

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.45682>

Actitudes y conocimientos de intensivistas colombianos sobre donación y trasplantes: retos actuales para el país

Knowledge and attitudes of Colombian intensive care physicians towards organ donation and transplantation: current challenges for Colombia

David Andrés Castañeda-Millán^{1,2} • Luis Felipe López-García¹ • Ana María García-Giraldo¹ • Adriana Segura-Vásquez^{1,2,3} • Norton Pérez-Gutiérrez^{4,5} • Eyrer Lozano-Márquez^{1,6}

Recibido: 24/09/2014 Aceptado: 29/01/2015

¹ Grupo de Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D. C., Colombia.

² Alianza en Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células; Complejo Hospitalario de Toledo, Organización Nacional de Trasplantes de España (ONT). Madrid, España.

³ Hospital Clinic de Barcelona, Fundación Carolina. Barcelona, España.

⁴ Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Villavicencio. Villavicencio, Colombia.

⁵ Hospital Departamental de Villavicencio. Villavicencio, Colombia.

⁶ Hospital Universitario San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá D. C., Colombia.

Correspondencia: David Andrés Castañeda-Millán; Ciudad Universitaria. Facultad de Medicina, Oficina 124. Teléfono: +57 1 3165000 Extensión: 15105. Bogotá D. C., Colombia. Correo electrónico: dacastanedam@unal.edu.co.

| Resumen |

Antecedentes. Las tasas de donación y trasplantes en Colombia han descendido. Actualmente, se implementa una norma que exige capacitación al personal médico de cuidado intensivo en gestión de la donación.

Objetivo. Identificar actitudes y conocimientos frente a la donación en médicos intensivistas de Colombia.

Materiales y métodos. Estudio transversal descriptivo realizado a través de un formulario enviado por correo electrónico a los miembros de la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo.

Resultados. 93.75% donaría sus órganos, 97.91%, los órganos de un familiar fallecido, 95.83% donaría en vida uno de sus órganos, 83.33% ha manifestado su intención de donar, 41.66% conoce campañas de promoción a la donación, 12.5% tiene carné de donante y 22.92% ha donado sangre en el último año. 66.66% cree que se debe fortalecer la comunicación sobre donación en la unidad de críticos, 60.42% no aborda la donación con familias de potenciales

donantes. 54.17% no conoce la legislación sobre donación 43.75% tiene un concepto desfavorable sobre el modelo de trasplantes colombiano, y 18.75% califica como regular/mala la interacción laboral con los coordinadores de trasplantes.

Conclusiones. Los participantes tienen buena actitud ante la donación; sin embargo, muchos desconocen el marco legal de esta en Colombia. Habitualmente no se incluye la donación dentro del ejercicio clínico en cuidado intensivo. La Resolución 2003 de 2014 podría impactar las tasas de donación, si, además de capacitar a los intensivistas, se les brinda la opción de integrarse con la medicina de donación y de ejercer labores propias de la coordinación de trasplantes, se promueve la formación de nuevos coordinadores de trasplante y se integra a las ciudades intermedias del país con la Red Nacional de Donación y Trasplante.

Palabras clave: Obtención de Tejidos y Órganos; Muerte Encefálica; Trasplante de Órganos; Unidades de Cuidados Intensivos; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud (DeCS).

.....
Castañeda-Millán DA, López-García LF, García-Giraldo AM, Segura-Vásquez A, Pérez-Gutiérrez N, Lozano-Márquez E. Actitudes y conocimientos de Intensivistas colombianos sobre donación y trasplantes: Retos actuales para el país. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(1):107-15. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.45682>.

Summary

Background. Donation rate and the number of transplants performed in Colombia have decreased. Currently, a new health rule that requests training of health staff in intensive care units to encourage donation, is being implemented.

Objective. This study aims to identify Colombian intensive care physicians' attitudes and knowledge about donation.

Materials and methods. This is a cross-sectional, descriptive study performed through a structured questionnaire, sent by e-mail to members of the Colombian Association of Critical Care Medicine.

Results. 93.75% of participants would donate organs after death, 97.9% would donate organs from a death family member, 95.83% would donate as living donor to a family member. 88.33% have communicated to their family their intention to donate, 41.66% acknowledge some donation promotional campaigns, 12.5% carry donor card. 22.92% have donated blood during the last year; 66.66% consider that it is important to improve communication of donation strategies between staff members of critical care units; 60.42% don't talk about donation with families of potential donors; 54.17% don't know Colombian legislation about donation and transplantation; 18.75% consider fair/poor its working relationship with transplant coordinators; and 43.75% have an unfavorable concept of Colombian transplantation model.

Conclusions. Participants show a favorable attitude towards organ donation. However, there is no significant knowledge on Colombian legal issues of donation. Participants do not routinely talk about donation. Resolution 2003 of 2014 will positively influence on national rates of donation given that additionally to intensive care staff training, they have the opportunity to become part of the transplant process and to manage transplant coordination activities. Formation of new transplant coordinators, and integration of intermediate cities to the National Net of Transplant, will also help to increase donation rates.

Keywords: Tissue and Organ Procurement; Brain Death; Organ Transplantation; Intensive Care Units; Health Knowledge, Attitudes, Practice (MeSH).

.....
Castañeda-Millán DA, López-García LF, García-Giraldo AM, Segura-Vásquez A, Pérez-Gutiérrez N, Lozano-Márquez E. [Knowledge and

attitudes of Colombian intensive care physicians towards organ donation and transplantation: current challenges for Colombia]. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(1):107-15. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.45682>.

Introducción

El trasplante renal (TxR) se practica hace más de cuarenta años en Colombia. Los doctores Enrique Carvajal y Fernando Gómez realizaron, en 1963, en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, el primer TxR en nuestro país. Años más tarde, los doctores Jaime Borrero, Álvaro Velásquez y Gustavo Escobar realizaron, en el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín, en 1973, el que sería el primer TxR de donante vivo en Colombia (1). Desde entonces, el avance en las áreas afines al trasplante ha sido constante. Hoy Colombia cuenta con 25 instituciones hospitalarias habilitadas para practicar trasplante de órgano sólido (2).

A pesar de los logros obtenidos, nuestro modelo de donación y trasplante atraviesa una crisis cuyas raíces yacen en las bajas tasas nacionales de donación (3) y en la ausencia de un sistema de medicina de donación integrado al cuidado intensivo que permita obtener altos índices de eficiencia en el proceso de donación. Por ello, actualmente se implementan nuevas directrices en la norma de habilitación para servicios de salud (4,5).

Dicha norma establece parámetros de capacitación obligatoria en competencias de gestión operativa de la donación para el personal asistencial de las unidades de cuidado intensivo (UCI) del país. Esta propuesta parece surgir de la lógica en la actividad asistencial (ya que son los intensivistas quienes, en la mayoría de los casos, reciben y manejan clínicamente a pacientes neurocríticos), de la urgencia que se tiene para suplir la demanda de coordinadores de trasplantes en Colombia y de la necesidad imperiosa que tiene el país por mejorar las tasas de captación, identificación y detección de potenciales donantes de órganos y tejidos.

Objetivos

Dada la interacción que tendrán los intensivistas colombianos con el área de donación, se pretende identificar las actitudes de una muestra de médicos intensivistas colombianos frente a la donación, los conocimientos que poseen sobre gestión de la donación, el estado actual de los trasplantes, y su legislación en Colombia. También se busca conocer qué concepto tienen sobre el modelo colombiano de donación y trasplantes.

Materiales y métodos

Se hizo un estudio descriptivo de corte transversal entre mayo y junio de 2013, mediante una encuesta hecha vía correo electrónico. Esta se aplicó a 200 miembros de la Asociación

Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI). Con un formato de 17 ítems, se valoraron las actitudes frente a la donación y el conocimiento sobre la legislación y situación actual de la actividad trasplantadora en Colombia. Se recibieron 56 participaciones; de estas, se excluyeron 8 por no reportar la totalidad de los datos demográficos solicitados. En total, se obtuvo la participación efectiva de 48 médicos intensivistas. Los resultados se expresan en frecuencia.

Resultados

Las características demográficas se resumen en la tabla 1; las actitudes generales ante la donación se resumen en la tabla 2.

Tabla 1. Características demográficas población encuestada.

Género	Número de personas	%
Hombres	34	70.83
Mujeres	14	29.17
Edad (años)		
30–39	14	29.17
40–49	20	41.17
50–59	13	27.08
60 o más	1	2.08
Experiencia laboral (años)		
2–4	3	6.25
5–7	7	14.58
8–10	9	18.75
Más de 10	29	60.42
Regional*		
1	15	31.25
2	12	25.00
3	6	12.50
4	6	12.50
5	7	14.58
6	2	4.16
Tipo de IPS en la que trabaja		
Pública	6	12.50
Privada	33	68.75
Ambas	9	18.75

IPS: Institución prestadora de servicios de salud. *Modelo colombiano de división operativa en trasplantes: Véase Artículo 8, Resolución 2640 de 2005. Modificado por Resolución 3272 de 2011 (6).

93.75% (n=45) de los participantes donaría sus órganos luego de morir, 2.08% (n=1) no lo haría y 4.16% (n=2) es indeciso; 71.11% (n=32/45) de quienes donarían obrarían así para ayudar a otros seres humanos; el restante 28.89%, porque

tiene información sobre trasplantes. El 2.08% que no donaría atribuye su decisión a razones de índole religioso.

Los hombres accederían a la donación en una proporción mayor que las mujeres (97.06% vs. 85.71%); la indecisión fue mayor en las mujeres (14.28% vs. 0%), y la negativa a la donación fue mayor entre los hombres (2.94% vs. 0%).

Por rango de edad, se evidenció que 92.86%, 90% y 100% de participantes donaría sus órganos o tejidos en los grupos 30–39 años, 40–49 años, 50 o más años, respectivamente.

83.33% (n=40) de participantes ha manifestado su deseo de donar a su familia, mientras que 16.67%, no la ha hecho; los hombres no declaran su deseo de donar en una proporción mayor que las mujeres (20.59% vs 7.14%).

97.91% (n=47) de participantes donaría los órganos de un familiar fallecido. 95.83% (n=46) donaría en vida uno de sus órganos para un familiar que requiriera un trasplante.

41.66% (n=20) conoce iniciativas de promoción a la donación y 12.50% (n=6) posee carné de donante. En el último año, 22.92% ha donado sangre, mientras que 77.08% (n=37) no lo ha hecho.

Tabla 2. Resumen general actitudes de intensivistas colombianos ante la donación.

Tópico Evaluado	Si (%)	No (%)	NS/NR (%)
¿Donaría sus órganos en caso de morir?	93.75	2.08	70.83
¿Ha manifestado su deseo de donar en caso de morir?	83.33	16.67	N/A
¿Donaría los órganos o tejidos de un familiar fallecido para trasplante?	97.91	2.08	N/A
¿Donaría en vida uno de sus órganos para un familiar?	95.83	4.16	N/A
¿Tiene carné de donante?	12.50	87.5	N/A
¿Ha donado sangre durante el último año?	22.92	77.08	N/A

NS/NR: No sabe o no responde, N/A: No aplica.

66.66% (n=32) considera a la UCI como un escenario adecuado para potenciar estrategias de comunicación y promoción sobre donación, mientras que 33.33% (n=16) considera que la UCI no debe tener relación con la donación. 45.45% de quienes consideran que en la UCI se debe fortalecer la información sobre donación están de acuerdo con difundirla mediante material audiovisual; el restante 54.54% considera que se debe capacitar al equipo asistencial de UCI para brindar información a familias de pacientes neurocríticos sobre muerte cerebral (ME) y donación. Según la experiencia laboral, está de acuerdo con promover la donación desde la UCI vs. no está de acuerdo: 66.66% vs. 33%, 88.88% vs. 11.11% y 65.52% vs. 34.48% para los grupos

2-4 años, 8-10 años y más de 10 años de experiencia en UCI, respectivamente; sin embargo, el grupo con experiencia entre 5 y 7 años se mostró en contra de promover la donación desde las UCI (42.86% lo considera adecuado, y 57.14% inadecuado).

60.42% no asume la donación como una opción de cuidado médico que se puede brindar desde la UCI o no introduce habitualmente a los familiares de pacientes con ME en la opción de la donación (n=29; nunca: 15/29; muy pocas veces: 5/29; a veces: 9/29); mientras que 39.58% introduce, de forma habitual, a los familiares de potenciales donantes en la opción de la donación (n=19; siempre: 9/19; con frecuencia: 10/19) (figura 1).

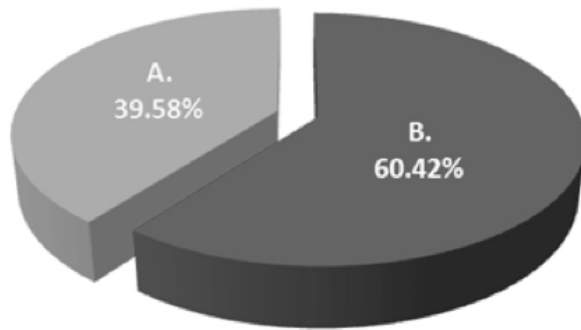


Figura 1. ¿Asumen los intensivistas colombianos la donación como una opción de cuidado médico al final de la vida?

A. Introduce con regularidad la opción de la donación en el contexto de ME; B. No introduce con regularidad la opción de la donación en el contexto de ME. ME: Muerte encefálica.

Según la experiencia en UCI, abordan habitualmente el tema de donación vs. no lo abordan: 0% vs. 100%, 42.86% vs. 57.14%, 44.44% vs. 55.55%, 41.38% vs. 58.62%, respectivamente para los rangos de 2-4 años, 5-7 años, 8-10 años y más de 10 años de experiencia laboral (figura 2).

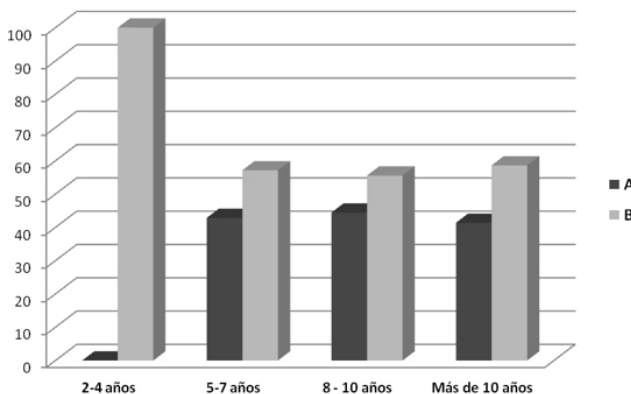


Figura 2. Porcentaje de encuestados que introducen la donación como una opción de cuidado médico al final de la vida. Patrón según experiencia laboral.

A: Introduce con regularidad la opción de la donación. B: No introduce con regularidad la opción de la donación.

4.17% de los participantes nunca ha manejado clínicamente un potencial donante. 77.08% afirma haber tenido buena relación e interacción laboral con los coordinadores de trasplante, mientras que 18.75% calificó como regular o mala dicha relación. En la Regional 1 (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá) 66.66% manifestó que es buena la relación laboral con los coordinadores de trasplante; 26.66%, que es regular o mala y 6.67% nunca ha manejado un potencial donante; en la Regional 2 (Dirección Seccional de Salud y de Protección Social de Antioquia) y en la Regional 4 (Secretaría de Salud de Santander) los resultados fueron: buena: 83.33%; regular/mala: 16.67%; en la Regional 5 (Secretaría de Salud del Atlántico) 57.14% calificó como buena dicha relación, 28.57% como regular o mala, mientras el restante 14.29% no ha manejado clínicamente un potencial donante. Todos los participantes de la Regional 3 (Secretaría de Salud Departamental – Valle del Cauca) y de la Regional 6 (Secretaría de Salud del Huila) manifestaron haber tenido buena relación laboral con los coordinadores de trasplante. Las regionales que mostraron mayores porcentajes de percepción negativa fueron la 5 y la 1, con 28.57% y 26.66% de percepción regular o mala, respectivamente.

54.17% (n=26) no conoce la legislación que regula el diagnóstico de ME, la donación y los trasplantes en Colombia; mientras que el 45.83% (n=22) menciona acertadamente los decretos principales que regulan la actividad de donación en el país (figura 3). 77.09% (n=37) desconoce el impacto que ha tenido la legislación sobre la tasa de trasplantes realizados a extranjeros durante los últimos años.

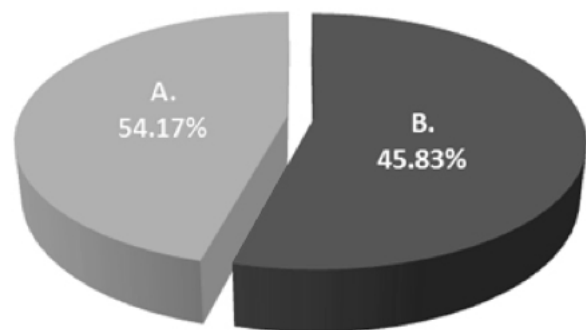


Figura 3. Conocimiento de la legislación sobre donación y trasplantes en intensivistas colombianos.

A. No conoce la legislación nacional sobre donación y trasplantes; B. Conoce la legislación nacional sobre donación y trasplantes.

43.75% (n=21) tiene un concepto desfavorable sobre el modelo de donación y trasplantes colombiano; 52.08% (n=25) tiene un concepto favorable y 4.17% (n=2) es indiferente. De quienes tienen un concepto desfavorable, 38.09% (n=8/21) lo relacionan con la desinformación existente en la población general y con la escasas de iniciativas para difundir

información sobre donación a los ciudadanos y al gremio de la salud. 47.62% (n=10/21) lo vincula con la falta de organización operativa, con la percepción de un trato descortés por parte de equipos rescatadores durante los procesos de donación, con la ausencia de equipos de coordinación intrahospitalarios de trasplante en instituciones de mediano y alto nivel de complejidad, con retrasos presentados durante el proceso logístico de la donación, y con la ausencia de la Red Nacional de Donación y Trasplantes (RNDT) en ciudades intermedias del país. El restante 14.28% no hizo explícita la razón en la que basó su concepto. Por otra parte, 16% de quienes tienen un concepto favorable aluden su buena percepción a la creencia de que existe un aumento en la donación y trasplantes realizados en el país, 16% lo vincula al establecimiento de una red de trasplantes en el país y 28%, con la regulación del trasplante a extranjeros, con los buenos resultados clínicos obtenidos en trasplante y con el grado de capacitación del personal médico colombiano que trabaja en el área; el restante 40% no mencionó la razón en la que basa su concepto.

Discusión

La Resolución 2003 de 2014 modifica la Resolución 1441 de 2013 (3) y constituye el manual de habilitación para servicios de salud en Colombia. En ella, implícitamente se resalta que es necesario integrar a los equipos médicos de UCI pediátrico y de adultos del país dentro del modelo operativo y de gestión de la donación de órganos y tejidos.

La aplicación de esta norma generará grandes controversias, ya que no hace explícita la tarea específica de los intensivistas dentro del proceso de donación; por lo tanto, el lector podrá asumir al intensivista como iniciador del proceso (a través de la oportuna detección y notificación de potenciales donantes) o como un actor protagónico y decisivo a lo largo de todo el proceso de donación. Pese a lo anterior, se puede suponer que la norma espera fortalecer la notificación oportuna de potenciales donantes detectados en las UCI y disminuir las tasas de pérdidas o no identificación de potenciales donantes (7).

La inclusión explícita de los intensivistas colombianos en el proceso de donación es una conducta que se opone al patrón asistencial habitual del país. Sin embargo, si esta estrategia se asume y consolida al interior del gremio médico colombiano, será una herramienta que potenciará y brindará solidez a la medicina de donación en Colombia. El reto que afrontará el país es de gran magnitud, de hecho, asume grandes proporciones cuando, sumado al desconocimiento evidenciado sobre donación y trasplantes, se deberá rebatir la concepción clásica que califica como errada a la inclusión del equipo asistencial de UCI en el proceso de donación. Sanner (8) ha mencionado el dilema que enfrentan los equipos médicos

al abordar la donación, ya que, de manera inconsciente, se asume una transición entre el papel “cuidador de la salud” al papel “mendigo de órganos”. El autor también menciona que el médico tratante puede verse influido negativamente por la percepción de incurrir en un conflicto de interés a la hora de abordar la donación, así como por la sensación de inducir en la familia del potencial donante la percepción de no haber hecho lo suficiente por cuidar o prolongar la vida de su ser querido.

A diferencia de la tesis recién mencionada, hoy contamos con trabajos internacionales que describen buenas experiencias y resultados alentadores en las tasas de donación cuando es el equipo asistencial de UCI el responsable de introducir a las familias de pacientes neurocríticos con pobre pronóstico vital en la opción de la donación, así como con recomendaciones que postulan a la inclusión activa del equipo médico de UCI dentro del proceso de donación como un factor determinante del éxito y de la calidad en la atención brindada al donante y a su familia durante el proceso de donación(9). Estos datos ponen de manifiesto que asumir la donación como parte del cuidado médico que se brinda desde la UCI no es una postura errada (10,11) sin embargo, si el ideal es incluir de forma activa al personal de UCI en el proceso de donación, se deben cumplir algunos prerrequisitos, entre estos se encuentran: ejecutar un proceso clínico/asistencial óptimo, transparente y ético (12,13), brindar información clara y oportuna a la familia de pacientes que evolucionan a ME, ofrecer apoyo emocional para la elaboración del duelo (14-16) y, por ende, alcanzar un nivel alto de empatía y una relación médico-familia dotada de un grado máximo de confianza (17). Para cumplir los requisitos recién expuestos, es necesario que el equipo asistencial de UCI tenga conocimientos claros sobre donación y reconozca en ella una forma de tratamiento médico que involucre al donante, a su familia y a todos aquellos que podrían vivir gracias a un trasplante.

Otras experiencias permiten inferir que no se comete un craso error cuando el equipo asistencial de UCI brinda información sobre ME y donación. Williams et al (18) describieron la buena experiencia de los Estados Unidos cuando se adoptó el lineamiento de brindar información sobre donación desde las UCI a todas las familias de pacientes con ME; ellos enfatizan en la capacitación y entrenamiento que debe recibir el equipo asistencial para brindar información que dé alivio emocional a los familiares de pacientes en ME, también hacen hincapié en la importancia del trabajo en equipo que deben ejecutar el grupo médico de UCI y la coordinación de trasplantes; además, enmarcan el accionar clínico dirigido a la donación dentro del cuidado médico especializado que se brinda al final de la vida.

La inclusión del intensivista en el proceso de donación debe ser vista con buenos ojos, si en el periodo de transición

se brinda capacitación y entrenamiento para desarrollar habilidades y destrezas requeridas a la hora de abordar y liderar un proceso de donación; y si, además, se abren las puertas para crear y consolidar equipos hospitalarios de coordinación de donación y trasplantes en el país.

Con respecto a la capacitación, algunas experiencias internacionales muestran que:

El entrenamiento en donación incide positivamente sobre la actitud personal del equipo asistencial frente a la donación; además, repercute favorablemente sobre las tasas hospitalarias de donantes (19,20).

Son pilares para iniciar de forma efectiva un proceso de donación: la educación enfocada en ME, donación y trasplantes, así como el entrenamiento para brindar información a la familia sobre ME y donación (21-25).

Aquellos médicos que conciben la donación como una opción luego de la muerte reconocen la importancia del coordinador de trasplantes en el proceso de donación y asumen su accionar como una parte importante del cuidado médico especializado que se brinda al final de la vida (21,26,27).

De forma similar al trabajo realizado por Deulofeu et al. (28), este estudio evidencia que el personal médico colombiano de UCI tiene buena actitud ante la donación cadavérica y de vivo. Esto constituye un buen terreno en el que podrá trabajar el país para promover y potenciar la donación desde las UCI. A diferencia del estudio de Tuesca et al. (29), realizado también en Colombia, el porcentaje de negativa a la donación de órganos de un familiar fue menor (2.08% vs. 24.9%).

El 77.08% de participantes no ha donado sangre en el último año; esto supone una actitud pasiva ante la donación y una conducta opuesta al pensamiento prodonación encontrado en esta población.

El 66.66% de participantes considera que la UCI es un escenario óptimo para potenciar estrategias de sensibilización hacia la donación, sin embargo, más de la mitad de participantes (60.42%) no incluye activamente la donación dentro de su práctica clínica diaria. Este hallazgo resulta ser bastante significativo entre los encuestados con menor experiencia laboral y refleja la necesidad que tiene el cuidado crítico colombiano de consolidar habilidades relacionadas con la donación desde el proceso de formación del personal de salud.

A pesar de que Camargo et al (30) describieron en 2009 una mejoría significativa en el conocimiento sobre donación y trasplante que poseen los intensivistas colombianos, este

trabajo evidencia que más de la mitad de participantes (54.17%) no conoce la legislación que regula el diagnóstico de ME y el proceso de donación y trasplantes en Colombia; que menos de la mitad conoce alguna iniciativa de promoción a la donación (41.66%); que 77.09% desconoce la actualidad sobre los trasplantes realizados a extranjeros; y 16% de quienes tienen un concepto favorable sobre el modelo de trasplantes en Colombia lo atribuyen al aumento de la donación y de los trasplantes realizados en la nación.

Lamentablemente los datos oficiales (2,31-33) revelan una disminución significativa en las tasas de donación y de trasplantes realizados durante los últimos años en el país, por lo tanto los hallazgos reiteran la necesidad de brindar información y educación continua a las UCI colombianas sobre donación y trasplantes, y confirman que la inclusión de los intensivistas en el proceso de donación requerirá una política nacional de formación en medicina de donación, ya que sólo brindando herramientas académicas y profesionales sólidas se podrá mejorar el accionar y la afinidad clínica frente a la donación en los equipos médicos que abordan con frecuencia a potenciales donantes (urgencias, cuidado crítico e intensivo) (34).

Los hallazgos relacionados con la experiencia en el manejo de potenciales donantes con la percepción sobre la interacción clínica sostenida con los coordinadores de trasplante y con las principales razones para emitir un concepto negativo sobre el modelo colombiano de donación y trasplantes evidencian la necesidad que tiene el país de aumentar el recurso humano calificado en medicina de donación, así como la necesidad de reevaluar y reestructurar procesos administrativos, logísticos, operativos, legales, judiciales y de financiación que impactan de forma negativa el buen andar de la donación en Colombia.

Según los hallazgos, se puede deducir que la Resolución 2003 de 2014 no constituye una estrategia que disminuirá la necesidad de coordinadores de trasplante en el país; por el contrario, abrirá nuevos escenarios sobre los cuales deberán actuar los equipos de coordinación de trasplantes. Por lo tanto, el implementar la norma impondrá grandes retos para la nación, dentro de los cuales se encuentran:

1. Fortalecer el proceso asistencial de donación desde las unidades generadoras de donantes a través de acciones que mejoren el apoyo brindado a las familias de potenciales donantes (35) durante la fase de cuidado médico ofrecido al final de la vida (36).
2. Asumir la donación como un servicio asistencial que se debe brindar desde las instituciones hospitalarias del país con servicios de urgencias, hospitalización e intensivistas.

3. Incluir de forma activa y explícita al intensivista dentro del proceso de donación, a través de la construcción de equipos hospitalarios de coordinación de donación y trasplantes.

4. Integrar de forma activa y efectiva las UCI de ciudades intermedias con la RNDT.

Al respecto, se debe aclarar que la actividad de donación del país se concentra en Bogotá, Medellín, Cali y Bucaramanga. Sin embargo, en Colombia hay más de 25 cabeceras urbanas con una población mayor a 200.000 habitantes (37) para las cuales el Instituto Nacional de Salud (INS) a través de la RNDT deberá implementar estrategias y mecanismos eficientes que permitan potenciar en ellas la actividad de donación de órganos y tejidos.

Según cifras oficiales del INS, se estima que en Colombia hay 40 médicos habilitados para ejercer la coordinación de trasplantes (cerca de 0,8 coordinadores de trasplante por cada millón de habitantes); mientras que, según cifras de la AMCI existen en el país aproximadamente 12.090 camas de cuidado crítico, 189 UCI neonatales, 75 UCI pediátricas, 427 UCI de adultos y 242 médicos egresados de programas de cuidado crítico pediátrico y de adultos (38). Por lo tanto, desde lo teórico, se puede confirmar la necesidad que tiene el país de aumentar el recurso humano capacitado para ejercer la medicina de donación; asimismo, se puede inferir que se cuenta con cerca de 242 profesionales en medicina crítica, con los cuales se puede trabajar para cambiar el paradigma (39) y asumir e incluir a la donación como una opción de cuidado médico especializado que se brinda desde la UCI al final de la vida. Este breve análisis abre las puertas para que en Colombia se considere la opción (tal cual se ha practicado en países de Europa y Latinoamérica) de dar aval al intensivista para participar activamente en todas las fases del proceso de donación y trasplante.

Durante los últimos años, las cifras nacionales de donación no han superado las expectativas, y la hipótesis que se tiene sobre el efecto de la Resolución 2003 de 2014 es un aumento en la detección y notificación de potenciales donantes; sin embargo, esta reflexión abre discusiones que el país deberá enfrentar. Dentro de los interrogantes a los que se les deberá dar una pronta respuesta se encuentran: ¿Será suficiente el recurso humano en coordinación operativa de trasplantes que tiene Colombia para suplir la demanda esperada con la aplicación de la norma de habilitación de servicios de salud?, ¿es óptimo el modelo actual de coordinación de trasplantes que tiene el país para cubrir la demanda en materia de donación que se espera generar con la Resolución 2003 de 2014?, ¿la estructura actual y el modo de operar de la RNDT garantizan eficiencia en el proceso de donación e inclusión activa a las ciudades intermedias del país en la actividad de donación?

Se cree firmemente que iniciativas relacionadas con UCI, donación y trasplantes como la Resolución 2003 de 2014 hacen bien al país, ya que ponen de manifiesto la necesidad de información, educación y adquisición de habilidades frente a la donación que deben tener los equipos de UCI. Sin embargo, se considera que dicha norma no traerá los frutos esperados en donación si no se trabaja para consolidar a la donación como parte del cuidado médico que se brinda desde la UCI, si no se fortalece la figura de coordinador de donación y trasplantes intrahospitalario, y si no se integra ésta figura con los servicios de UCI y emergencias del país (40). Solo si se consolida y multiplica un recurso humano entrenado y calificado en la difícil y compleja tarea de ejercer la coordinación de trasplantes al interior de los hospitales colombianos, se podrá optimizar la identificación de potenciales donantes, se aumentará la efectividad y eficiencia del proceso de donación, se generará cultura de trasplantes en nuestra nación, disminuirá el porcentaje de negativa familiar para la donación y, quizás, en el futuro, se introducirán al país nuevos repertorios de acción como la donación tras la muerte cardiopulmonar.

A pesar de las limitaciones derivadas del tamaño y tipo de selección de la muestra, se puede apreciar que, aunque los intensivistas colombianos muestran en general una buena actitud frente a la donación, necesitan recibir entrenamiento y educación con énfasis en donación. La Resolución 2003 de 2014 plantea de forma explícita por primera vez en el país la opción de vincular a los intensivistas en las fases iniciales del proceso de donación; pese a lo anterior, Colombia deberá dar un giro hacia la inclusión total del intensivista como actor protagónico y responsable del proceso de donación (a través del ejercicio de la coordinación de trasplantes) con el fin de potenciar, con éxito, las tasas nacionales de donación.

Conclusiones

Los intensivistas colombianos tienen buena actitud frente a la donación; a pesar de ello, el desenvolvimiento clínico en donación parece ser limitado. Se requiere fomentar la educación y entrenamiento continuado al personal de salud de medicina crítica para abrir nuevos espacios de acción a los equipos de coordinación de trasplante en la UCI. La Resolución 2003 de 2014 y los lineamientos propuestos para la formación de especialistas en cuidado crítico (41) darán resultados positivos en las tasas nacionales de donación si de manera simultánea a la capacitación con énfasis en donación ofertada a los intensivistas, se fomenta la formación de nuevos coordinadores de trasplantes, se abre la opción de vincular al intensivista con la medicina de donación a través del ejercicio del papel “coordinador de trasplantes” y se integra de forma activa a las ciudades intermedias del país con el accionar de la RNDT.

Conflicto de intereses

Ninguno declarada por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI) y a sus máximos directivos en 2013 Dr. Guillermo Ortiz y Dr. Luis Horacio Atehortua, por su valioso apoyo para la ejecución de este proyecto. Asimismo, a los miembros de la asociación que voluntariamente cumplieron la “Encuesta donación y trasplante 2013”.

Referencias

- Bermeo S, Ostos H, y Cubillos J.** Trasplantes de órganos: perspectiva histórica y alternativas futuras. *RFS - Revista Facultad de Salud*. 2009 [cited 2015 feb 23];1(2):63–71. Spanish. Available from: <http://goo.gl/OmlwFL>.
- República de Colombia. Informe anual red de donación y trasplantes [Internet]. Bogotá, D. C.: Instituto Nacional de Salud; 2012 [cited 2015 feb 19]. Available from: <http://goo.gl/3d3TiJ>.
- Castañeda-Millán DA, Alarcón F, Ovalle D, Martínez C, González LM, Burbano-Perea L, et al.** [Attitudes and beliefs about organ donation in Colombia: How to undertake efforts to increase national donation rates?] *Rev Fac Med [Internet]*. 2014 [cited 2015 feb 23];62(1):17–25. Spanish. doi: <http://doi.org/zdj>.
- República de Colombia. Resolución 1441 de 2013, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones [Internet]. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [cited 2015 feb 19]. Available from: <http://goo.gl/hIG3pE>.
- República de Colombia. Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud [Internet]. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014 [cited 2015 feb 19]. Available from: <http://goo.gl/aqZmgG>.
- República de Colombia. Resolución 3272 de 2011. Por la cual se crea permanentemente la Coordinación Regional No. 6 de la Red de Donación y Trasplantes [Internet]. Bogotá, D. C.: Ministerio de la Protección Social; 2011 [cited 2015 feb 19]. Available from: <http://goo.gl/xjqYVw>.
- Kutsogiannis DJ, Asthana S, Townsend DR, Singh G, Kavelas CJ.** The incidence of potential missed organ donors in intensive care units and emergency rooms: a retrospective cohort. *Intensive Care Med [Internet]*. 2013 [cited 2015 feb 23];39:1452–1459. doi: <http://doi.org/2cc>.
- Sanner MA.** Two perspectives on organ donation: experiences of potential donor families and intensive care physicians of the same event. *J Crit Care [Internet]*. 2007 [cited 2015 feb 23];22:296–304. doi: <http://doi.org/fmmzgp>.
- Gobierno de España. Guía de buenas prácticas en el proceso de la donación de órganos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Organización Nacional de Trasplantes; 2011 [cited 2015 feb 19]. Available from: <http://goo.gl/qfCt8o>.
- Streat S.** Clinical review: Moral assumptions and the process of organ donation in the intensive care unit. *Crit Care [Internet]*. 2004 [cited 2015 feb 23];8(5):382–8. doi: [10.1186/cc2876](https://doi.org/10.1186/cc2876).
- De Groot YJ, Jansen NE, Bakker J, Kuiper MA, Aerdt S, Maas AI, et al.** Imminent brain death: point of departure for potential heart-beating organ donor recognition. *Intensive Care Medicine [Internet]*. 2010 [cited 2015 feb 23];36(9):1488–94. doi: <http://doi.org/d9cgrj>.
- DeJong W, Franz HG, Wolfe SM, Nathan H, Payne D, Reitsma W, et al.** Requesting organ donation: an interview study of donor and nondonor families. *Am J Crit Care*. 1998;7(1):13–23.
- Souter M, Van Norman G.** Ethical controversies at end of life after traumatic brain injury: defining death and organ donation. *Crit Care Med [Internet]*. 2010 [cited 2015 feb 23];38(9 Suppl):S502–9. doi: <http://doi.org/d58d8z>.
- Roza Bde A, Pestana JO, Barbosa SF, Schirmer J.** Organ donation procedures: an epidemiological study. *Progr Transplant*. 2010;20:88–95.
- García-Díaz F.** [Breaking bad news in medicine: strategies that turn necessity into a virtue]. *Medicina Intensiva [Internet]*. 2006 [cited 2015 feb 23];30(9):452–9. Spanish. Available from: <http://goo.gl/LdYHqI>.
- Orøy A, Strømskag KE, Gjengedal E.** Approaching families on the subject of organ donation: a phenomenological study of the experience of healthcare professionals. *Intensive Crit Care Nurs [Internet]*. 2013 [cited 2015 feb 23];29(4):202–11. doi: <http://doi.org/2ch>.
- Skwirczyńska-Szalbierz E, Matoszka N, Sepiolo A, Ostrowski M.** Communication with family after loss, in the context of transplantology. *Transplant Proc [Internet]*. 2014 [cited 2015 feb 23];46(6):2036–9. doi: <http://doi.org/2cj>.
- Williams MA, Lipsett PA, Rushton CH, Grochowski EC, Berkowitz ID, Mann SL, et al.** The physician's role in discussing organ donation with families. *Crit Care Med [Internet]*. 2003 [cited 2015 feb 23];31(5):1568–73. doi: <http://doi.org/ctbjg9>.
- Roels L, Spaight C, Smits J, Cohen B.** Critical Care staffs' attitudes, confidence levels and educational needs correlate with countries' donation rates: data from the Donor Action database. *Transpl Int [Internet]*. 2010 [cited 2015 feb 23];23(8):842–50. doi: <http://doi.org/cbtgmg>.
- Marck CH, Weiland TJ, Neate SL, Hickey BB, Jelinek GA.** Personal attitudes and beliefs regarding organ and tissue donation: a cross-sectional survey of Australian emergency department clinicians. *Progr Transplant*. 2012;22: 317–322.
- Cohen J, Ami SB, Ashkenazi T, Singer P.** Attitude of health care professionals to brain death: Influence on the organ donation

- process. *Clinical Transplantation* [Internet]. 2008 [cited 2015 feb 23];22(2):211–5. doi: <http://doi.org/chk2vn>.
22. **Shemie SD, MacDonald S; Canadian Blood Services—Canadian Critical Care Society Expert Consultation Group.** Improving the process of deceased organ and tissue donation: a role for donation physicians as specialists. *CMAJ* [Internet]. 2014 [cited 2015 feb 23];186(2):95-6. doi: <http://doi.org/2ck>.
 23. **Lenzi JA, Sarlo R, Assis A, Ponte M, Paura P, Araújo C, et al.** Family informed consent to organ donation—who performs better: organ procurement organizations, in-hospital coordinators, or intensive care unit professionals? *Transplant Proc* [Internet]. 2014 [cited 2015 feb 23];46(6):1672-3. doi: <http://doi.org/2cm>.
 24. **Siminoff LA, Marshall HM, Dumenci L, Bowen G, Swaminathan A, et al.** Communicating effectively about donation: an educational intervention to increase consent to donation. *Prog Transplant* [Internet]. 2009;19(1):35-43.
 25. **Pont Castellana T, Masnou Burralló N, Gràcia Gonzalo RM, Barreto M, Duque Guilera E, Portillo Díez J, et al.** Health care professionals: what do they know about organ donation? *Prog Transplant*. 2008;18(2):141-5.
 26. **Brown CV, Foulkrod KH, Dworaczyk S, Thompson K, Elliot E, Cooper H, et al.** Barriers to obtaining family consent for potential organ donors. *J Trauma* [Internet]. 2010 [cited 2015 feb 23];68(2):447–51. doi: <http://doi.org/bnq6v6>.
 27. **Dos Santos MJ, Masarollo MC, Moraes EL.** The family interview in the process of donating organs and tissues for transplantation: Perceptions of potential donor's relatives. *Transplant Proc* [Internet]. 2014 [cited 2015 feb 23];46(6):1674-7. doi: <http://doi.org/2cn>.
 28. **Deulofeu R, Blanca MJ, Twose J, Matesanz R.** [Attitudes and knowledge on organ and tissue procurement and transplantation of emergency and primary care doctors in Spain]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2011 [cited 2015 feb 23];136(12):541–8. Spanish. doi: <http://doi.org/cezdhf>.
 29. **Tuesca R, Navarro E, Elles R, Espinosa D, Herrera JM, Macias JC.** Conocimientos y actitudes de los médicos de instituciones hospitalarias en Barranquilla sobre donación y trasplante de órganos. *Salud Uninorte - Barranquilla (Col.)* [Internet]. 2003 [cited 2015 feb 23];17:9-18. Available from: <http://goo.gl/npd6GH>.
 30. **Camargo RD, Vargas RF.** Conocimiento sobre el proceso de donación y trasplante de órganos en trabajadores de unidades de cuidado intensivo de Colombia (1999-2009). *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 2009;9(3): 214-22.
 31. República de Colombia. Informe anual red de donación y trasplantes. Bogotá, D. C.: Instituto Nacional de Salud; 2010.
 32. República de Colombia. Informe anual red de donación y trasplantes [Internet]. Bogotá, D. C.: Instituto Nacional de Salud; 2011 [cited 2015 feb 19]. Available from: <http://goo.gl/spz52V>.
 33. República de Colombia. Informe anual red de donación y trasplantes [Internet]. Bogotá, D. C.: Instituto Nacional de Salud; 2011 [cited 2015 feb 19]. Available from: <http://goo.gl/n5116Y>.
 34. **Miller LD, Gardiner S, Gubler KD.** Emergency department referral for organ donation: more organ donors and more organs per donor. *Am J Surg* [Internet]. 2014 [cited 2015 feb 23];207(5):728-34. doi: <http://doi.org/2cv>.
 35. **Rodrigues JR, Cornell DL, Howard RJ.** Organ Donation Decision: Comparison of Donor and Nondonor Families. *Am J Transplant* [Internet]. 2006 [cited 2015 feb 23];6:190–8. doi: <http://doi.org/bd4qp6>.
 36. **Long T, Sque M, Addington-Hall J.** What does a diagnosis of brain death mean to family members approached about organ donation? A review of the literature. *Progr Transplant*. 2008;18(2):118–5. PubMed PMID: 18615977.
 37. República de Colombia. Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal total por área 1985-2020 [Internet]. Bogotá, D. C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); [date unknown] [cited 2015 feb 23]. Available from: <http://goo.gl/s5Baj8>.
 38. **Norton P.** Recurso humano en UCI. situación actual en Colombia. Bogotá, D. C.: Ponencia oral en X Congreso de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo Regional Bogotá; Septiembre 12 de 2014.
 39. **Castañeda D.A.** Coordinación de trasplantes y cuidado intensivo: Un paradigma a vencer en Colombia [Internet]. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2014 [cited 2015 feb 20]. Available from: <http://goo.gl/cKmmIu>.
 40. **Matesanz R.** Papel de los Servicios de Urgencias y Emergencias en la donación de órganos. *Emergencias*. 2010;22:68-71.
 41. República de Colombia. Documento técnico lineamientos de formación en gestión de la donación y servicios de trasplante [Internet]. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014 [cited 2015 feb 20]. Available from: <http://goo.gl/1YE5BX>.