
	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

Tabla de contenido

1. OBJETIVO
2. ALCANCE
3. RESPONSABLES
4. MARCO LEGAL
5. DEFINICIONES
6. CONSIDERACIONES GENERALES
7. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS Y/O EQUIPOS MÉDICOS U OTROS INSUMOS REQUERIDOS
8. CONTENIDO DEL DOCUMENTO
9. MECANISMOS DE SOCIALIZACIÓN
10. FRECUENCIA DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN
11. ANEXOS
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
13. ACTUALIZACIÓN Y APROBACIÓN
14. CONTROL DE CAMBIOS
15. LINK DE SOCIALIZACIÓN

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

1. OBJETIVO

1.1. OBJETIVO GENERAL


Estandarizar los criterios técnicos y científicos de las actividades que componen la gestión operativa del cuidado del donante de órganos, realizadas en QUIRÓFANOS EL TESORO, en articulación con la Coordinación Regional No 2 y el Instituto Nacional de Salud (INS) y estas a su vez con la Coordinación Nacional de trasplante.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Formular recomendaciones generales para ejecutar la detección e identificación de los potenciales donantes de órganos y tejidos en el QUIRÓFANOS EL TESORO.
- Implementar el procedimiento para la consulta de voluntades y solicitud del Certificado de Consulta Registro Nacional de Donante Ley 1805 de 2016 a todos los fallecidos y notificar al CRUE en tiempo real todas las potenciales muertes encefálicas diagnosticadas, Glasgow menor de 5/15 y fallecidos con edades entre 15 y 65 años dentro de la institución.
- Garantizar los estándares mínimos que deben ser seguidos al momento de la evaluación, selección y exclusión de potenciales donantes.
- Impartir la información básica para el mantenimiento del donante en situación de muerte encefálica y parada cardiaca.
- Brindar las pautas necesarias para aumentar la efectividad en la relación con la familia del potencial donante, para la comprensión de la aplicación de la ley 1805 y la obtención de información veraz y efectiva que permita realizar una correcta selección del donante.

2. ALCANCE

Aplica para la evaluación, selección y exclusión de pacientes que debe liderar el coordinador operativo de la donación (director médico) en la identificación de potenciales donantes de órganos y tejidos en muerte encefálica o parada cardiaca detectados en el QUIRÓFANOS EL TESORO por el anestesiólogo tratante. Igualmente, las actividades de acercamiento familiar y mantenimiento del donante.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

3. RESPONSABLES

Responsable de la implementación: Dirección médica, coordinación de enfermería.

4. MARCO LEGAL

Ley 9 de 1979: Establece las primeras normas referentes a la donación para trasplantes, el cual regula el empleo de métodos de trasplantes terapéuticos y las licencias que se deben obtener para su uso por parte de las entidades hospitalarias.

Ley 73 de 1988: Establece la Ley de Presunción Legal de la Donación, que la persona durante su vida no haya ejercido el derecho a abstenerse de ello o en las seis horas posterior a la muerte cerebral o inicio de la autopsia no aparece, no hay presencia u oposición de sus familiares.

Ley 919 de 2004: Prohíbe la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante y se tipifica como delito su tráfico.

Ley 1805 de 2016: Por la cual se modifican la ley 73 de 1988 y la ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos, amplía la presunción legal de donación de componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos.


Decreto Presidencial 2493 de 2004: Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9 de 1979 y 73 de 1988, el cual regula la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante o implante de los mismos en seres humanos.

Resolución 2640 de 2005: Establece la estructura de la red de donación y trasplantes, la cual se estructura en dos niveles: Nacional y Regional, establece los procedimientos de inscripción ante la Coordinación Regional de Trasplantes de los Bancos de Tejidos y Medula Ósea y las instituciones prestadores de servicios de salud - (IPS) - que se encuentren habilitadas con programas de trasplante, ante las sedes de las Coordinaciones Regionales de la Red de Donación y Trasplantes de la respectiva jurisdicción.

Resolución 481 de 2018: Por la cual se modifica el artículo 3 de la resolución 2640 de 2005 en relación con los requisitos que deben cumplir los bancos de tejidos.

Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Resolución 3495 CUPS 2020: Por la cual se establece la Clasificación única procedimientos en Salud-CUPS.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

Correspondiendo a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos utilizando para tal efecto la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país independientemente de la profesión o disciplina del sector salud que los realice, así como del ámbito de realización de estos.

Circular 022 de 2020: Lineamientos técnicos y operativos relacionados con los procesos de donación y trasplante a cargo de las entidades administradoras de Planes de Beneficios.

5. DEFINICIONES

Aloinjerto: es aquel tejido que se trasplanta entre dos individuos genéticamente diferentes dentro de la misma especie.


Autoinjerto: es aquel que se trasplanta de un lecho a otro dentro del mismo individuo.

Certificado de consulta registro nacional de donantes: Es el documento expedido por el INS, donde certifica que el posible donante no ha expresado su voluntad negativa a la presunción legal de órganos y tejidos según la ley 1805 de 2016.

Coordinación Nacional de trasplante: Determina la asignación de los componentes anatómicos con base en los criterios técnico-científicos de asignación únicos vigentes, cuando la asignación del componente no ha sido posible en el nivel regional de conformidad con lo establecido en el artículo 25 del decreto 2493 de 2004 (Oferta Nacional).

Coordinador Operativo de Trasplantes (COT): Es el médico que realiza actividades propias de la gestión operativa de la donación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas con programas de trasplantes y en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud generadoras, que incluye la promoción, identificación, detección de donantes potenciales, obtención del consentimiento informado familiar y manejo de los donantes de órganos y tejidos.

Coordinación Regional de trasplante: Debe mantener comunicación diaria con los coordinadores operativos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas con programas de Trasplantes y de los bancos de tejidos, y organizar las actividades de la gestión operativa de la donación. Determinar la asignación de los componentes anatómicos con base en los criterios técnico-científicos vigentes en el nivel regional cuando la asignación del componente no haya sido posible en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, con Programa de Trasplantes. (Oferta Regional).

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

Cuidados intensivos orientados a la donación de órganos (CIOD): Los CIOD se definen como el inicio o la continuación de cuidados intensivos en pacientes con daño cerebral catastrófico en los que se ha desestimado tratamiento con finalidad curativa por criterios de futilidad y que son considerados posibles donantes, con el objetivo de incorporar la opción de la donación de órganos en ME como parte de sus cuidados al final de la vida.

Donante: Es la persona a la que durante su vida o después de su muerte, por su expresa voluntad o por la de sus deudos, se le extraen componentes anatómicos con el fin de utilizarlos para trasplante o implante en otra persona, con objetivos terapéuticos. La voluntad de donación expresada en vida por una persona solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser sustituida después de su muerte por sus deudos.

Donante efectivo: Es el cadáver en el que se han cumplido todos los requisitos de donación conforme a lo establecido en el presente decreto y se le ha practicado la ablación quirúrgica de órganos y tejidos.


Donante fallecido: Es aquel que ha fallecido bien sea por muerte encefálica o por cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias y a quien se le pretende extraer componentes anatómicos con fines de trasplante o implante. Se puede dividir en dos categorías:

- Donantes que fallecen en muerte encefálica (DBD o MC).
- Donantes que mueren luego de la muerte circulatoria (muerte cardíaca o circulatoria). Se encuentran en la literatura como DCD.

Donante en muerte encefálica (DBD): Fenómeno biológico que se produce en una persona cuando en forma irreversible se presenta en ella ausencia de las funciones del tallo encefálico, comprobadas por examen clínico.

Los donantes en muerte encefálica se pueden subdividir de la siguiente manera:

- **Donante posible de órganos:** Es un paciente con una lesión cerebral devastadora o un paciente con una falla circulatoria y aparente y médicamente adecuado para donación de órganos.
- **Donante potencial:** Es una persona cuya condición clínica se sospecha que cumple todos los criterios de muerte encefálica.
- **Donante elegible en DBD:** Es una persona médicamente aceptable quien ha sido declarada muerta bajo los criterios neurológicos estipulados por las leyes de su país o región.
- **Donante real:** es un donante consentido si es del caso a quien:

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13


- Se le ha hecho una incisión quirúrgica con el intento de recuperar órganos para trasplante.
- A quien al menos un órgano se le ha recuperado con el propósito de trasplantarlo.
- **Donante en DBD o MC utilizado:** es un donante real, de quien al menos un órgano fue trasplantado.
- **Donantes de tejidos:** Son los donantes que han fallecido en MC o en parada cardiocirculatoria, en los cuales es posible obtener solo tejidos: córneas, piel, hueso, etc.
- **Donantes después de la muerte cardíaca (circulatoria) (DCD):** es un donante que fue declarado muerto y dicha defunción fue diagnosticada mediante criterios cardiopulmonares.
- **Donante vivo:** Es aquella persona que conoce con certeza la totalidad de los riesgos que puedan generarse dentro del procedimiento y que cumpliendo los requisitos establecidos en el presente decreto efectúa la donación en vida de aquellos órganos o parte de ellos, cuya función es compensada por su organismo de forma adecuada y segura.

Un donante vivo puede tener una de las siguientes tres posibles relaciones con el receptor:

- **Relacionado:** Genéticamente relacionado:
 - 1º grado de consanguinidad: padre, hermano, hijo.
 - 2º grado de consanguinidad: abuelo, nieto, tía, tío, sobrino, sobrina.
 - Otros grados como primos.
- **Emocionalmente relacionados:**
 - Esposos (si no son genéticamente relacionados)
 - Familiares políticos, relación por adopción y amigos.
- **No relacionados:** sin relación genética ni emocional.

Entrega del cuerpo a la IPS: Es la entrega del cuerpo que se hace al finalizar la ablación de los componentes anatómicos, por parte del personal de la red de donación y trasplantes o por parte del COT al personal encargado de la IPS de entregar el cuerpo a la funeraria o a la Policía Judicial.

Estado compasivo: Paciente con riesgo inminente de pérdida de acceso vascular para hemodiálisis, sin posibilidad de diálisis peritoneal, aplica para receptores adultos y

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

pediátricos. A este grupo de pacientes se aplicará un puntaje adicional, solo para el nivel local.

Escala de coma de Glasgow: La Escala de Coma de Glasgow es una escala neurológica diseñada para evaluar el nivel de consciencia de los pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico (TCE) durante las primeras 24 horas pos trauma, al valorar tres parámetros: apertura ocular, respuesta motora y respuesta verbal.


Gestión operativa de la donación: Es el conjunto de actividades que realizan los Bancos de Tejidos y de progenitores hematopoyéticos y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas a través de los coordinadores operativos, bajo la dirección de las Coordinaciones Regionales de la Red de Donación y Trasplantes, según los lineamientos técnicos que el Instituto Nacional de Salud defina para llevar a cabo esta actividad. Dichas actividades comprenden, entre otros los procesos de promoción a la donación, búsqueda, identificación y detección de donantes potenciales en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el mantenimiento del donante, la obtención del consentimiento informado de los familiares, la organización de las condiciones logísticas para la extracción, transporte y preservación de los componentes anatómicos con fines de trasplante, el reporte de la información a la Red de Donación y Trasplantes y demás actividades para fomentar la utilización de componentes anatómicos en forma equitativa y oportuna, atendiendo principios legales y éticos.

Gestor operativo de la donación (GOD): Es el profesional del área de la salud, que forma parte del equipo de coordinación de trasplantes y que, bajo la orientación, y acompañamiento del COT realiza actividades propias de la gestión operativa de la donación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas con programas de trasplantes y en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud generadoras. Estas incluyen, pero no se limitan a la promoción, identificación, detección de donantes potenciales, obtención del consentimiento informado familiar y manejo de los donantes de órganos y tejidos.

Implante o injerto: Es el reemplazo o sustitución con fines terapéuticos de tejidos, por otros tejidos vivos similares y funcionales provenientes del mismo receptor o de un donante vivo o fallecido.

Isoinjerto: cuando se trasplanta un injerto desde un gemelo monocigoto a su idéntico.

Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET): Se refiere al ajuste de la actuación terapéutica, medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

Lista de espera: Es la relación de receptores potenciales, es decir, de pacientes que se encuentran pendientes por ser trasplantados o implantados a quienes se les ha efectuado el protocolo pertinente para el trasplante o implante.

Muerte encefálica inminente: Puede definirse como “un paciente en ventilación mecánica, con coma profundo, ingresado en la UCI, con lesión neurológica catastrófica de etiología conocida (ejemplos: trauma craneoencefálico, hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnoidea). Además, con un puntaje en la escala de coma de Glasgow de 3 y ausencia de por lo menos tres de los seis reflejos del tallo cerebral” (GrootY, 2010; Domínguez, 2011).

Muerte encefálica: Es el hecho biológico que se produce en una persona cuando en forma irreversible se presenta en ella ausencia de las funciones del tallo encefálico, comprobadas por examen clínico.

Órgano: Es la entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño de la misma función.

Proceso de trasplante de tejidos: Es el conjunto de recursos, actividades y procedimientos con los que cuentan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el objeto de disponer e implantar tejidos preservados por los Bancos de Tejidos


Programa de trasplante: Es el conjunto de procesos y procedimientos que se realizan por la institución prestadora de servicios de salud con el objeto de obtener, preservar, disponer y trasplantar componentes anatómicos.

Receptor: Es la persona en cuyo cuerpo se trasplantan o implantan componentes anatómicos.

Red de donación y trasplantes: Es un sistema de integración de los Bancos de Tejidos y de Médula Ósea, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas con programas de trasplante o implante, Instituto Nacional de Salud, Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y demás actores del sistema para la coordinación de actividades relacionados con la promoción, donación, extracción, trasplante e implante de órganos y tejidos con el objeto de hacerlos accesibles en condiciones de calidad, en forma oportuna y suficiente a la población siguiendo los principios de cooperación, eficacia, eficiencia, equidad y solidaridad.

Tejido: Entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza y con una misma función.

Trasplante: Es la utilización terapéutica de los órganos o tejidos humanos que consiste en la sustitución de un órgano o tejido enfermo, o su función, por otro sano procedente de un donante vivo o de un donante fallecido.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

Tratamiento fútil: Tratamiento que tiene una baja probabilidad real de lograr un beneficio terapéutico significativo para un determinado paciente, en términos de expectativas de curación o de mejora sintomática y, por tanto, de compensar de manera razonable los posibles efectos nocivos de su instauración o mantenimiento.

Urgencia cero: Es un sistema de codificación especial, creado en España por la Organización Nacional de Trasplantes-ONT-, que prioriza los candidatos a nivel nacional. En urgencia cero, se acepta exclusivamente a pacientes con fallo hepático agudo, en ausencia de hepatopatía previa y a candidatos a trasplante urgente en los primeros siete días (en niños: fallo de injerto dentro de los 30 días desde el trasplante).

Xenoinjerto: Es aquel tejido que se trasplanta entre dos individuos pertenecientes a diferentes especies.


6. CONSIDERACIONES GENERALES

El trasplante se ha convertido en la mejor alternativa terapéutica para todas aquellas personas que padecen enfermedades crónicas de alto costo, las cuales causan un daño irreversible a los órganos vitales y que lastimosamente conlleva a que muchas personas cada día ingresen a una lista de espera, con la esperanza de tener la posibilidad de llevar a cabo este anhelado procedimiento, con el ánimo de mejorar su estado de salud y su calidad de vida. Es importante tener en cuenta que no se puede llevar a cabo "el trasplante" si no existe "un donante"; mediante una adecuada articulación logística de los actores responsables de su consecución, disposición y destino final.

La gestión de consecución de los órganos y los tejidos a trasplantar es llevada a cabo en primera instancia por los Médicos Coordinadores Operativos de Trasplante, los cuales dentro de la normatividad colombiana se encargan de ejecutar acciones de promoción, identificación, detección de donantes potenciales, obtención del consentimiento informado familiar y manejo de los donantes de órganos y tejidos, (Decreto 2493 de 2004 y Resolución 2640 de 2005)

Los primeros equipos de coordinación de trasplantes empezaron en la ciudad de Medellín en el año 1996 en el Hospital Universitario San Vicente de Paul. En los años siguientes en el resto de Colombia y en la Regional Numero 2 se implementó un sistema de coordinación de trasplantes en un principio intrahospitalarios, que luego se volvieron mixtos, es decir, actividades por contrato con empresas que prestadoras del servicio a los hospitales trasplantadores.

Los coordinadores de trasplantes que a la fecha hacen la actividad son expertos en donación de órganos, tejidos y células.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

7. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS Y/O EQUIPOS MÉDICOS U OTROS INSUMOS REQUERIDOS

No aplica

8. CONTENIDO DEL DOCUMENTO

En Colombia la red de donación y trasplantes se encuentra estructurada en dos grandes niveles: Coordinación Nacional y Coordinaciones Regionales. La Coordinación Nacional con sede en el Instituto Nacional de Salud y las Coordinaciones Regionales con sede en las secretarías Departamentales y/o Distritales. Existen seis coordinaciones regionales, cada una de las cuales con su respectiva área de jurisdicción.


Nivel Regional: A cargo de las Direcciones Departamentales de Salud y Distritales en las cuales exista mayor número de programas activos de trasplantes, implantes, bancos de tejidos y de médula ósea, cada regional tiene un comité asesor.

La Coordinación Regional de la Red de Donación y Trasplantes estará a cargo de las Direcciones Departamentales de Salud y Distritales en las cuales exista mayor número de programas activos de trasplantes, implantes, bancos de tejidos y de médula ósea.

La Coordinación Regional de la Red de Donación tendrá un Comité Asesor que estará integrado por:

- El secretario Departamental o Distrital o su delegado donde se encuentre ubicada la sede.
- Un representante de los Bancos de Tejidos o de Médula ósea del área de su jurisdicción, designado por ellos mismos.
- Un representante de Bioética, designado por la Comisión Intersectorial de Bioética.
- Un representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, habilitadas con programa de trasplante de órganos del área de su jurisdicción designado por ellas mismas.
- Un representante de las asociaciones de trasplantados, designados por ellas mismas.
- Un representante de las universidades que tengan convenios docentes asistenciales con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, habilitadas con Programas de Trasplantes del área de su jurisdicción designado por ellas mismas.

Las Coordinaciones estarán bajo la responsabilidad y a cargo de la Dirección Departamental de Salud de Antioquia.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

La Coordinación Nacional de la Red (INS) y las Coordinaciones regionales realizan diversas funciones según competencias establecidas, las cuales se pueden resumir así:

Funciones de Gestión de la Red:

- Manejo del sistema nacional de información en donación y trasplantes.
- Directrices de operación de la Red.
- Vigilancia y Control a través del Programa Nacional de Auditoría.
- Promoción a la donación.

Funciones Operativas de la Red:

- Distribución de órganos y tejidos según el nivel.
- Manejo de listas de espera para trasplante.
- Certificados de salida o ingreso de componentes anatómicos
- Turnos de rescate.
- Coordinación de las actividades de gestión Operativa de la Donación.


8.1. ACTIVIDADES DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN

Las actividades de la Gestión operativa de la donación estarán a cargo de los Coordinadores Operativos de Trasplantes – COT- y de los Gestores Operativos de la Donación – GOD. Dichas tareas comprenden actividades clínicas y no clínicas que son necesarias para conseguir exitosamente los componentes anatómicos que están necesitando los pacientes en nuestra comunidad.

8.2. ACTIVIDADES CLÍNICAS

Son aquellas que están directamente relacionadas con la conversión de los pacientes fallecidos en donantes.

El GOD será el responsable de: diligenciar consentimientos informados, llenar los registros que correspondan e iniciar la remisión del paciente a una institución apta para el rescate de órganos. (Ministerio de Protección Social. Diario oficial 46.007. Resolución 2640 de 2005. Art. 7º, numerales 1 y 3).

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

El médico anestesiólogo tratante de QUIRÓFANOS EL TESORO, será el responsable del mantenimiento del donante en muerte encefálica hasta que se efectúe la remisión a un centro de mayor complejidad.

8.3. ACTIVIDADES NO CLÍNICAS

Son muy variadas y van desde las acciones de supervisión y monitoreo del proceso de donación para mejorar los resultados, hasta la divulgación de la información alusiva a la donación y trasplante. Así mismo, la formación del personal asistencial y la información del personal no asistencial, la promoción de la donación, el desarrollo y la implementación de los programas de aseguramiento de la calidad y la participación en los comités de trasplantes.

8.4. PROCESO DE GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN EN MUERTE ENCEFÁLICA Y PARADA CARDIACA PARA ÓRGANOS Y TEJIDOS.

Todo colombiano que fallezca se convierte en donante, excepto si manifestó su negativa en vida, de no ser así ningún familiar podrán oponerse a que se le extraigan los órganos o tejidos.

Las personas que en vida quiera manifestar su negativa de ser donante, lo deberán hacer mediante un documento escrito y autenticarlo ante un Notario Público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud.


8.5. BÚSQUEDA Y DETECCIÓN DEL DONANTE

Los responsables de ejecutar las tareas de detección de potenciales donantes son el Gestor de donación (GOD) y el médico coordinador operativo de trasplantes (COT). Sin embargo, es necesario el apoyo del personal médico y de enfermería de cirugía y de hospitalización.

8.6. SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON PUNTAJE DE GLASGOW <5

El seguimiento de los pacientes en coma es una parte importante en la búsqueda de los potenciales donantes, porque algunos de ellos pueden evolucionar a muerte encefálica. Estos casos son vigilados en unidades que puedan proporcionar ventilación mecánica.

En la detección pasiva: el servicio donde está el potencial donante contacta al COT de acuerdo con un criterio predefinido. Para que sea útil se requiere la implementación de

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

procedimientos escritos en los respectivos servicios, además de conocimiento del personal que allí labora y adherencia a los mismos.

En la detección activa: hay un contacto diario por parte del staff de los servicios y el COT para identificar los potenciales donantes. Tan pronto como uno de estos es identificado, el COT debe contactar al médico tratante para organizar el proceso de donación.

QUIRÓFANOS EL TESORO, debe informar al CRUE sobre:

- Los pacientes con puntaje de la escala de coma de Glasgow (Gw) menor de 5.
- Casos con diagnóstico de Muerte Encefálica.
- Los pacientes que hagan parada Cardio Respiratoria.


Los CRUEs pueden entablar comunicación con las IPS generadoras vía telefónica para incentivar la notificación, e identificar alertas de posibles donantes.

Detección Activa, el gestor o el coordinador operativo de trasplante (COT), diariamente debe visitar los servicios de cirugía y hospitalización. Debe informar a la coordinación regional de su área de influencia la presencia de:

- Glasgow menor de 5
- Casos con diagnóstico de Muerte Encefálica
- Parada Cardio Respiratoria.
- Paciente que ingresa fallecido

Actividad

- La SOLICITUD del certificado lo debe realizar la (el) jefe de enfermería del servicio de la Clínica donde está el fallecido o potencial donante.
- Reportar la muerte encefálica al CRUE.
- Solicitar el Certificado de consulta registro nacional de donantes. Teléfono: 301-4587769. Debe suministrar los siguientes datos: Nombre, edad, c.c., IPS, hora del diagnóstico o muerte, causa de la muerte, nivel de riesgo para COVID.
- Conservar el PDF que tiene escrito un código, para anexarlo a la historia clínica.
- Avise a la Coordinación Regional de la Red de donación y trasplantes que está con un donante.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

- Iniciar la actividad de mantenimiento del donante en muerte encefálica y la remisión a un centro de mayor complejidad y apto para realizar las valoraciones pertinentes y la extracción de órganos y tejidos.
- Iniciar la búsqueda de deudos del fallecido para:
 - Complementar la información de la historia clínica, estilo de vida, historia personal, social y comportamental.
 - En el caso de menores de edad, obtención del consentimiento escrito de parte de los padres.
- Diligencie registro de consentimiento para la donación de órganos y tejidos si aplica y notificación.


8.7. SEGUIMIENTO DE OTROS PACIENTES

Las paradas cardíacas (Cardio circulatorias) deben ser reportadas al CRUE departamental en todos aquellos casos entre 15 y 65 años, así mismo al Gestor de donación de QUIRÓFANOS EL TESORO.

Se excluyen de este grupo los casos en cuya causa de muerte fue infección por SARS-CoV2, tumores como melanoma, leucemias, linfomas, sepsis de cualquier etiología y positividad para infecciones por HIV, Hepatitis B y C.

Todo lo relacionado con la selección del donante, se encuentra en forma detallada, en el formato Registro de donantes en parada cardiorrespiratoria.


Tabla 1. Clasificación de los donantes en situación de parada cardiocirculatoria

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

CLASE	DESCRIPCION	COMENTARIO
CATEGORIA I NO CONTROLADA	Encontrado muerto. IA: fuera del hospital IIA: en el hospital	Paro cardíaco repentino sin ningún intento de resucitación por el equipo médico
CATEGORIA II NO CONTROLADA	Paro cardíaco presenciado. IA: fuera del hospital IIA: en el hospital	Paro cardíaco súbito, irreversible, con maniobras de resucitación infructuosas por parte del equipo médico en el ámbito intra o extrahospitalario.
CATEGORIA III CONTROLADA	Suspensión del soporte vital.	Suspensión planeada del soporte vital. Es un paro cardíaco esperado.
CATEGORIA IV. NO CONTROLADA CONTROLADA	9.9. Paro cardíaco cuando se tiene un donante en muerte encefálica	Paro cardíaco súbito luego del diagnóstico de muerte encefálica, durante el mantenimiento del donante, pero previo a la ablación de los órganos

8.8 OTRAS RECOMENDACIONES

- Mínimo en la visita de detección se le debe informar a los médicos que es importante notificar los Glasgow menores de 5, las paradas cardíacas y los diagnósticos de muerte encefálica y los pacientes que ingresen fallecidos.
- El proceso de donación es exitoso gracias a la existencia permanente de un profesional que se encargue de detectar las personas que por la gravedad de su lesión evolucionarán a la muerte encefálica.
- Este profesional debe ser de fácil localización y el personal asistencial de los servicios generadores debe reforzársele permanentemente las formas y el teléfono de la red de trasplantes en su regional donde se emite la alerta.
- La forma de hacer la detección debe ajustarse a unos protocolos adecuados con las particularidades de su regional. Los mínimos para transmitir en su discurso ya fueron mencionados.
- Es menester una retroalimentación permanente hacia el personal asistencial que nos colabora con la detección en los servicios de cuidados intensivos y urgencias, para que estén abiertos frente al tema de la donación-trasplante y para que conozcan sobre los

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

resultados obtenidos y el destino de los componentes anatómicos que coadyuvaron a detectar y rescatar.

- El donante debe detectarse de una manera integral, buscando exaltar el gesto de ayuda de los familiares del donante. Esto se logra buscando siempre la donación de órganos y tejidos.
- La detección de los donantes potenciales es el punto de partida para el proceso del trasplante. Esta es una de las fases más difícil del proceso, razón por la cual requiere una especial atención, seguimiento y adherencia al procedimiento. La única forma de garantizar que los donantes no se pierdan, es asegurarse que estos puedan identificarse y monitorizarse de manera individual en ambas sedes. Las IPS trasplantadoras y generadora.
- En cualquier caso, siempre se debe propender por garantizar los derechos del paciente a una atención digna; por el derecho a la información clara y oportuna de sus deudos; a que se evite inducir al COT a participar de procesos terapéuticos en pacientes aún vivos y se debe instar a los equipos tratantes a brindar un soporte adecuado a los pacientes con inminencia de muerte. Aquí cobra un gran valor la intervención de cuidados paliativos de la clínica.

Registros referenciados:


- Registro de las alertas de potenciales donantes
- Registro de donantes
- Consentimiento para la donación de órganos y tejidos
- Registro de notificación a la familia
- Oposición de los deudos a la Ley 1805/2016. Presunción de donación de componentes anatómicos.

Tratamientos previos y actuales:


Pregunte por los tratamientos recibidos antes del diagnóstico de muerte. Dosis, tiempo de aplicación. Esto por el uso de fármacos hepatotóxicos (paracetamol) y nefrotóxicos (litio y anti-inflamatorios no esteroideos).

Esto debe incluir el uso de inmunosupresión, exposición a radiación o a productos químicos y quimioterapia.

- Corticosteroides: duración, dosificación (altas dosis pueden enmascarar enfermedades virales actuales y son una razón para contraindicar tejido óseo).

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

- Tratamientos con metales pesados: sales de oro.
- Antimicrobianos: uso de antibióticos o antivirales de prescripción reciente.
- Transfusiones de sangre o hemoderivados.
- Hormona del crecimiento: receptores de derivados de hormona del crecimiento, injertos de duramadre tienen más riesgo de ECJ, y contraindican el donante.
- Conductas de riesgo:
 - Es importante realizar una entrevista para la evaluación del riesgo en el donante que cubra los antecedentes personales, las conductas de riesgo y la historia de viajes. Esta debe ser desarrollada y seguirse de acuerdo con procedimientos operativos estándar.
 - El entrevistador deberá estar entrenado para tal procedimiento de manera que tenga recursos y argumentos para la formulación de las preguntas con claridad y responder cualquier duda que el entrevistado exprese
 - Comprende una serie de preguntas sobre la historia médica, evaluación de las conductas de riesgo y comportamiento e historia de viajes
 - Se debe iniciar por las preguntas menos íntimas; es necesario hacerle saber con prudencia y franqueza al entrevistado sobre la importancia de los factores de riesgo; debe evitar usar términos médicos y las preguntas deben ser hechas de manera directa.
 - Si en los días previos a la muerte hubo fiebre, tos, vómito, diarrea, adenopatías, pérdida de peso mayor al 10% sin causa clara, rash, sudoración nocturna, convulsiones, úlceras orales o genitales, historia reciente de vacunación con virus vivos para MMR, viruela, fiebre amarilla, VHB, influenza etc.
 - Si hubo mordedura de animal en los últimos 12 meses. Si se sospechase que estaba infectado por rabia el donante se contraindica de manera absoluta.
 - Debe preguntar por antecedentes que puedan llevar a la transmisión de enfermedades infecciosas como VIH y hepatitis viral:
 - Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en los últimos 12 meses (sífilis, gonorrea, herpes genital, condilomatosis).
 - Estancia en prisión (cárcel, permanencias, inspecciones de policía, reformatorios, penitenciarías) en los últimos 12 meses
 - Sexo con individuos de alto riesgo, sexo a cambio de dinero o drogas; hombres quienes tienen sexo con otros hombres; sexo con receptores de factores de coagulación; sexo con usuarios de drogas intravenosas; sexo con alguien que haya sido encontrado positivo para VIH y virus de la hepatitis B (VHB) en los últimos cinco años.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13


- Uso de drogas intravenosas en los últimos 12 meses
- Uso de drogas no inyectables en los últimos 12 meses.
- Tatuajes, retoque de un tatuaje y maquillaje permanente: Para este tema, remitirse a lo contemplado en las "Comisiones de órganos".
- Contacto con sangre de un infectado de VHB, VIH, virus de la hepatitis C (VHC) en los últimos 12 meses
- Un familiar cercano con diagnóstico confirmado por un médico de ECJ: también contraindican el donante de manera absoluta (sólo para tejidos).
- Historia de viaje a zonas endémicas para malaria, enfermedad de Chagas, Leishmania; y a zonas de enfermedades emergentes donde se haya diagnosticado virus del oeste del Nilo (WNV) o virus Chikungunya.
- Historia de diagnóstico definitivo o sospecha de encefalopatía espongiiforme en el donante; un familiar cercano con diagnóstico de ECJ o si el donante recibió derivados de hormona del crecimiento no recombinante, implantes de duramadre, de córnea o esclera, todo lo anterior conlleva riesgo de enfermedades transmitidas por priones.

Criterios de exclusión médico legal:


- Sospecha de Síndrome de Maltrato Infantil
- Muertes en persecuciones de la policía, en cuidado o custodia de la policía, detención en prisión.
- Muertes bajo el cuidado de servicios de corrección sin custodia (ejemplo personas bajo palabra, comunidades basadas en órdenes o fianzas) y pacientes involuntarios de instituciones psiquiátricas
- Muerte en un contexto de sospecha de violación de los Derechos Humanos: Muerte producto de la conducta del Estado, a través de cualquier persona que actúe en el ejercicio de la autoridad pública.
- Muerte en un contexto de conflicto armado, terrorismo o similares.
- Órgano comprometido en el mecanismo de la muerte traumática.

Haga el examen físico completo y detallado del donante:

- En un lugar privado, con buena fuente de luz. Antes de proceder verifique la identificación del donante.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

- Consigne en el formato Registro de donantes todos los hallazgos positivos del examen físico. Le serán de utilidad para la evaluación clínica y en los casos judiciales.
- Siga un orden, cráneo – caudal. Rote el cuerpo. El no hacerlo podría hacer que pase por alto un melanoma, un condiloma, lesiones de herpes.
- Busque signos de ictericia, desnutrición, deformidades, lesiones en piel que lo hagan sospechar cáncer.
- Signos de infección bacteriana o viral:
- Área de un tatuaje, piercing corporal, acupuntura, áreas afeitadas, enrojecidas, inflamadas y descamantes.
- Lesiones dermatológicas como: rash, petequias, úlceras, polimorfismo lesional de la varicela, herpes zoster.
- Lesiones orales como úlceras o leucoplasias vellosas.
- Adenopatías.
- Evalúe los espacios interdigitales.
- Evalúe los orificios naturales: boca, ano y vagina.
- Busque: signos de trauma, en tórax y abdomen que le indiquen lesiones de los órganos; y en las extremidades que lo lleven a contraindicar tejidos.
- Busque signos de inyecciones no médicas: una clave para diferenciarlas es que los sitios de punción médica generalmente dejan un halo hemorrágico peri-lesional, mientras que las punciones por uso de drogas parenterales no.
- Adicionalmente, estos sitios de punción por uso de drogas suelen estar ocultos por algún tatuaje.
- Los trayectos venosos son gruesos y fibróticos.
- Signos de coito anal: lesiones perianales y laceraciones longitudinales
- Úlceras genitales, verrugas genitales, lesiones herpéticas, chancros sifilíticos.
- Cicatrices antiguas y/o recientes: debe indagarse cuándo, cómo y dónde ocurrieron. Sean quirúrgicas o traumáticas.
- Palpe cuidadosamente cuello, tórax, axilas, abdomen e inguinal, buscando adenopatías y visceromegalias.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

Detección y evaluación clínica en tiempos de infección por COVID-19

- Para las tareas de detección es importante seguir el lineamiento nacional, publicado por el INS en junio de 2020.
- “Para la detección posibles donantes, los médicos a cargo de la gestión de donación deberán evaluar e implementar otras estrategias tales como telesalud, para lo cual se deben atender las disposiciones nacionales en el tema.”
- El GOD y el COT se debe indagar por los antecedentes de evaluación del riesgo epidemiológico y clínico establecido por el INS y luego proceder con la categorización del riesgo tomados del lineamiento nacional.

Ver Tablas No 3, 4 y 5.

Tabla 4. Evaluación del riesgo para COVID-19. Criterios epidemiológicos

CRITERIO	SI/NO
Criterios clínicos principales	
Fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	
Tos seca de reciente inicio	
Imagen diagnóstica disponible con evidencia de “opacidades” parenquimatosas en patrón de vidrio esmerilado o consolidaciones periféricas”, sin diagnóstico confirmado.	
Diagnóstico de neumonía en los últimos 21 días, sin causa identificada.	
Criterios clínicos secundarios	
Astenia o síntomas gripales, mialgias o artralgias	
Disnea	
Dolor abdominal inexplicable, náuseas y/o diarrea	
Pérdida del sentido del gusto (ageusia) y del olfato (anosmia)	
Otros: ¿Cuáles? Ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Odinofagia • Lesiones dermatológicas no identificadas previamente o de reciente aparición (Enrojecimiento / equimosis en dedos de las manos o artejos) 	

Fuente: Clasificación de riesgo de donantes potenciales en: Lineamiento Técnico para la Red de Donación y Trasplantes Relacionado con el Coronavirus Sars-Cov-2, responsable de ocasionar la enfermedad infecciosa por coronavirus (covid-19). Ver 0.1 jun 30/2020. Ospina MM y cols. Instituto Nacional de Salud. Colombia.





	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

Tabla 5. Categorización del riesgo del donante fallecido


	Riesgo	Conducta
 Riesgo alto	1 o más criterios epidemiológicos + 1 o más criterios clínicos principales	Contraindicar el potencial donante para órganos y tejidos. No requiere tomar muestra para COVID-19.
 Riesgo intermedio	1 o más de los criterios epidemiológicos y ningún criterio clínico (o desconocidos) 0 1 o más de los criterios clínicos, sin otro diagnóstico confirmado (o desconocidos).	Realizar prueba para COVID-19 por PCRT – RT. Si el resultado es positivo contraindicar el donante. Una vez se cuente con resultado negativo** Iniciar extracción de órganos y tejidos donados. En caso de no poder evaluar antecedentes deberá contraindicarse el donante para tejidos. Los demás casos de riesgo intermedio deberán comentarse a los directores técnicos científicos de los bancos una vez legalizada la donación para su evaluación individualizada.
 Riesgo bajo*	Ningún criterio clínico ni epidemiológico	Realizar prueba para COVID por PCRT – RT. Si el resultado es positivo contraindicar el donante. Una vez se cuente con resultado negativo** Iniciar extracción de órganos y tejidos donados. Únicamente en casos donde se pretenda cubrir urgencia cero o estado compasivo, y el caso no permita esperar el resultado de la prueba será discrecional del grupo de trasplantes Ingresar a rescate sin el resultado de la misma (o con resultado de pruebas complementarias, en tanto se tienen resultado de prueba para COVID-19 por PCR-RT). En este caso el grupo que trasplantará debe realizar también el rescate, ante oferta nacional dependerá de la evaluación del grupo de rescate de turno. En este caso se debe fortalecer el uso de EPP debido a que se realizará extracción sin resultado de prueba.

Adaptado: Comisión de Infecciones en Trasplante de Órgano Sólido SADI/SAT/INCUCAI (21) – American Society of Transplantation (22) - Kumar, D., et al (24)

Fuente: Lineamiento Técnico para la Red de Donación y Trasplantes Relacionado con el Coronavirus Sars-Cov-2, responsable de ocasionar la enfermedad infecciosa por coronavirus (covid-19). Ver 0.1 jun 30/2020. Ospina MM y cols. Instituto Nacional de Salud. Colombia.

8.9. ACERCAMIENTO A LA FAMILIA

- Identificar las personas más allegadas al potencial donante.
- Preguntar si entendieron concepto de muerte encefálica, para determinar en qué fase de la elaboración del duelo está la familia.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13


- Si la familia no entendió el concepto de muerte encefálica, se le debe explicar de nuevo.
- Una vez la familia entienda el concepto de muerte
- Presentarse o ser presentado por el médico tratante o la enfermera jefe del servicio como coordinador operativo de la Red de donación y trasplantes.
- Informar a la familia de la existencia de la ley 1805 de 2016 y en que consiste.
- Informar a la familia que se consultó al Instituto Nacional de Salud el certificado de consulta registro de donantes ley 1805 de 2016 donde certifica no ha manifestado oposición a la presunción legal de donación de órganos y tejidos.

8.10. ARGUMENTACIÓN FRENTE A LA FAMILIA

- Es cuestión de solidaridad: para la comunidad, porque cualquiera de nosotros podría estar necesitando un órgano o tejido.
- Utilidad: ante el fallecimiento su muerte no será en vano y ayudará a otras personas.
- Generosidad, reciprocidad.
- Exprese que es un acto de generosidad inmenso.
- Oriente a los familiares en trámites administrativos de la clínica.
- Oriente a los familiares del fallecido donde se encuentra la oficina de egreso para que le entreguen la boleta de salida.
- En caso de ser muerte violenta se debe informar que luego del proceso de donación de órganos y tejidos el cuerpo será llevado a medicina legal para la realización de la necropsia médico legal y posteriormente le entregaran el cuerpo en medicina legal a la funeraria contratada por la familia.
- Si la causa de muerte es natural el médico tratante entregará el certificado de defunción diligenciado.

La institución debe ser flexible con los familiares del fallecido y permitir la entrada en cualquier momento.

El grupo de gestión operativa de la donación (GOD) no tiene una segunda oportunidad para causar una buena impresión a los familiares del fallecido para lograr una donación efectiva.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

Si la familia no se opone a la donación.

Informar a la familia lo que usted hará después: apoyo, trámites etc.

- Exprese gratitud y diga GRACIAS por acceder a la donación y pensar en ‘ ‘otros’ ’.
- Informe lo que sucederá después: tiempos, trámites, procedimientos, papeleo, diligenciamiento el consentimiento en caso de ser necesario.
- Iniciar la remisión del paciente y avisar a la coordinación regional para que informe a los equipos encargados de las extracciones de órganos y tejidos.

En caso de oponerse a ley 1805 de 2016.

- Deje que las familias expresen el NO.
- De agradecimientos por el tiempo y acceder a hablar con usted
- De nuevo exprese condolencias
- Explique igual los trámites que debe seguir.

Revertir las negativas

El 54% de las negativas pueden cambiarse a un consentimiento favorable frente a la donación.

Se recomienda hacer una segunda entrevista.


La segunda entrevista debe ser realiza por otra persona diferente a la que realizó la primera.

Si finalmente hay oposición a la ley 1805 de 4 de agosto de 2016 por parte de la familia diligenciar el formato de oposición y anexar a la historia clínica.

Otros aspectos

La entrevista familiar es uno de los factores determinantes en el proceso de donación, máxime si es ejecutada por un experto, puesto que esto condiciona la obtención positiva del consentimiento para proceder con la donación.

La ley 1805 de 2016 objetivo. La presente ley tiene por objeto ampliar la presunción legal de donación de componentes anatómicos para fines de trasplante y otros usos terapéuticos.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

La ley 1805 en el artículo 3 párrafo 1. La voluntad de donación expresada en vida por una persona solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser sustituida por sus deudos y/o familiares.

Una de las principales causas de pérdida de donantes es la realización de la entrevista familiar de manera inadecuada, sólo es superada por problemas en la detección. Este no consentimiento se presenta en cifras variables, 39% en EEUU, 28,6% en Colombia.

Finalmente:

Identifique al líder de la familia que, por su posición, pueda influir de manera positiva en la decisión familiar.

Permita el ingreso al lugar de la entrevista de todas aquellas personas consideradas de importancia al momento de tomar la decisión.

No pierda el contacto con el grupo familiar. Si alguien se ausenta de la sala incluso para algo tan simple como una llamada o conseguir un café, no le impida que lo haga, pero asegúrese que regrese para que la decisión sea unánime.

Recuerde que:

Es una situación difícil, porque se acaba de producir una muerte y aunque el equipo tratante debió de comunicar la mala noticia, si aún no han llegado todas las personas del grupo familiar, a usted como coordinador le toque volver a comunicar la mala noticia. Tenga presentes las fases de duelo e impacto emocional: la fase de negación, rebeldía, negociación y depresión.

Y luego de comunicar esa mala noticia hay que iniciar todo el proceso de donación.


La entrevista para que sea exitosa es necesario formarse para tal efecto y planificarla.

Tenga claros los temas por tratar:

- Saber explicar el concepto de muerte encefálica.
- Hacer la solicitud sólo cuando la familia entienda el concepto de muerte encefálica.
- Conocer las técnicas de comunicación de malas noticias.

Recomendaciones:

- La entrevista de donación es uno de los puntos críticos en el proceso de donación.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

- Requiere de técnica, tacto y entrenamiento.
- Se recomienda re-entrenamiento semestral o anual para los equipos que están ejecutando la entrevista de donantes de órganos y tejidos


La literatura reporta que las negativas pueden ser revertidas. Es recomendable instaurar la práctica de re – entrevistar. Desmitificándola y simplemente repitiendo la entrevista con un COT diferente.

Tabla 6. Expresiones para ser utilizadas al momento de hablar con las familias

UTILICE	NO UTILIZAR
Refiérase al donante por su nombre	No cuerpo ni cadáver
Hable de cirugía de donación	No rescate
Ventilación mecánica	No soporte vital
Está muerto	Tiene vida artificial

Tabla 7. Argumentación para revertir la negativa

MOTIVO	ARGUMENTO
Nosotros ya hablamos de eso	Investigue el contexto ¿Me puede hablar más del por qué?
El fallecido no quiere en vida	Pregunte más sobre las actitudes individuales del donante. Deseo de ayuda a otros por parte del donante
Integridad del cuerpo	Aclare aspectos técnicos de la reconstrucción
Inconformidad con la atención	Escuche, no descalifique su posición. Separe ambos asuntos. La donación no interfiere con una futura demanda
Religión	Todas lo aceptan
Un no asertivo y firme	Se presenta en familias de alto nivel educacional. Es el más difícil de revertir.


	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

8.11. MANTENIMIENTO DEL DONANTE POTENCIAL DE COMPONENTES ANATÓMICOS


Las maniobras de mantenimiento de un potencial donante de órganos han de ser rápidas, agresivas, coordinadas y simultáneas, tanto las de carácter general como específicas de cada órgano. Es entre 12-24 horas el periodo de tiempo apropiado para llevar a cabo todos los procedimientos administrativos necesarios, mantener la función de los órganos, tratar la disfunción reversible de estos y acelerar su proceso de traslado a la institución competente para la extracción de órganos o tejidos.

Tabla 8. Descripción (mantenimiento del donante multi-orgánico)


CAMBIO FISIOPATOLÓGICO	CAUSAS	TRATAMIENTO
CONTROL HEMODINÁMICO HIPERTENSIÓN	Son frecuentes las crisis hipertensivas, debido a la liberación masiva de catecolaminas. Estas situaciones pueden producir lesiones hemorrágicas y/o micro-infartos en órganos como el corazón y el pulmón, por lo que deberían ser tratadas cuando se detecten.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe iniciarse cuando hay persistencia durante más de 30 minutos de cifras de PAS > 180mmHg, PAD >120 o PAM>95mmHg. • Nitroprusiato: Vasodilatador mixto, arterial y venoso que disminuye las RVS y aumenta la capacitancia del sistema venoso: 0.5–5.0 µg/kg/minuto • Labetalol: En bolos de 20-40 mg iniciales, hasta máximo 80 mg; Si no hay respuesta, se debe iniciar infusión entre 1-2 mg/min.
HIPOTENSIÓN ARTERIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia: Puede presentarse en forma secundaria debido a la restricción de líquidos, a la deshidratación debida al aumento de la diuresis con la administración de diuréticos osmóticos y agentes hiperosmolares para el tratamiento del edema cerebral, por posible disfunción miocárdica secundaria a contusiones en pacientes politraumatizados, por un aumento del gasto urinario secundario a la poliuria por diabetes insípida y poliuria por diuresis osmótica secundaria a hiperglucemia. • Disfunción de ventrículo izquierdo: generalmente por contusión miocárdica en pacientes politraumatizados • Hipotermia • “Miocardio aturdido”: Suele ocurrir un deterioro de la función cardíaca con presencia de micro infartos y alteraciones en la contractilidad, secundarias a la tormenta simpática 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener una PAM por encima de 65 mmHg o PAS > 90 mmHg, por medio de las siguientes estrategias, si son requeridas: • Con la infusión en los primeros 30 minutos de 20-30 ml/kg de líquidos cristaloides, se inicia el manejo de las presiones arteriales bajas. • Si antes de completar la infusión de líquidos la PAM <40 mmHg o la PAS < 70 mmHg, está indicado iniciar medicamentos Vasopresores. • Noradrenalina: Dosis Desde 0,1 a 3,3 µg/kg/min. • Vasopresina, a dosis entre 0,01 u min y 0,04 u /min • Su efecto es dosis dependiente. Se debe evitar en lo posible dosis elevadas (2-10 µg/kg/minuto) con el fin de no empeorar la perfusión cardíaca y hepática por estimulación alfa-adrenérgica. • Dobutamina Ampolla 250 mg/5 ml).

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13


CAMBIO FISIOPATOLÓGICO	CAUSAS	TRATAMIENTO
	producida durante el proceso de enclavamiento cerebral.	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Alternativa:</u> Milrinone a 0.025 a 1 µg/kg/min. • Dosis de 5 a 15 µg /kg/min
ARRITMIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia. • Hipotermia. • Hipotensión que provoca isquemia cardíaca. • Contusión miocárdica. • Tratamiento con catecolaminas. • Catecolaminas endógenas. • Alteraciones en los gases arteriales. • Alteraciones electrolíticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Las arritmias supraventriculares pueden ser tratadas con amiodarona y las ventriculares, con lidocaína; o cardioversión. • Si se presenta paro cardíaco se deben seguir los protocolos internacionales de reanimación cardíaca
MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Hipotermia</u> Se define la hipotermia por el registro de temperaturas corporales centrales menores a 35°C, lo cual se traduce en pérdida progresiva del calor corporal y deterioro del estado hemodinámico por vasoconstricción e inestabilidad. La presencia de esta condición es un fenómeno casi constante en el potencial donante de órganos que se presenta con graves lesiones neurológicas (lesión del centro termorregulador hipotalámico). • <u>Hipertermia</u> Es menos frecuente que la hipotermia, pero durante la fase final de destrucción del centro termorregulador del hipotálamo, se pueden presentar picos febriles transitorios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aire caliente en la sala de cirugía • Aire del ventilador mecánico con temperatura entre 42-46°C • Uso de mantas térmicas o aislantes • Calentamiento a 43°C de los líquidos intravenosos que se van a infundir, puede ser a través de una vía venosa central a una tasa de 150-200 ml/hora. • No realizar irrigación vesical o peritoneal en donantes de órganos. • El tratamiento es utilizar medios físicos y retirar las medidas de calentamiento corporal.
ALTERACIONES ENDOCRINAS	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del eje hipotálamo-urohipofisario ○ <u>Diabetes insípida:</u> Los criterios diagnósticos son: <ul style="list-style-type: none"> • Diuresis >4ml/Kg/hora. • Densidad urinaria <1005 • Hipernatremia 	<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento de elección en esta patología en donantes potenciales con muerte encefálica es la desmopresina a dosis de 2-6 microgramos IV, siendo posible repetir esta dosis a demanda, valorando la diuresis horaria y la densidad urinaria. <p>Vasopresina la dosis recomendada es de 0,01 u /min a 0,04 u /min</p>

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

CAMBIO FISIOPATOLÓGICO	CAUSAS	TRATAMIENTO
	<ul style="list-style-type: none"> Osmolaridad plasmática >300mmol/Kg y Osmolaridad urinaria <300mmol/Kg Alteraciones del eje hipotálamo-adenohipofisario-tiroides 	<ul style="list-style-type: none"> Metiprednisolona 15 mg/Kg Bolo repetido en 24 horas. Insulina 1 U/hora Vasopresina 1 U bolo, seguida de 0.5-4 U/hora
HIPERGLICEMIA	<p>Tras la ME es frecuente la aparición de hiperglucemia moderada e incluso severa. Esta alteración metabólica puede ocasionar un estado hiperosmolar con la consiguiente deshidratación, los cambios electrolíticos intracelulares, acidosis metabólica y poliuria, todos contribuyendo a mantener la hipovolemia.</p> <p>Su origen suele ser multifactorial y entre sus causas se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infusión de fármacos inotrópicos Administración de líquidos con glucosa o dextrosa en altas concentraciones Liberación excesiva de catecolaminas Tratamiento con corticoides a altas dosis Hipotermia 	<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento de la hiperglucemia incluye perfusión continua de insulina rápida por vía intravenosa, a la dosis necesaria para mantener la glicemia en valores entre 140 y 200 mg/dl. <p>Deben practicarse controles periódicos de glucemia, glucosuria y cetonuria para determinar los requerimientos de insulina</p>
MANTENIMIENTO ELECTROLÍTICO	<ul style="list-style-type: none"> <u>Hipokalemia</u> <u>Hiperkalemia</u> <u>Hipernatremia</u> Principales causas: Aporte inadecuado. Hipovolemia (hipernatremia con oliguria) Diabetes insípida (hipernatremia con poliuria) 	<ul style="list-style-type: none"> Su tratamiento es reponer el potasio en las soluciones, con infusión de 20 mEq/L/hora de cloruro de potasio, con un nuevo control una hora después de la infusión. El tratamiento es etiológico, además se utiliza el gluconato cálcico y la solución de dextrosa al 5% + 15 U de insulina corriente. Se puede adicionar bicarbonato de sodio 1 mEq/Kg. El tratamiento, además de etiológico, se basa en la utilización de soluciones glucosadas.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

CAMBIO FISIOPATOLÓGICO	CAUSAS	TRATAMIENTO
ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN	Perdidas sanguíneas: Liberación del factor fibrinolítico-hístico del tejido cerebral isquémico	La recomendación para su adecuado manejo es mantener el hematocrito superior al 30% y la hemoglobina superior a 10g/dL con el fin de mejorar el transporte de oxígeno. Si el hematocrito es menor del 30% se debe transfundir 2 unidades de glóbulos rojos y hacer un control de hematocrito. Cuando el recuento plaquetario es menor de 65.000/mm ³ se debe iniciar transfusión de 4-6 unidades de plaquetas)
SOPORTE VENTILATORIO	La meta de lograr una adecuada perfusión tisular debe guiarse por ciertos parámetros que son los ideales para que todos los componentes de la oxigenación funcionen correctamente, tanto en el intercambio, en el transporte y en la entrega del oxígeno. Es por esto por lo que se hace necesario capturar unos valores adecuados de hemoglobina y hematocrito para asegurar el contenido arterial de oxígeno necesario, y de gasto cardíaco que permita un adecuado bombeo de la sangre para que esta pueda llegar a los tejidos que requieren continuar con su actividad metabólica.	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante entonces mantener los siguientes parámetros: • pH entre 7.35-7.45 • pCO₂ entre 35-45 mmHg • pO₂ superior a 100 mmHg con la menor FIO₂ posible y el menor nivel de presión positiva al final de la espiración (PEEP) • Volumen corriente de 6-8 ml/kg (de peso ideal). Manteniendo presión plateau o meseta < 30 cm H₂O. • Saturación de O₂ superior a 95% con FIO₂ baja. • En cuanto a los donantes con temperatura menor a 34°C, se aconseja disminuir la pCO₂ a razón de 0.015 unidades de pH por cada grado de temperatura menor a 37°C.
MANTENIMIENTO DE LA FUNCIÓN RENAL	<ul style="list-style-type: none"> • Poliuria: es la situación en la cual el gasto urinario se encuentra por encima de 3-4 ml/kg/hora. Su importancia radica en que puede empeorar la hipovolemia y la oxigenación tisular. La presentación de poliuria puede indicar más comúnmente diuresis osmótica por hiperglicemia y diabetes insípida. • Oliguria: situación en la cual la diuresis es menor a 0.5 ml/kg/hora. Si el paciente con oliguria se encuentra con buena reposición de líquidos, presión 	

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

8.12. Mantenimiento de la monitorización.

Se pretende lograr lo siguiente:

Presión arterial sistólica:	> 100 mm Hg.
Presión arterial media:	> 70 mm Hg.
Frecuencia Cardíaca:	> o =60-80 latidos minuto.
Hemoglobina:	>8 grl
Presión venosa central	PVC 10-12 mm Hg y donante de pulmón PVC 6-8 mm Hg
Temperatura central:	> de 35 grados
Gasto urinario:	1-2 cc/Kg/h
Gases arteriales	PH: 7.35-7.45 PaCO ₂ 35-45 PO ₂ : > o =100mmHg

9. MECANISMOS DE SOCIALIZACIÓN


Líderes de las áreas definidas en el alcance de este documento, deben socializar y capacitar a los integrantes de su equipo de trabajo que tengan responsabilidad definida en este procedimiento, para garantizar un adecuado entendimiento que dé lugar a la aclaración de dudas y permita su correcta ejecución. Se debe entregar evidencia de socialización (videos, listas de asistencia, evaluaciones, etc.) al área de gestión humana.

10. FRECUENCIA DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

El manual es revisado y actualizado cada cinco (5) años o antes si el proceso y la norma lo requieren.


11. ANEXOS

No aplica.

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bogotá, Ministerio de salud y protección social, Resolución 481 de 2018, Bogotá, 22 de febrero de 2018.
- Bogotá, Ministerio de salud y protección social, solución 3100 de 2019, Bogotá, 25 de noviembre de 2019
- Bogotá, Ministerio de salud y protección social, Resolución 3495 de 2019, Bogotá 24 de diciembre de 2019.
- Rodríguez CV. Entrevista familiar para la donación. Manual de coordinación de trasplantes. Barcelona:
- Universitat de Barcelona; 2005. p. 158-70.
- Domínguez. The critical pathway for deceased donation. Transplant international. 2011; 24:6.
- Casas JG. Informe red donación y trasplantes 2011. Bogotá: INS2011 Marzo 2012.
- Sheey E. Estimating the Number of Potential Organ Donors in the United States. N Engl J Med. 2003 Accesed Dic 2012; 349:667-74.
- Evanisko M. Readiness of critical care physicians and nurses to handle requests for organ donation. Am J Crit Care. 1998 Jan 1998;7(1):4-12.
- Guías de buenas prácticas en el proceso de la donación de órganos. Sect. VI (2011).
- Coco T. Family approach. In: Valero R, editor. Advanced International Transplant Coordination Course; S.Hilari
- Sacalm -Girona: TPM-DTI-UNIVERSITAT DE BARCELONA; 2011
- Organización Nacional de Trasplantes. Documento de consenso sobre la evaluación del donante de órganos para prevenir la transmisión de enfermedades neoplásicas. España: Septiembre 2019; Acceso 26 Agosto

	Protocolo General GESTIÓN DEL CUIDADO DEL DONANTE		
	PROCESO: Guías y protocolos		EDICIÓN: 1
	FECHA EMISIÓN: 02/12/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Dd/mm/aaaa	CÓDIGO: PCG-2.13-13

13. ACTUALIZACIÓN Y APROBACIÓN

ELABORÓ	APROBÓ
Nombres y Apellidos: Dr. Juan Carlos Echeverry Velásquez Cargo: Director Médico	Nombres y Apellidos: Comité de Seguridad del Paciente Cargo: NA

14. CONTROL DE CAMBIOS

EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
01	10/08/2022	Creación del protocolo

15. LINK DE SOCIALIZACIÓN

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd5agpMRcIJhriPHLlgOxW3OQpoRhYmfXHh5hQCZ6UWfnJ0zw/viewform>