



Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Programa Donación y Trasplantes

Cartilla



Gestión Operativa de la Donación

Unidades de Servicios de Salud
Simón Bolívar – Suba – Engativá – Chapinero

**Cartilla de consulta y apoyo a la Gestión Operativa de la Donación (GOD)
de órganos y tejidos con fines de trasplante para Profesionales de la Salud**

ABCD del Programa

- Aprender:** Las bases de la GOD - Conocer sus elementos claves
- Bases del equipo:** Recurso humano capacitado y trabajo en equipo
- Continuar y mantener:** Procesos de aprendizaje y estudio
- Detección y notificación:** Con sentido humano y tecnología

Urgencias – UCI – Hospitalización

Estructura de la Red – Principios - Normatividad

Estructura de la Red de Donación y Trasplantes



➤ Principios que orientan nuestro Programa

- **Sensibilidad:** Por todos aquellos pacientes en lista de espera, para la donación de un órgano o tejido que les permita prolongar su vida o mejorar la calidad de la misma. Impulsa las políticas orientadas a lograr esta meta.
- **Responsabilidad social:** Promoción de la donación con enfoque especial a una plataforma de retribución social, creando “conciencia colectiva”.

➤ Normatividad básica:

- ✓ **Ley 73 de 1988:** Establece primeras normas sobre la presunción legal de donación cuando una persona durante su vida se haya abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse.
- ✓ **Decreto 2493 de 2004:** Regulación nacional de la Donación y Trasplantes.
- ✓ **Ley 919 de 2004:** Prohíbe la comercialización de componentes anatómicos.
- ✓ **Acuerdo 140 de 2005:** Creó el Día Distrital de la Donación de órganos y tejidos en Bogotá D.C.
- ✓ **Acuerdo 419 de 2009:** Establece la obligatoriedad de reporte fallecidos al momento de su ocurrencia.
- ✓ **Acuerdo 369 de 2009:** Crea la Orden “Responsabilidad Social Dona Bogotá”
- ✓ **Ley 1805 de 2016:** En la siguiente tabla se relacionan sus componentes esenciales
- ✓ **Resolución 3100 de 2019:** Establece estándares de habilitación de la actividad generadora como criterio prioritario y transversal.

Tabla No. 1 – Aspectos relevantes Ley 1805 DE 2016

Componente	Establece
1. Amplía el marco de la presunción legal de la donación	Elimina oposición de los deudos (familia), respeta voluntad del donante en vida. Mecanismos: Mediante documento notarial registrado ante el INS. Manifestación expresa al afiliarse a la EPS.
2. Fortalece régimen legal y sancionatorio	Ministerios de Justicia y Salud: Quien trafique, compre, venda o comercialice componentes anatómicos incurrirá en penas de 3 a 6 años de prisión.
3. Medidas de carácter administrativo	El INS asume funciones de máxima autoridad administrativa sobre la estructura y organización de la Red de Trasplantes.

**Detección / Notificación – Registro – Consulta Voluntades – Prueba Covid
Contraindicaciones para la Donación – Mitos que la afectan**

Tabla No. 2 - Detección y notificación : Actividad de competencia del personal asistencial, desde los servicios de urgencias, UCI y hospitalización	
¿Qué se notifica?:	<ul style="list-style-type: none"> • Alertas: Pacientes críticos Glasgow < o = 5 • Fallecidos en Muerte Encefálica: sospecha o inminencia • Fallecidos en parada cardio-respiratoria (PCR): En cualquier servicio
¿Quién notifica?	• El médico tratante o la enfermera jefe
¿A dónde se notifica?	• A 24 Horas Gestión Operativa de la Donación - Coordinación Regional 1. Red Donación y Trasplantes. Secretaría Distrital de Salud
Vías de notificación	• Tels.: 3017575248 – 601 3649665
Información del evento	• Nombre IPS, servicio, nombre fallecido o alerta, documento identidad, edad, fecha de ingreso, antecedentes, hora defunción, diagnóstico, nombre funcionario que reporta / Diligenciar formatos de ME o PCR según corresponda.
Consulta de Voluntades	• Se debe realizar previamente a cualquier actividad relacionada con la GOD. En la Regional N°1 solicitar información a los tels. Móvil 3017575248 o al fijo 601 3649665. Informarán el Código de Consulta. Registrar en la Historia Clínica.
Considere Mantenimiento y evaluación.	• De manera precoz ante la sospecha de muerte encefálica; de manera tardía una vez se complete el diagnóstico legal de muerte encefálica (segunda nota de especialista)..



Toda notificación de fallecidos en Parada Cardio Respiratoria debe ser en tiempo real, esto es, a la mayor brevedad posible. Si el caso aplica, previa valoración bancos de tejidos, esto permitirá un eventual rescate de piel, córnea y hueso,

Tabla No. 3 – Circunstancias que contraindican la donación de órganos y tejidos	
Situaciones generales	Situaciones específicas
1. Voluntad expresa del donante	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Voluntades negativas en registro de donantes. ✓ Oposición representante legal.
2. Clínica potencial donante	✓ Sepsis, falla orgánica múltiple, VIH, neoplasias malignas,
3. Médico – legales (evaluación conjunta MCO y Medicina Legal)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Absolutas: maltrato infantil, contexto derechos humanos, casos complejos (muertes violentas, decapitación, desfiguración, mordazas, esposas, ataduras, torturas, masacre, genocidio, atribuidas a grupos armados, con actividad sexual relacionada), muertes en custodia. ✓ Relativas: Trauma por proyectil (dependiendo localización), accidente de tránsito y caída de altura (piel - hueso), muertes en estudio (muertes súbitas).

Tabla No. 4 – Mitos y realidades sobre la donación de órganos y tejidos	
Mito	Realidad por destacar
1. “Va contra mi religión”	Realidad: Coincide con las creencias de las principales religiones del mundo: católica romana, islámica y casi todas las ramas de la fe judía y protestante.
2. “Deforma el cadáver”	Realidad: El rescate de órganos en nada afecta la imagen corporal del donante; Tejidos óseo y ocular se reemplazan por material sintético biodegradable; la piel se obtiene de áreas no visibles (dorso)
3. “Existe el tráfico de órganos y estos se venden”	Realidad: En Colombia no existe el mal llamado “tráfico de órganos”. Está penalizado por la Ley 73 de 1988, la Ley 919 de 2004 y el Decreto 2493 de 2004, que prohíben esta práctica. Así mismo la Ley 1805 de 2016. No existe noticia criminal a la fecha.

**Muerte Encefálica (ME): Concepto – Etiología – Precondiciones clínicas
Diagnóstico – Periodo de observación – Exploración de reflejos del Tallo**

- **Concepto:** La ME designa una condición en la cual, una persona pierde todas las funciones del encéfalo; se declara como tal cuando los reflejos del tallo cerebral, las respuestas motoras y la actividad respiratoria están ausentes en un individuo en estado de coma, con temperatura normal, en el que se haya demostrado una lesión cerebral masiva e irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales, como del tronco encéfalo. Reconocida y aceptada por la comunidad científica internacional como la muerte del individuo. La presión intracraneal aumenta por encima de la tensión sistólica, y origina parada circulatoria cerebral.
- **Etiología:** Patología neurológica catastrófica: **1)** Trauma craneal (TCE) **2)** Enfermedad cerebro-vascular (ACV) **3)** Encefalopatía Hipóxico-isquémica **4)** Tumor cerebral. **5)** Otras entidades que pueden conducir a ME pueden ser: Infecciones tipo meningitis o encefalitis.
- **Precondiciones clínicas:**
 - 1. Estabilidad hemodinámica.
 - 2. Oxigenación y ventilación adecuadas.
 - 3. Ausencia de hipotermia (> 32°C, preferible >35°C).
 - 4. Ausencia de alteraciones metabólicas.
 - 5. Ausencia de intoxicaciones por fármacos o depresores del Sistema Nervioso Central (SNC).
- **Diagnóstico clínico:**
 - 1. Coma profundo de etiología conocida y carácter irreversible. Glasgow de 3
 - 2. Ausencia de reflejos del tallo (troncoencefálicos) (ver tabla No. 5)
 - 3. Apnea (test de apnea positivo)
- **Periodo de observación:**
 - 6 horas:** En casos de lesión estructural
 - 24horas:** La causa del coma es hipoxia
 - 48 horas:** En pacientes pediátricos, según medicamentos recibidos y disponibilidad de pruebas complementarias

Tabla No. 5 – Exploración de reflejos tronco encefálicos

Reflejo	Método exploratorio
1. Fotomotor	—> Estimulación pupilar con un foco de luz potente. Respuesta: Contracción pupilar – Diámetro pupilar 5-9mm y posición en línea media
2. Corneal	—> Estimulación corneal con gasa o torunda algodón. Respuesta: Contracción palpebral
3. Oculocefálico	—> Apertura ocular, girar cabeza en sentido horizontal. Respuesta: desviación conjugada opuesta al lado del movimiento
4. Óculo - vestibular	—> Timpanoscopia previa, cabeza elevada 30°, se inyectan en CAE 50 ml suero frío, ojos abiertos durante 1 min. Respuesta: nistagmo. Componente lento: hacia el lado irrigado. Componente rápido: de dirige al lado opuesto en el que se instila la solución.
5. Nauseoso	—> Estimulación velo del paladar, úvula y orofaringe. Respuesta: Aparición de nauseas.
6. Tusígeno	—> Se introduce sonda a través del tubo endotraqueal, estimulación de la tráquea. Respuesta: Aparición de tos

En **ME:** Los reflejos troncoencefálicos están siempre ausentes.
No existe ningún tipo de respuesta o movimiento. La exploración debe ser bilateral

➤ **Actividad motora espinal**

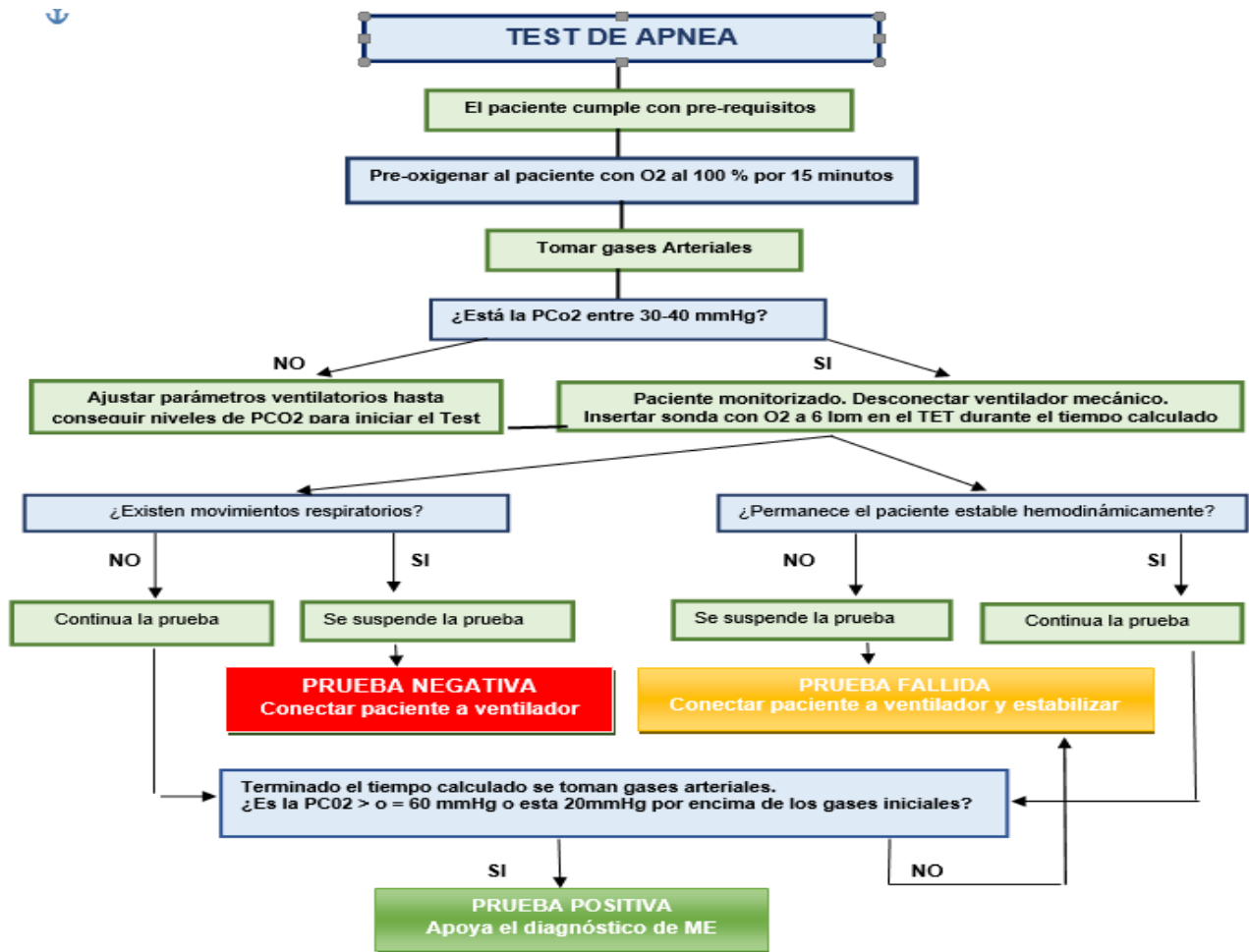
Puede no estar presente, aparecer inmediatamente o evidenciarse varias horas después del diagnóstico de ME. Es importante saber reconocerla y diferenciarla de las respuestas motoras de origen encefálico. Puede existir actividad refleja de origen medular tanto espontánea como refleja. Estos movimientos no se oponen al diagnóstico de ME.

Anexo No. 6 – Actividad motora de origen medular	
Actividad motora refleja	Actividad motora espontánea
<ul style="list-style-type: none"> • Reflejos osteotendinosos • Respuestas plantares (flexora, extensora, retirada) • Reflejos cutáneo-abdominales • Reflejo cremastérico • Reflejos tónico cervicales: cervicoabdominal, cervicoflexor de cadera, cervicoflexor de brazo • Reflejos de extensión retirada y de extensión pronación unilateral de brazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexión y extensión de las extremidades. • Elevación de brazos, signo de Lázaro, aparece asociado a: opistótonos asimétrico, movimientos en MMII, flexión del tronco hasta sedestación. • Flexión repetitiva de los dedos de un pie. • Movimiento secuencial en abanico de los dedos del pie. Dedo del pie ondulante

➤ **Pruebas diagnósticas instrumentales**

El diagnóstico de ME es fundamentalmente clínico. Las pruebas instrumentales varían según disponibilidad de medios y contexto. Revisten especial interés en casos de dificultad diagnóstica como: Etiología infratentorial, lesión destructiva cerebral, niños < 1 año, imposibilidad de realizar prueba de apnea, hipotermia <32°C, graves destrozos del macizo craneofacial o pacientes tratados con fármacos o drogas depresoras del SNC. Los estudios pueden ser de dos tipos: electrofisiológicas y las que valoran la circulación cerebral.

Tabla No. 7 – Pruebas Instrumentales en el diagnóstico de ME.
1. Electrofisiológicas (baja sensibilidad)
<ul style="list-style-type: none"> • Electroencefalograma (EEG) • Bis (Bispectral Index Scale) • Potenciales evocados: Auditivos, somatosensoriales de nervio mediano
2. Valoran la circulación cerebral
<ul style="list-style-type: none"> • Arteriografía cerebral de 4 vasos (Gold standard) • Angiogammagrafía cerebral con Tc-99m-HMPAO • Doppler transcraneal (DTC) • Angiografía cerebral por sustracción digital (arterial o venosa) • Angio TAC multicorte y estudio de perfusión cerebral



➤ **Objetivo de la prueba:**

Evaluar la respuesta del centro respiratorio a un máximo estímulo con el aumento del pCO₂ a por los menos 60mmHg.

➤ **Prerrequisitos**

✓ Paciente sin sedación, relajación o intoxicación.	✓ Normotermia (T° 36°C).
✓ Estabilidad hemodinámica (TAS>100 mmHg).	✓ Normovolemia.
✓ PO ₂ normal o pre-oxigenación para una PO ₂ arterial > o = a 200 mmHg.	✓ Normocapnia.
✓ PH entre 7.3 y 7.4	✓ HCO ₃ > de 18.

➤ **Duración de la prueba:**

Para el tiempo de apnea se aplican las siguientes fórmulas:

- Adultos: Tiempo (min) = 60 - PCO₂ mmHg actual / 2.5
- Niños: Tiempo (min) = 60 - PCO₂ mmHg actual / 4.5

➤ **Precauciones y recomendaciones:**

1) Cumplir prerrequisitos. 2) Monitoreo permanente al paciente. 3) Supervisar cambios. 4) La sonda o catéter para administrar O₂ endotraqueal, no debe superar 2/3 diámetro del tubo para evitar obstrucción del mismo. 5) El flujo de O₂ no debe superar los 8 l/min (puede producir presión positiva y simular movimientos respiratorios). 6) La sonda o catéter debe ubicarse a 2cm de la carina (tomar como referencia posición del tubo ET). 7) Test de apnea con CPAP (especialmente en donante pulmonar).

➤ Comunicación en situaciones críticas (CSC)

Comunicar la muerte de un ser querido, constituye un acto humano complejo, médico, ético y legal. Una adecuada comunicación aporta herramientas que facilitan la relación de ayuda. Proporciona el clima adecuado a la hora de plantear a las familias la ayuda a otros a partir de la donación:

- **Comunicación verbal:** Saludar, presentarse, llamar al fallecido por su nombre, lenguaje sencillo mensajes cortos, frases estructuradas y breves, facilitar expresión de las emociones, evitar expresiones como: “tranquilo”, “no llore”.
- **Comunicación no verbal:** Mirada abierta, expresión facial serena, contacto físico excepto en situaciones de agresividad, tono de la voz, ritmo del lenguaje, hacer pausas.
- **Entorno:** Intimidación, sin interferencias, pañuelos, una bebida, evitar barreras físicas, disposición corporal.

➤ La entrevista familiar

Es competencia exclusiva del Médico Coordinador Operativo. Puede plantearse la donación, sólo si la familia ha integrado y comprendido el concepto de Muerte Encefálica. En el contexto de la ley 1805, la entrevista familiar abarca tres objetivos esenciales:

1. La relación de ayuda (apoyo emocional a la familia, antes que legalizar la donación).
2. Consulta del código de voluntades anticipadas (del potencial donante).
3. Investigación de los antecedentes clínicos del potencial donante.

➤ Aspectos bioéticos

Tabla No. 8 – Principios Bioéticos

➤ Principios Bioéticos Universales

1. **Autonomía:** Eje crucial para la autorización de la extracción de órganos del donante vivo o cadavérico, o para la autorización del injerto por el receptor.
2. **Beneficencia:** Cuando el beneficio es para un tercero, se deben establecer unos riesgos mínimos, por encima de los cuales no es posible actuar aún con el consentimiento del sujeto.
3. **No maleficencia:** No infringir daño. Los procedimientos para los donantes deben ser seguros.
4. **Justicia:** Representa la imparcialidad en la distribución de los riesgos y beneficios; es clave en la selección del receptor y el respeto del derecho de los individuos.

➤ Principios Bioéticos fundamentales en Donación y Trasplantes

1. **Principio de defensa de la vida física:** La persona siempre es el fin y no el medio.
2. **Principio de defensa de la identidad personal:** Jamás órganos genitales ni glándulas que presiden el equilibrio hormonal podría ser objeto de trasplante
3. **Principio del consentimiento informado:** Clave que permite continuidad de la GOD.
4. **Principio de Justicia:** Varios candidatos en listas de espera, políticas de asignaciones transparentes, verificables, criterios claros.
5. **Principio de piedad hacia el cadáver:** Figura visible de la persona que con ese cuerpo se expresó durante su vida terrena.

➤ Normas deontológicas

1. **Gratuidad en la cesión de órganos y tejidos:** Normatividad regional, nacional, mundial.
2. **Independencia de los actores:** Médicos tratantes de las UCI, Urgencias, Coordinador de Trasplantes, grupos de rescate y grupos de implante.
3. **El secreto profesional:** Identidad e independencia donante-receptor.

Tabla No. 9 – Mantenimiento del donante
 Asuntos claves / Solicitud laboratorios / Complicaciones / Monitoreo / Metas

➤ **Aspectos claves del manejo de la ME**

- ✓ Control y tratamiento de las alteraciones fisiopatológicas, aminorar o revertirlas.
- ✓ El tratamiento de la “tormenta catecolamínica”, impide daño orgánico asociados a ME.
- ✓ Estabilidad hemodinámica exige adecuar: precarga, postcarga y contracción cardiaca.
- ✓ Mantener la TAM entre 70 y 90 mmHg.
- ✓ Desmopresina: fármaco de elección para tratamiento de la diabetes insípida.
- ✓ Esteroides: en dosis altas, pueden disminuir el estado inflamatorio asociado. (metilprednisolona 15 mg/kg dosis única)
- ✓ Mantenimiento adecuado de la temperatura corporal: favorece el estado hemodinámico, evita pérdida de líquidos, y favorece el diagnóstico de ME.
- ✓ El tipo de LEV a administrar, debe ser acorde a la situación hidroelectrolítica.
- ✓ Control temperatura (> o = 36°C – no > de 38).

➤ **Solicitudes de laboratorio**

Estudios básicos Los solicita el médico tratante		Estudios especiales: Pruebas anti-infecciosas. Los solicita el MCO posterior a entrevista familiar
Laboratorio	Imagen	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemoclasificación ✓ Hemograma ✓ TP, TPT, INR ✓ Gases arteriales, ✓ Bilirrubinas, TGO, TPT ✓ Glucosa ✓ Fosfatasa alcalina ✓ BUN, creatinina ✓ Uroanálisis ✓ Troponina ✓ Fosfatasa alcalina 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ TAC de cráneo (solicitado previo al dg de ME) ✓ EKG ✓ Ecocardiograma: (en pacientes > de 40 a 50 años, con antecedentes de HTA, reanimación, trauma, dosis elevadas de vasoactivos) ✓ Rx de tórax ✓ Eco abdominal total ✓ Eco de vías urinarias ✓ Eco hepatobiliar 	Prueba de Covid PCR (idealmente) Ac para VIH 1 y 2 Antígeno superficie Hepatitis B Ac Hepatitis Anti Core Total Ac Anti- Antígeno Sup.HB Ac para Hepatitis C Ac Hepatitis B Serología para Sífilis VDRL-FTA Ac Citomegalovirus IgG - IgM Ac Epstein Barr Ac Virus Linf.células T Humanas Ac Toxoplasma IgG – IgM Serología Chagas

➤ **Otros estudios:**

- ✓ *Inmunología HLA:* A1 – A2 – B1 – B2 – DR1 – DR2
- ✓ *Marcadores tumorales:* BHCG
- ✓ *Microbiológicos:* Hemocultivos, urocultivo, cultivo secreciones traqueales con tinción de gram, cultivo aerobio, bacilo de koch y hongos, específicos para cada tejido.

➤ Complicaciones fallecido ME	➤ Monitoreo	➤ Metas mantenimiento
--------------------------------------	--------------------	------------------------------

<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de la regulación térmica. 2. Inestabilidad hemodinámica / colapso CV 3. Diabetes insípida. 4. Alteraciones hidroelectrolíticas. 5. Edema pulmonar 6. Hiperglicemia 7. Arritmias cardiacas 8. Disfunción ventricular 9. Distress respiratorio. 10. SIRS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catéter venoso central 2. Línea arterial 3. Sonda vesical permanente 4. Ventilación mecánica invasiva 5. Sonda orogástrica 6. Oximetría de pulso 7. Monitoria cardiaca 8. Control térmico estricto 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normotermia 2. Adecuado volumen circulante 3. Oxigenación y ventilación adecuadas 4. Estabilidad hemodinámica 5. Equilibrio del medio interno
--	--	--

Mantenimiento del potencial donante
Monitoreo en cifras / Diagnóstico Diabetes insípida / Manejo hidroelectrolítico / hemodinámico

Tabla No. 10 / Monitoreo en cifras

Sistema.	Objetivo.
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> FC: 60 – 120 lpm / TAS: \geq 90 mmHg, TAM: \geq 65 mmHg. PVC: 8 – 10 mmHg (Donante de órganos abdominales). PVC: 6-8 mmHg (Donante de pulmón) / PCP: 6 – 10 mmHg. IC: 2.4 l/min/m².
Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> pH: 7.35 – 7.45 / PaO₂: \geq 90 – 100 / PCO₂: 35 – 45 PaFiO₂: \geq 300 / SatO₂: \geq 95%.
Renal	<ul style="list-style-type: none"> Gasto Urinario entre 0.5 – 3 cc/ Kg / hora.
Metabólico/ Endocrino	<ul style="list-style-type: none"> Glicemia entre 140 – 180 mg/dl - Sodio sérico \leq 150 mEq / L.
Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> $> 0 = 36^{\circ}\text{C} - \text{no } > \text{ de } 38$
Hematológico	<ul style="list-style-type: none"> Hb: \geq 10 g/dl / Hcto: \geq 30% (donante multiorgánico).
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo emocional constante,

FC frecuencia cardíaca - lpm latidos por minuto - TAS Tensión arterial sistólica - TAM Tensión arterial media - PVC Presión venosa central - PCP Presión de cuña pulmonar - IC Índice cardíaco - PaO₂ Presión arterial de oxígeno - PaCO₂ Presión arterial dióxido de carbono - SatO₂ Saturación de oxígeno - Hb Hemoglobina- Hcto Hematocrito

Tabla No 11 – Principales complicaciones y manejo

➤ Diabetes insípida: Principal patología que genera un desequilibrio hidroelectrolítico en ME – origen neurogénico			
Parámetro	Valor	Manejo	
		Medicamento	Dosis
✓ Gasto urinario	> 4cckgh	Sol hipotónica	Reposición de pérdidas
✓ Natremia	> 145	Desmopresina	1 – 2 mcg IV bolo c / 4 horas.
✓ Osmolaridad urinaria	< 300 mosm/kg	Vasopresina	1 UI en bolo IV, seguido de infusión continua de 0.5 – 2 UI IV/hora.
✓ Densidad urinaria	<1005		
✓ Osmolaridad plasmática	>300 mosm/kg		
➤ Terapia hidroelectrolítica: Hipernatremia : Na \geq 155 mEq/l			
<ul style="list-style-type: none"> Tipo de LEV, acordes a la situación hidroelectrolítica en cada fase del mantenimiento. Inicialmente lactato ringer; instaurada hipernatremia iniciar soluciones hipotónicas (SS 0.45%, SS 0.225, o DAD 5%). En hipernatremia de difícil control: infusión de agua libre por SNG y reposición intravenosa del 50% del volumen de diuresis horaria con soluciones hipotónicas. 			
➤ Terapia cardiovascular			
Situación	Medicamento	Dosis	
HTA: Con cifras superiores a 180/120 por más de 30 min	Nitropusiato de Sodio.	0.5 – 5 mcg/Kg/min en infusión IV.	
	Esmolol (taquicardia extrema)	100 – 500 ug/Kg en bolo, continuar a 100 – 300 ug/Kg/min IV.	
Hipotensión: Hipovolemia con PVC \leq 4. Iniciar cristaloides tibios IV 20-30cc/kg durante 30min. En casos respuesta nula o poco significativa, iniciar manejo vasopresor. No usar de coloides, pues aumentan la tasa de disfunción retardada y de falla del injerto tras el trasplante renal.	Vasopresina.	1 U en bolo, seguida de 0.5 hasta 3 U/hr IV.	
	Noradrenalina.	0.05 hasta 3 mcg/Kg/min IV.	
	Adrenalina.	0.05 – 2 mcg/Kg/min IV.	
	Dopamina	3 – 8 mcg/Kg/min IV.	
<p>Nota: * En fase de HTA el uso del labetalol está contraindicado, por tener una vida media de acción prolongada (4 a 6 horas), que podría profundizar la hipotensión arterial secundaria al estado de vasoplejía que caracteriza a la fase tardía de la ME.</p> <p>**Si existe disfunción miocárdica considere medicamento Beta 1 agonista.</p>			

Datos a recoger en la Historia Clínica del Donante

	Infecciones previas		Historia vacunal
	Exposic. ocupacional		Viajes/Proced. geográfica
	Contacto animales		Encarcelamiento
	Conducta sexual		Tatuajes y piercings
	Adicción a drogas		Trasfusiones previas
	Conductas de riesgo: VIH, VHB y VHC		

Fuente: Documento de Consenso del Grupo de Estudio de Infección en el Trasplante (GESITRA) perteneciente a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

Valoración de posibles situaciones clínicas

SITUACIÓN CLÍNICA		MANEJO	
Tuberculosis	Infección activa	Contraindicado cualquier trasplante	
	Lesión tuberculosa residual	Contraindicado el trasplante pulmonar	
Neumonía	Tratamiento antibiótico eficaz (preferible ≥ 48 horas*) y estable hemodinámicamente	Contraindicado el trasplante pulmonar	
Gripe	Infección activa (con o sin tratamiento antiviral)	Contraindicado el trasplante pulmonar e intestinal No contraíndica el trasplante del resto de órganos. Se debe tratar al receptor con inhibidores de la neuraminidasa.	
Pielonefritis Aguda	Tratamiento antibiótico eficaz (preferible ≥ 48 horas*) y estable hemodinámicamente	Contraindicado el trasplante de ambos riñones	
Meningitis Aguda	Infección diseminada	Contraindicado cualquier trasplante	
	Infección no diseminada, tratamiento antibiótico eficaz (preferible ≥ 48 horas*) y estable hemodinámicamente	No contraíndica el trasplante	
Encefalitis	No existe un diagnóstico etiológico	Contraindicado cualquier trasplante	
	Existe diagnóstico etiológico	VHS	Receptor seronegativo Aciclovir 6 meses
		Virus JC	Receptor seropositivo Valoración individual
Endocarditis	Tratamiento antibiótico eficaz (preferible ≥ 48 horas*), bacteriemia negativa, sin evidencia de fenómenos embólicos	Contraindicado el trasplante cardíaco No contraíndica el resto de órganos	
Shock séptico	No existe un diagnóstico etiológico	Contraindicado cualquier trasplante	
	Etiología fúngica	Contraindicado cualquier trasplante	
Microorganismos multirresistentes	Etiología conocida, antibioterapia eficaz, cultivos negativos y shock en fase de resolución	No contraíndica el trasplante	
	Infección activa	No se recomienda el trasplante	
	Se recomienda realizar exudado rectal para búsqueda de bacterias multirresistentes		

*continuar tratamiento antibiótico en el receptor durante 7-14 días

Fuente: Documento de Consenso del Grupo de Estudio de Infección en el Trasplante (GESITRA) perteneciente a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

Referencias Bibliográficas

1. Centanaro G. Muerte encefálica. En: Figueroa M, Gamboa G (editores). Tópicos en Donación y Trasplantes. Bogotá: Editorial Distribuna; 2024. pp...35-54 Disponible en: <https://www.subrednorte.gov.co/>
2. Greer, D. M., Shemie, S. D., Lewis, A., Torrance, S., Varelas, P., Goldenberg, F. D., Bernat, J. L., Souter, M., Topcuoglu, M. A., Alexandrov, A. W., Baldisseri, M., Bleck, T., Citerio, G., Dawson, R., Hoppe, A., Jacobs, S., Manara, A., Nakagawa, T. A., Pope, T. M., ... Sung, G. (2020). Determination of Brain Death/Death by Neurologic Criteria: The World Brain Death Project. In JAMA - Journal of the American Medical Association (Vol. 324, Issue 11, pp. 1078–1097). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11586>
3. Machado C, Pérez J, Scherle C, Areu A, Pando A. Ann Indian Brain death diagnosis and apnea test safety. Academy Neurology. 2009; 12(3): 197–200.
4. Wijdicks E, Varelas P, Gronseth G, Greer D. Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2010; 74: 1911-1918.
5. Segovia, Carmen. Serrano Manuel. “La relación de ayuda”. Manual de la Comunicación en Situaciones Críticas. ONT España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. Disponible en: <https://issuu.com/o-n-t/docs/curso-csc>
6. Singbartl K, Murugan R, Kaynar AM, Crippen DW, Tisherman SA, Shutterly K, Stuart SA, Simmons R, Darby JM. Intensivist-led management of brain-dead donors is associated with an increase in organ recovery for transplantation. Am J Transplant. 2011 Jul;11(7):1517-21. doi: 10.1111/j.1600-6143.2011.03485.x. Epub 2011 Mar 30. PMID: 21449934. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21449934> Consultado en enero 2024.
7. Aristizábal AM, Castrillón Y. y cols. Manejo actual del donante potencial de órganos y tejidos en muerte cerebral: guía de manejo y revisión de la literatura. Rev Colomb Cir. 2017; 32:128-45.
8. Hoyos A. y cols. Mantenimiento del potencial donante. En: Figueroa M, Gamboa G (editores). Tópicos en Donación y Trasplantes. Bogotá: Editorial Distribuna; 2024. Pp 73 a 81. Disponible en: <https://www.subrednorte.gov.co/>
9. O.N.T. Protocolo Nacional de Mantenimiento del Donante de Órganos. www.ont.es Febrero 2020.
10. “La donación de donante cadáver. El donante en muerte encefálica y la donación en asistolia” Dr. D. Mario Royo-Villanova Reparaz. Coordinador Médico de Trasplantes. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. 5 de abril del 2019 disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=UVjifViqn-E&ab_channel=Dtomurciaeduca.

Edición:

Dr. MARIO FIGUEROA MORA - Médico Referente Programa Donación y Trasplantes Subred Norte
donaciontrasplantes@subrednorte.gov.co

Dr. JUAN PABLO GUTIÉRREZ – Médico Coordinador Operativo Subred Norte
gestiontrasplante@subrednorte.gov.co