



Programa de garantía de calidad de la Organización Nacional de Trasplantes para la evaluación del proceso de donación

N. Cuende*, J. F. Cañón*, M. Alonso**, C. Martín*, E. Sagredo* y B. Miranda*

*Organización Nacional de Trasplantes. Madrid. **Coordinación Autonómico de Andalucía.

Este programa de Garantía de Calidad ha sido galardonado por el Ministerio de las Administraciones Públicas con el premio a las Mejores Prácticas en la Administración General del Estado, en su primera edición del año 2000.

JUSTIFICACIÓN

El importante desarrollo que los programas de trasplante han experimentado en nuestro país ha venido determinado, principalmente, por los esfuerzos realizados en la detección, donación y extracción de órganos y tejidos. Y todo ello, como consecuencia del trabajo de un gran número de profesionales implicados en estos procedimientos y especialmente de la labor llevada a cabo por los coordinadores de trasplantes de los hospitales españoles.

Actualmente los trasplantes de órganos se consideran una opción terapéutica habitual, cuya indicación ha ido creciendo de forma continua debido a los buenos resultados, en términos tanto de supervivencia postrasplante como de mejora de calidad de vida. No obstante, la escasez de órganos sigue siendo el principal factor limitante para dar respuesta a la creciente lista de espera para trasplante.

Esta escasez de órganos ha constituido una preocupación constante tanto para los coordinadores hospitalarios como para los responsables de las organizaciones de trasplantes, obligando a una evaluación de la calidad del proceso de detección, donación y extracción de órganos y tejidos, tratando de conocer el potencial de donación¹⁻⁴ e identificar las áreas del proceso susceptibles de mejora en las que se pueda intervenir con la finalidad de incrementar los resultados.

Dada la complejidad del proceso es necesaria una evaluación continua y exhaustiva de todas y cada una de las fases que nos permita detectar las posibles deficiencias y subsanarlas. Para ello, es imprescindible contar con la colaboración de los

profesionales implicados en el proceso de detección/donación y extracción. Por otro lado, y debido a que la principal limitación para un mayor desarrollo de los programas de trasplante es la escasez de órganos, todos aquellos factores que puedan analizarse y ser mejorados en el proceso de donación, tendrán su repercusión en un incremento en el número de trasplantes. Hay que tener en cuenta que se evalúa con la única finalidad de mejorar.

OBJETIVOS Y DESARROLLO DEL PROGRAMA

En este sentido, en el año 1996, la ONT promovió el desarrollo de un Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación. Entre 1996 y 1997 se realizó un estudio piloto en 25 hospitales españoles⁵, y tras el análisis de dicha experiencia, la ONT con la colaboración de coordinadores hospitalarios y autonómicos diseñó el actual Programa de Garantía de Calidad, que se puso en marcha en el año 1998, en los Hospitales del INSALUD y de Andalucía.

El diseño del Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación se realizó con el propósito de dar respuesta a unos objetivos⁶, que inicialmente eran:

1. Definir la Capacidad Teórica de Donación de órganos según el tipo de hospital.
2. 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 posibles puntos de mejora.
3. Describir los factores hospitalarios que tienen impacto sobre el proceso de donación.

Actualmente todas las Comunidades Autónomas (CCAA) tienen implantado en mayor o menor extensión este Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación. La Comunidad Canaria y el Hospital de Navarra se adhirieron al mismo programa en el año 1999. Los hospitales del País

Vasco, que tenían un programa propio, a partir del año 2000 se adhirieron al Programa junto con los hospitales de la Comunidad Valenciana y algún hospital gallego. A partir del año 2001, hospitales catalanes también participan en el Programa.

La propia implantación del Programa y su evaluación continua, han hecho que el programa haya ido sufriendo ligeras modificaciones buscando su simplificación y tratando de minimizar el trabajo que supone para los coordinadores de trasplante hospitalarios. A continuación vamos a describir el Programa con su actual configuración, si bien, seguramente seguirá sufriendo modificaciones para adaptarse a futuras necesidades de información y mejorar su aplicabilidad.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

La evaluación del proceso se realiza en dos etapas. La primera consiste en una evaluación interna o autoevaluación llevada a cabo por los propios equipos de coordinación de trasplantes de los hospitales y la segunda consiste en una evaluación externa llevada a cabo por profesionales con experiencia en coordinación de trasplantes pero externos a los hospitales que se evalúan.

a) Fase de Evaluación Interna o autoevaluación

La metodología de la evaluación interna así como el ámbito de estudio es objeto de otro artículo en esta misma revista, por lo que nos ceñiremos a una breve reseña sobre cómo se desarrolla esta fase. Esta evaluación interna se lleva a cabo mediante el análisis retrospectivo de las historias clínicas de todos los éxitos acontecidos en las distintas Unidades de Críticos de cada hospital evaluado.

A través de la revisión de las historias clínicas se busca cuántos éxitos de las unidades de críticos fallecieron en muerte encefálica. De cada muerte encefálica se analiza si la coordinación de trasplantes tuvo conocimiento en su momento de que se había producido y en caso de no haber tenido conocimiento, los motivos por los que no fue detectada. En el caso de que dicha muerte encefálica sí hubiese sido detectada por la unidad de coordinación de trasplantes pero no hubiese llegado a ser donante de órganos, se examina cuáles fueron los motivos.

Para la recogida de datos y análisis de la información se dispone de 3 formularios que, una vez cumplimentados, son remitidos por la coordinación

de trasplantes del hospital a la ONT o a la Oficina de Coordinación Autonómica.

1. *Hoja de recogida de datos individuales de muerte encefálica* donde se muestra el proceso de detección y donación como un flujo (que ha sido sintetizado en tres puntos identificados con tres preguntas concatenadas), de modo que en el caso de que el fallecido en muerte encefálica no llegue a ser donante real, el proceso sólo puede ser interrumpido en un punto, permitiendo identificar en qué momento se produce la pérdida del donante así como la causa principal de dicha pérdida.

2. *Hoja de datos trimestrales referente a las Unidades de Críticos evaluadas* donde se recoge el número de éxitos que se han producido en cada una de las unidades de críticos del Hospital, así como el número de estos éxitos que han sido identificados como muertes encefálicas y el número de los que llegan a ser donantes reales en cada una de ellas.

3. *Hoja de datos hospitalarios anuales* donde se solicitan una serie de datos del hospital.

El responsable de la revisión de las Historias Clínicas y de la remisión de la información es el Coordinador de Trasplantes del hospital siendo deseable contar con la colaboración del responsable de calidad del mismo centro.

La remisión de la información se realiza con una periodicidad trimestral (salvo en el caso de la hoja de datos hospitalarios anuales cuya periodicidad es anual), si bien la periodicidad con la que se han de evaluar las Historias Clínicas la determinará el propio Coordinador de Trasplantes, siendo como máximo trimestral, aunque sea aconsejable que se realice con una periodicidad inferior para evitar la acumulación de historias a evaluar.

Hay comunidades autónomas en que las hojas se remiten directamente a la ONT, donde los datos se depuran e introducen en la base de datos correspondiente. En otras comunidades, las hojas se remiten primero a la oficina de coordinación autonómica, y tras ser depurada la información e introducidos los datos en la base, ésta es enviada a la ONT.

La base de datos en la que se introduce la información recogida por los coordinadores de trasplantes ha sido diseñada por la ONT e incluye un pequeño programa que permite el cálculo de diferentes indicadores útiles para la valoración y comparación de los resultados.

Se obtienen indicadores de cada hospital, de cada Comunidad Autónoma, del conjunto de los hospita-

les y también por tipos de hospitales según la clasificación siguiente:

1. Hospitales de tipo 1: además de estar autorizados para la extracción de órganos y tejidos, disponen de unidades de neurocirugía y algún programa autorizado de trasplante de órganos.
2. Hospitales de tipo 2: disponen de unidad de neurocirugía, además de estar autorizados para la extracción de órganos y tejidos.
3. Hospitales de tipo 3: autorizados para la extracción de órganos y tejidos pero que carecen de unidad de neurocirugía y de programa de trasplante de órganos.

Con toda la información remitida a la ONT y basándose en los indicadores calculados con el programa informático diseñado para ese fin, se elabora una memoria anual de resultados que se remite a las coordinaciones autonómicas y a las de los hospitales participantes.

b) Fase de Evaluación Externa

El requisito para solicitar que un Hospital sea evaluado externamente es que lleve, al menos, un año participando en el Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación y que las historias clínicas de los éxitos en las unidades de críticos contengan un informe de alta (o de epicrisis).

Esta evaluación es llevada a cabo en cada hospital por 2 evaluadores de fuera del mismo, con el apoyo y ayuda de los Coordinadores de Trasplantes locales. Al menos uno de los evaluadores es un especialista en cuidados intensivos.

Es importante señalar que la evaluación externa se hace para analizar el proceso de donación, no se trata de evaluar a Unidades y/o profesionales concretos.

El procedimiento que se lleva a cabo es prácticamente superponible al de la autoevaluación, es decir, se basa en la revisión de las historias clínicas, en este caso relativas a todos los fallecidos durante un año en las distintas unidades de críticos del hospital que está siendo evaluado externamente.

Se revisa cuántos éxitos de las unidades de críticos fallecieron en muerte encefálica. Se contrasta si dichas muertes encefálicas se corresponden con las remitidas a la ONT, o a la coordinación autonómica correspondiente, por parte del coordinador de trasplantes hospitalario, y en caso de no haber coincidencia, se analizan los motivos. También se exa-

mina si todas las muertes encefálicas llegaron a ser donantes reales, y en los casos en que no se llegó a la extracción de órganos, los motivos por los que no fueron donantes. Esta revisión se hace en presencia del equipo de coordinación de trasplantes, discutiendo cada uno de los casos en que se encuentran discrepancias, tratando de buscar el «consenso» sobre aspectos tales como qué problemas de mantenimiento podrían haber sido corregibles o cuáles son auténticas contraindicaciones para la donación.

La revisión de las historias clínicas se realiza en presencia del equipo de coordinación del hospital evaluado con la finalidad de que la propia evaluación externa, además de identificar posibles problemas y cambios a introducir para optimizar el proceso, se convierta en sí misma en una herramienta de mejora que, en ocasiones, puede ser bidireccional. Es decir, se trata de un intercambio de experiencia y conocimientos entre los coordinadores que actúan como evaluadores y los coordinadores del hospital objeto de análisis.

Por otra parte, también se recoge información sobre infraestructura y actividad del hospital, así como sobre el funcionamiento del servicio de documentación y la calidad de la cumplimentación de las historias clínicas. Para la recogida de la información se dispone de formularios específicos, y se provee a los evaluadores de un modelo de informe que se debe cumplimentar con el resultado de la evaluación y que se remite al equipo de coordinación de trasplantes y a la gerencia del hospital evaluado, así como a la coordinación autonómica y a la ONT.

Una descripción más extensa de la metodología así como de los formularios empleados para esta evaluación externa es motivo también de un artículo en esta revista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinel E, Deulofeu R, Sabater R, Mañalich M, Domingo P, Rué M: The capacity for organ generation of hospitals in Catalonia, Spain: a multicenter study. *Transplant Proc* 21 (1): 1419-1421, 1989.
2. Navarro A, Escalante JL, Andrés A, and Group of Transplant Coordinators of the Region of Madrid: donor detection and organ procurement in the Madrid Region. *Transplant Proc* 25 (6): 3130-3131, 1993.
3. Miranda B, Matesanz R: The potential organ donor pool. International figures. En: Matesanz R, Miranda B: *Organ donation for transplantation*. The Spanish Model. Madrid: Grupo Aula Médica. p. 127-134, 1996.
4. Aranzábal J, Teixeira JB, Darpón J, Martínez L, Olaizola P, Lavari R, Elorrieta P, Arrieta J: Capacidad generadora de donantes de órganos de la Comunidad Autónoma del País Vasco: control de calidad. *Rev Esp de Trasp* 4 (1): 14-18, 1995.

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE DONACIÓN

5. Miranda B, González-Posada JM, Sagredo E, Martín C: Potencial de donación. Análisis del proceso de donación de órganos. *Mapire Medicina* 9 (3): 155-162, 1998.
6. Cuende N, Cañón JF, Alonso M, Martín C, Sagredo E, Miranda B: Programa de garantía de calidad en el proceso de donación y trasplante de la Organización Nacional de Trasplantes. *Neurología* 21 (Supl. 4): 65-76, 2001.
7. Cuende N, Cañón JF, Miranda B, Alonso M: The organ donation process: a program for its evaluation and improvement. *Organs and Tissues* 5(2): 109-118, 2002.