detección precoz y posterior derivación a las UCI de estos posibles donantes se demostró que determinaba diferencias en el potencial de donación en muerte encefálica. El posible donante se define como la persona con daño cerebral grave en la que es posible su evolución a muerte encefálica, en un plazo breve de tiempo ⁽⁶⁾.

La guía de buenas prácticas clínicas, incluyó en sus recomendaciones para mejorar la efectividad en la derivación del posible donante a las unidades de críticas, la necesidad de implementar un protocolo de actuación orientado a la identificación de pacientes con daño cerebral grave y su comunicación precoz a las UCI y de gestionar los recursos de las UCI para facilitar su asistencia, esto implica un abordaje distinto del proceso de donación con los familiares,

haciendo la entrevista previa de autorización para mantener las medidas de tratamiento de soporte vital durante un tiempo determinado ⁽⁴⁾.

Tras la identificación de un posible donante en el SUH y SE, no podemos utilizar el modelo de entrevista clásica ya que el paciente no ha fallecido, la información y comunicación con la familia o representante legal del posible donante se desarrolla en la denominada entrevista previa. La entrevista previa no sustituye a la entrevista clásica y sólo debe realizarse cuando el pronóstico vital del paciente sea ominoso, no sea tributario de tratamiento médico quirúrgico y por su situación basal no se plantee el ingreso en una unidad de cuidados críticos. El objetivo principal de la entrevista previa no es solicitar la donación de órganos sino, tras Informar a los familiares o representantes legales de la situación clínica y del pronóstico vital y funcional del paciente, solicitar el consentimiento para que el paciente reciba los cuidados y medidas necesarios para que, si fallece en ME, pueda ser donante de órganos ⁽⁴⁾.

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) han elaborado un estudio multicentrico durante el año 2012 en 28 hospitales de 10 comunidades autónomas con el objetivo de identificar posibles donantes en los servicios de urgencias. El estudio permitió identificar en un semestre 543 posibles donantes (5.2% del total de fallecidos) atendidos en los SUH. El 63.1% de los posibles donantes presentaron una escala de Glasgow inferior a 8 pero solo consta que se plantearon la donación en el SUH en el 7.9%. El 19% de los

posibles donantes correspondía a pacientes menores de 80 años, sin contraindicación médica, en los que no se consideró la donación en los SUH y fallecieron fuera de UCI. Asimismo el trabajo evidencia que de los posibles donantes el 30% fallecen en UCI, pero el 70% restante fallecen en una unidad de hospitalización (53.6%) o en el mismo servicio de urgencias (16.4%) ⁽⁷⁾.

El estudio europeo ACCORD, ha constatado la potencialidad real de los SUH como lugar donde detectar posibles donantes y ha puesto también de relieve que, a menudo, los prejuicios acerca del posible donante dificultan el proceso (en especial en relación a la edad y las comorbilidades). Según se deriva del análisis de los datos de España, el 28% de los posibles donantes nunca llega a comunicarse al coordinador de trasplantes, pues no se considera como un posible donante. Además, sólo el 8% de posibles donantes ingresan en UCI con el único objetivo de la donación, lo que constituye una opción real de mejora de la actividad. ⁽⁴⁾.

Con estos antecedentes nos planteamos estudiar los posibles donantes no identificados en el servicio de urgencia del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete en el año 2014 y que hubieran sido tributarios de realizar una entrevista previa para plantear su ingreso en unidades de críticos como potenciales donantes en el caso de evolucionar a muerte encefálica, para ello tratamos de identificar aquellos pacientes con el diagnóstico primario o secundario de hemorragia intracraneal sin contraindicaciones para la donación con un pronóstico infausto en los que no se planteó el tratamiento quirúrgico ni

el ingreso en la unidad de críticos y que no fueron identificados como posibles donantes.

II. MATERIAL Y MÉTODOS:

Es un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se revisaron las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Complejo Hospitalario de Albacete durante el año 2014 con el diagnóstico principal o secundario de hemorragia intracraneal (CIE-9: 430,431, 432). Para cada historia clínica se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, lugar de residencia, factores de riesgo cardiovascular: HTA, DM y el tabaquismo, antecedentes patológicos: patología tumoral y enfermedad infecciosa pasadas o activas, hepatopatía, fracaso renal crónico, nivel de conciencia valorado por la escala de Glasgow, valoración de las actividades de la vida diaria por el índice de Katz, presencia de deterioro cognitivo, valoración por neurocirujano y/o neurólogo, necesidad de tratamiento médico quirúrgico, servicio de ingreso y exitus.

III. RESULTADOS:

Durante el año 2014 se atendieron en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, un total de 196 pacientes con los diagnósticos primario y secundario de hemorragia intracraneal, de los cuales el 61% fueron varones y el 39% mujeres con una edad media de 71 años. 45 pacientes (23%) eran hipertensos, 6 (3%) diabéticos y 38 (19%) presentaban

ambos factores de riesgo. Con respecto al nivel de conciencia al ingreso 55 pacientes (28%) presentaban una puntuación en la escala de Glasgow menor o igual de 8 puntos, en 185 pacientes (94%) se solicitó valoración urgente por neurocirugía, siendo subsidiarios de tratamiento neuroquirúrgico urgente, 24 pacientes (12%). En cuanto al servicio de ingreso se refleja en la tabla N° 1

Tabla N° 1. Servicio de ingreso

Servicio de Ingreso	N°	%
Neurología	74	38%
Unidad de críticos	35	18%
Geriatría	25	13%
Medicina interna	21	11%
Neurocirugía	20	10%
otros	21	11%
Total	196	100%

Fuente: Base de datos del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Fueron exitus 55 (28%) de los cuales 12 (6%) fueron donante de órganos y tejidos.

De los 196 pacientes identificamos 9 pacientes fallecidos sin contraindicaciones para la donación y que no fueron detectados como posibles donantes, lo cual representa el 4.59% del total.

La edad media de estos 9 pacientes fue 84 años, de estos 9 pacientes 5 (56%) eran hombres y 4 (44%) mujeres. La distribución por grupo de edad se muestra en la tabla N° 2

Tabla N° 02: Posibles Donantes por Edad

Edad	N°	%
70-79 años	3	33%
80-89 años	5	56%
>90 años	1	11%
Total	9	100%

Fuente: Base de datos del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

De los 9 pacientes el 33% (03) presento HTA y DM, el 11% (1) solo DM, el 22% (2) DLP y el 33% (3) ningún antecedente patológico.

Tabla N° 03: Antecedentes Patológicos: Factores de riesgo cardiovascular

Antecedentes	N°	%
HTA / DM	3	33%
DM	1	11%
DLP	2	22%
Tabaquismo	0	0%
Ninguno	3	33%
Total	9	100%

Fuente: Base de datos del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Todos los pacientes presentaban algún grado de dependencia según el índice de Katz. Como se detalla en la tabla N° 4

Tabla N° 04: Posibles donantes y grado de dependencia según el índice de Katz al momento de su ingreso

Grado de Dependencia	N°	%
A	2	22%
B	1	11%
G	5	56%
F	1	11%
Total	9	100%

Índice de Katz: Valora las actividades de la vida diaria.

Fuente: Base de datos del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Los 9 pacientes presentaban algún grado cognitivo, la distribución según el grado cognitivo se muestra en la tabla N°5.

Tabla N° 05: Posibles Donantes según su Deterioro Cognitivo

Deterioro Cognitivo	N°	%
Leve	3	33%
Moderado	2	22%
Severo	4	44%
Total	9	100%

Fuente: Base de datos del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Todos los pacientes presentaban una escala de Glasgow menor o igual de 8 puntos al ingreso y 8 pacientes menor o igual a 5 puntos.

En todos los casos se solicitó valoración urgente por neurocirugía desestimándose algún tipo de tratamiento neuroquirúrgico en los 9 pacientes.

El servicio de ingreso de los pacientes se muestra en la tabla N° 6

Tabla N° 6: Posibles Donantes y los servicios a los que ingresaron desde el Servicio de Urgencias

Servicio al que ingreso el potencial donante	N°	%
Geriatría	5	56%
Medicina interna	4	44%
Unidad de críticos	0	0%
Total	9	100%

Fuente: Base de datos del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

La estancia media de los pacientes fue de 4 días. Todos los pacientes fallecieron, 7 pacientes fallecieron en los primeros 5 días de ingreso.

IV. DISCUSIÓN:

En los últimos años la integración de los diferentes servicios del Hospital y la actuación multidisciplinaria se ha ido consolidando para mejorar el proceso de donación de órganos, siendo los profesionales del servicio de urgencias uno de los pilares fundamentales en la identificación y derivación de posibles donantes a las unidades de cuidados intensivos ⁽⁴⁾.

Dado que la detección de posibles donantes en el servicio de urgencias es el punto iniciador en el proceso de donación y también es un factor limitante; en nuestro estudio de 196 pacientes con hemorragia intracraneal se hallaron 9 posibles donantes que no fueron detectados y podrían haber sido tributarios de realizar una entrevista previa para plantear la intubación electiva y su ingreso a la unidad de cuidados intensivos como potenciales donantes en el caso de evolucionar a muerte encefálica.

En el servicio de urgencias del CHUA durante el año 2014, se atendieron un total de 196 pacientes con diagnóstico principal o secundario de hemorragia intracraneal, siendo en su mayoría varones (61%), un 23% eran hipertensos, en la gran mayoría 94% se solicitó valoración neuroquirúrgica urgente, siendo subsidiarios de tratamiento quirúrgico solo el 12%. Fueron exitus 55 (28%) de los cuales 12 fueron donantes de órganos. Los 9 pacientes identificados como posibles donantes se caracterizaban por tener una edad media mayor, de 84 años, el 33% eran hipertensos. Llama la atención que todos los pacientes

presentaron algún grado de dependencia para todas actividades de la vida diaria y deterioro cognitivo, ninguno de estos pacientes llegó intubado al servicio de urgencias. Estos probablemente fueron los motivos por los que no se solicitó en ningún caso el ingreso en unidad de críticos. En los 9 pacientes el nivel de conciencia en la primera valoración era menor de 8 puntos, en todos se solicitó valoración neuroquirúrgica urgente que se desestimó en todos los casos. Todos los pacientes ingresaron en plantas de hospitalización, servicio de medicina interna y geriatría. Todos ellos fueron exitus, 7 pacientes en menos de 5 días de ingreso. Ninguno fue donante a pesar de no tener contraindicación para la donación de órganos y tejidos.

Nuestros resultados son afines a lo obtenido en el estudio multicéntrico realizado en 2012 por el grupo colaborativo ONT-SEMES en el que participaron 28 hospitales de 10 comunidades autónomas. Este estudio les permitió identificar en un semestre 543 posibles donantes atendidos en los SUH en los que no se planteó la opción de donación. El 63,1% de los posibles donantes presentan Glasgow menor o igual a 8 puntos. Con respecto a la edad el 19% de los posibles donantes correspondía a pacientes mayores de 80 años, sin contraindicación médica, en los que no se consideró la donación en los SUH y el 70,8 % fallecieron fuera de UCI, el 53,6% en una unidad de hospitalización y el 17,2 % en los servicios de urgencias ⁽⁴⁾.

En otro estudio realizado por la alumna del Master Alianza 2012 María Mejía de Castro del Hospital Universitario Ramón y Cajal en el año 2012. Respecto

al “análisis del potencial de donantes en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal (HURC) en el año 2012” halló 202 fallecidos en el servicio de emergencia, 8 (4%) correspondían a patología cerebrales graves, respecto al género el 3 (38%) correspondió a mujeres y 5 (62%) fueron varones y todos fueron mayores de 60 años, estos datos respecto a la edad coinciden en nuestros resultados del presente estudio.

En otro estudio realizado por el Dr. Fernando Martínez Soba, coordinador de trasplantes de la Rioja “Detección de posibles donantes: Modelo de colaboración entre servicios”. Indica que en la Rioja desde el año 2006 hasta el 2014 el 65% de los donantes que fallecieron era a consecuencia de una hemorragia cerebral, generalmente intracerebral o intraparenquimatosa y en menor número por una hemorragia subaracnoidea espontánea y con mayor frecuencia en varones de edades superiores a los 55 años. Estos resultados coinciden respecto al diagnóstico y la edad de los pacientes encontrados en el servicio de urgencias del CHUA durante el año 2014.

Por otro lado Martínez recomienda que la detección de posibles donantes requieren de la implicación de profesionales sanitarios de áreas diferentes a las clásicas en las que se detectaban los pacientes en muerte encefálica. Asimismo menciona que la detección del posible donante fuera de la unidad de críticos junto con la entrevista previa son pilares fundamentales para el incremento de los donantes de órganos.

Con respecto a la Entrevista Previa no es una entrevista de solicitud de donación, sus objetivos son otros ya que el paciente no ha fallecido. La entrevista previa se realiza generalmente en el contexto de la atención clínica a un paciente neurocrítico con mal pronóstico y generalmente en un entorno ajeno a las Unidades de Medicina Intensiva o Unidades de Críticos. Sus objetivos son:

1º. Informar a los representantes legales de la situación clínica del paciente. Esta información comprenderá todo aquello referente a su pronóstico vital y funcional.

2º. Informar de las diferentes opciones terapéuticas y medidas que se pueden aplicar al paciente. La finalidad por la que se ingresará al paciente en una Unidad de Críticos y se podrán aplicar medidas de soporte no es mejorar la salud del posible donante sino posibilitar que si el paciente fallece en muerte encefálica éste pueda ser donante de órganos.

3º. Respetar la autonomía del paciente.

4º. El objetivo principal de la entrevista previa no es solicitar la donación, sino solicitar el consentimiento para que el paciente reciba los cuidados y cuantas medidas sean oportunas para que si falleciera en muerte encefálica pueda ser donante. Este consentimiento podrá ser verbal, debiendo constar en la historia clínica del paciente la decisión que se haya tomado.

El desarrollo de un sistema de notificación oportuna de pacientes con daño cerebral grave puede incrementar la tasa de donantes, previa coordinación con sus familiares para el ingreso a la UCI como potenciales donantes, por lo que es muy importante la capacitación a los profesionales del servicio de urgencias. Esta afirmación se respalda el estudio realizado por Martín y Bernardí respecto a los conocimientos y actitudes acerca de la muerte encefálica entre médicos de Argentina, en donde concluyen que “la capacitación de los profesionales de la salud en el diagnóstico de muerte encefálica, permite la detección de potenciales donantes de órganos y tejidos para trasplante”.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- La detección de posibles donantes fuera de la unidad de cuidados intensivos y la entrevista previa constituye una de las alternativas más eficaces para aumentar el número de donantes.
- A pesar de ser considerados como posibles donantes con criterios expandidos por la edad, se debe capacitar a los profesionales de los diferentes servicios, para que de esta manera notifiquen oportunamente los posibles casos que podrían evolucionar al diagnóstico de ME.
- El perfil del posible donante no detectado en el servicio de urgencia del CHUA es un paciente con edad promedio de 84 años, diagnóstico de hemorragia intracraneal, con deterioro cognitivo y alto grado de

dependencia para las actividades de la vida diaria que no llega intubado a urgencia y en el que se desestima en el tratamiento neuroquirúrgico.

- Los 9 pacientes identificados en el CHUA con el diagnóstico de hemorragia intracraneal de ser considerados como posibles donantes podrían haber significado un aumento significativo en el número de donantes durante el año 2014.
- Es pertinente implementar y mantener un programa que permita notificar oportunamente al coordinador de trasplante, los casos que ingresen a los servicios de neurocirugía, neurología, medicina interna y geriatría con daño cerebral grave y aquellos que sean considerados no tributario de tratamiento médico quirúrgico.

VI. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE DATOS:

1. Arredondo A, Rangel R, Icaza E, Costo efectividad de intervenciones para insuficiencia renal crónica terminal; Salud Pública 1998 (6) 556-65.
2. Belizán BA, Santa María FC. Estudio de casos estrategia de comunicación para fomentar la donación de órganos. (tesis) Lima Metropolitana: Universidad Peruana de ciencias aplicadas; 2013
3. Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y Ministerio de sanidad servicios sociales o igualdad, España 2015. Disponible en:
(<http://www.ont.es/prensa/Hemeroteca/ABC%2013%20Ene%2016.pdf>)
4. Grupo colaborativo ONT-SEMES. El profesional de urgencias y el proceso de donación, recomendaciones. ONT, España 2015.
5. Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y Ministerio de sanidad servicios sociales o igualdad. Guía de Buenas Prácticas en el proceso de la Donación de Órganos, en el proceso de la Donación de Órganos. ONT, España 2011.
6. Fernando Martínez Soba. Curso de Donación y Trasplante en Unidades de Extracríticos, Galteiz 16.XII.2015. Detección de posibles donantes. Modelo de colaboración entre servicios, La Rioja, España, 2015.
7. María Elena Mejía de Castro, Análisis del Potencial de Donantes en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal durante el año 2012. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España, 2013.
8. Organización Nacional de Trasplantes (ONT). España 2013

9. Martín A, Bernardi R. Conocimiento y actitudes acerca de la Muerte Encefálica entre médicos argentinos. (artículo) Argentina - Instituto Nacional Central Unico.Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) / IntraMed, 2011.
10. Matesanz R, Miranda B. Coordinación y trasplantes. Aula Médica. Madrid 1995.