GOBERNACIÓN DEL HUILA
Secretaría de Salud

GOBERNACIÓN DEL HUILA
COORDINACIÓN REGIONAL No.6 DE LA RED DE DONACIÓN Y TRASPLANTE

INFORME DE CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES COORDINACIÓN REGIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTES No. 6

PRIMER TRIMESTRE DEL 2017

Edificio Gobernación Calle 8 Cra 4 esquina; Neiva – Huila - Colombia; PBX: 8671300
www.huila.gov.co; twitter: @HuilaGob; Facebook: www.facebook.com/huilagob; YouTube:www.youtube.com/huilagob

YANID PAOLA MONTERO GARCÍA
Secretaria de Salud Departamental Huila

NÁTHALY MEDINA CAMPOS
Coordinadora CRUE Huila

LUÍS HERNÁN SARRIA CHACÒN
Contratista de apoyo a la Rcordt6

2017

1. AUTORES

Coordinadora CRUEH
NÁTHALY MEDINA CAMPOS (Profesional Universitario)

Profesionales contratistas para el apoyo operativo del CRUEH:

Apoyo Operativo a la Coordinación Regional No.6 RDT
LUÍS HERNÁN SARRIA CHACÓN (Médico)

Auditoría Regional RDT
HÉBERT FAJARDO (Médico Auditor)

Promoción de la Cultura de Donación
YURANI NOVOA SÁNCHEZ (Psicóloga)
JÉNNIFER PAOLA MORA (Psicóloga)
ROLANDO CÓRDOBA GORDO (Psicólogo)

Sistema de Información
YINETH OLAYA MOSQUERA (Ingeniera de sistemas)

Índice

GOBERNACIÓN DEL HUILA 1

PRIMER TRIMESTRE DEL 2017 1

1. AUTORES 3

Profesionales contratistas para el apoyo operativo del CRUEH: 3

INTRODUCCIÓN 7

1. ***GENERALIDADES*** 8

1.1 ORGANIZACIÓN INTERNA, MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS 8

1.1.1. ESTRUCTURA FÍSICA 8

1.1.2 RECURSO HUMANO 8

1.1.3 RECURSOS INFORMÁTICOS 8

1.1.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS 9

1.1.5 AUTOEVALUACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS 9

1.1.5.1 GESTIÓN *DE ALERTAS GENERADAS* 10

1.1.5.2 *REGULACIÓN / MODULACIÓN DE LA GOD* 10

1.1.5.3 ASIGNACIÓN DE COMPONENTES ANATÓMICOS 10

1.1.5.4 *OFERTA REGIONAL Y NACIONAL DE COMPONENTES ANATÓMICOS* 11

1.1.5.5 *ANÁLISIS DE LOS REGISTROS POR COTx DE LAS GOD* 11

1.1.5.6 *ASIGNACIÓN DE TURNOS A I.P.S.* 11

1.1.5.7 *VALIDACIÓN DE LOS RECEPTORES ACTIVADOS POR LAS IPS EN EL SOFTWARE DE LA LISTA DE ESPERA DE LA RNDT- INS* 12

1.1.5.8 *VALIDACIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA* 13

1.1.5.9 *ENVÍO DE INFORMACIÓN AL INS* 13

1.1.5.10 REUNIONES DEL COMITÉ ASESOR 13

1.1.5.11 INSCRIPCIÓN 13

1.1.5.12 REPRESENTACIÓN ANTE EL COMITÉ ASESOR DE LA CNRDT-INS 14

1.1.5.13 *ASISTENCIA TÉCNICA* 14

1.1.5.14 *AUDITORÍA PROGRAMADA A IPS Tx* 14

1.2 PLANEACIÓN 15

1.2.1 CUMPLIMIENTO DE LO PLANEADO 15
1.2.2 PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017 15
1.2.2.1 OBJETIVOS 15
1.2.2.2 METODOLOGÍA 15
2. COMITÉ ASESOR REGIONAL 16
2.1 CONFORMACIÓN 16
2.2 SESIONES REALIZADAS AÑO 2016. 16
2.3 ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS – Comité Asesor 16
3. ESTADO DE INSCRIPCIÓN 17
4. ***INFORMACIÓN ESTADÍSTICA*** 17
4.1 COMPORTAMIENTO DE LA DONACIÓN EN LA REGIONAL 17
4.1.1 *ALERTAS DE PACIENTES CON GLASGOW MENOR O IGUAL A 5*: 17
4.1.1.1 Alertas de pacientes con Glasgow < 5. 17
4.1.1.2 IPS y Servicios Generadores de alertas 18
4.1.1.3 Salidas del Protocolo Glasgow < 5 y Muertes Encefálicas diagnosticadas: 18
4.1.1.4 **Muertes Violentas** (A 31 de marzo de 2017) 19
4.1.1.5 Muertes Naturales (A 31 de marzo 2017) 20
4.1.1.6 Consolidado de Mortalidad (Muertes naturales + muertes violentas) 21
4.1.1.7 Causas de muerte encefálica (dos Evaluac Dx): A Marzo 31 21
4.1.2 ACEPTACIÓN Y NEGATIVA FAMILIAR A LA DONACIÓN: 23
4.1.2.1 Negativa Familiar a la Donación y sus causas: 23
4.1.2.2 Comportamiento de la Negativa Familiar: 24
4.1.2.3 Donantes Logrados y Mecanismos de Donación: 24
4.1.2.4 Donantes Logrados no rescatados: 25
4.1.3 DONACIÓN REAL (Donante Logrado en el cual se extrajo al menos un órgano): A Marzo 31 . 26
4.2 LISTA DE ESPERA Y ACTIVIDAD TRASPLANTADORA: 28
4.2.1. Listas de espera para trasplante. 28
4.2.1.1 Lista de Espera para Tx renal 28

4.2.1.2 Lista de Espera para Tx de córnea 28
4.2.1.3 Comportamiento de la Enfermedad Renal Crónica, Morbimortalidad 29
4.2.4. Trasplante a menores de 18 años, por tipo de órgano e IPS 41
4.2.5. Actividad trasplantadora de tejidos 41
4.2.5.1. Tejido ocular y Membrana amniótica 41
4.2.5.2. Tejido osteomuscular 43
5.1 Actividades estratégicas en promoción a la donación. ..... **¡Error! Marcador no definido.**6
5.1.3 Análisis del impacto de las actividades de promoción. 47
5.1.4 Actividades de formación del recurso humano de los actores de la Red de Donación y Trasplante. 47
5.2 Plan de Promoción año 2017. 47
6 PROGRAMA NACIONAL DE AUDITORÍA DE LA RED DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS (PNA) 48
6.1 Cronograma de actividades de auditoria por parte de la regional a las IPS trasplantadoras, generadoras y Bancos de tejidos – Año 2017. 48
6.2.1 Acciones preventivas: 49
6.2.2 Acciones coyunturales: 49
6.2.3 Acciones de seguimiento: 50
6.2.4 Informe de auditoría 51
Auditorías de prevención y seguimiento: 52
6.2.5 Indicadores de auditoría 52
7. NOVEDADES IDENTIFICADAS POR LA COORDINACIÓN REGIONAL: 52
8. SEGUIMIENTO DE LA COORDINACIÓN REGIONAL A PLANES DE MEJORAMIENTO 52
9. PROGRAMAS O PROYECTOS ADICIONALES: 52
Anexo No. 1 RCORDT6: ESTADO DE INSCRIPCIÓN - **A Marzo 31 de 2017** 54
Anexo No. 2: TALENTO HUMANO INSCRITO 55
Anexo No. 3: SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO ESTABLECIDOS POR LA CNRDT-INS 58
Anexo No. 4: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REGIONAL No.6 RDT 63

INTRODUCCIÓN

La Coordinación Regional No. 6 de la Red de Donación y Trasplantes (Rcordt6) a cargo de la Secretaría de Salud del Huila, como parte del cumplimiento de las funciones establecidas en el numeral 9 del Artículo 7º del decreto 2493 (4/Agosto/2004), presenta a la Coordinación Nacional de la Red de Trasplantes del Instituto Nacional de Salud el informe estadístico consolidado al 1er trimestre del año 2.017, que corresponde al trigésimo primer informe presentado a partir de la creación temporal de la Regional No. 6, según Resolución 001843 (01/06/2009) y al vigésimo segundo informe, a partir de la creación definitiva de la Coordinación Regional No.6 mediante Resolución 3272 de agosto 04 de 2011, expedidas por el Ministerio de la Protección Social, con área de influencia en el departamento del Huila.

En el presente documento se relacionan de manera consolidada y acumulada las estadísticas de Donación y Trasplantes, así como las actividades desarrolladas por la Coordinación Regional No. 6 y otros actores de la Regional No.6 RDT a Marzo del 2017.

Agradecemos a la Coordinación Nacional de la RDT (Instituto Nacional de Salud) por la asistencia técnica y auditoría externa brindadas a la Rcordt6, en búsqueda de oportunidades de mejora para la prestación de los Servicios de Salud en el país.

1. *GENERALIDADES*

1.1 ORGANIZACIÓN INTERNA, MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

1.1.1. ESTRUCTURA FÍSICA

La Rcordt6 cuenta con área física dentro del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del Huila, CRUEH, ubicado en la Secretaría de Salud Departamental del Huila. La Rcordt6 es un subproceso del CRUEH.

1.1.2 RECURSO HUMANO

La Secretaría de Salud Departamental del Huila, garantizó la continuidad para la prestación del servicio del CRUEH (incluyendo la Rcordt6) en los primeros 20 días del mes de enero mediante otrosí para los 4 radio operadores, los 4 médicos CRUEH, el médico para el apoyo a la Rcordt6 (Dr.Sarria) y dos psicólogas (Drs. Mora y Novoa). En la última semana de enero fueron contratados 4 médicos reguladores/moduladores del CRUEH (Drs: Juan Pablo Toledo, Mónica Jiménez , Jhon Éduard Vásquez y Luís Hernando Gómez – hasta el 31 de diciembre de 2017); hasta finales de noviembre fueron contratados 4 radioperadores (Lina María Ricaurte,), Juan Guillermo Pardo Plazas, Édgar Borja Javela y Jaime Alberto Garavito), el contratista para el apoyo de la Coordinación Regional (Dr. Luís Hernán Sarria Chacón), 3 psicólogos (Drs. Yurani Novoa, Jénnifer Paola Mora y Rolando Córdoba) y la ing. Yineth Olaya Mosquera; a partir de finales de febrero y por un período de seis (6) meses se contrató al médico auditor (Dr. Hébert Fajardo). Para el Seguimiento, Registro y Apoyo a la Gestión Operativa de la Donación la Rcordt6 cuenta con los 4 médicos CRUEH, el Dr. Sarria y los 4 Radioperadores (estos últimos, eventualmente apoyan la articulación entre los Médicos Coordinadores Operativos de Trasplante (COTx) y el CRT-INS y/o Médicos CRUEH), para la Promoción de la Cultura de Donación cuenta con el equipo de Psicólogos, para la Auditoría Regional cuenta con el Dr. Fajardo, para el Sistema de Información con la ingeniera Yineth Olaya, y para el apoyo operativo, con el Dr. Sarria. Para el funcionamiento de la Rcordt6 se cuenta además con la Dra. Náthaly Medina Campos, funcionario de planta, Coordinadora del CRUE Huila, y la Auxiliar Administrativa (Nubia Tamayo), también funcionaria de planta.

1.1.3 RECURSOS INFORMÁTICOS

La Rcordt6 cuenta con escritorios, un computador para el profesional de apoyo a la Coordinación Regional, un computador para el responsable del sistema de información, dos computadores para las Psicólogas, una impresora, un computador para la auxiliar administrativa, acceso a internet y a la intranet de la Gobernación del Huila; línea telefónica y de fax; además de radioteléfonos, avantel, teléfono celular, un computador para los médicos CRUE y otro para los radio operadores, para el apoyo adicional a las comunicaciones de la Rcordt6 con los distintos actores de la RDT.

1.1.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

La Rcordt6 cuenta con Manual de Procedimientos, versión 3, formulado por el Coordinador Regional, revisado por la Coordinadora del CRUEH y aprobado por la Secretaria de Salud Departamental el 16 de noviembre de 2016; controlado por el Sistema de Gestión Integrado de la Gobernación del Huila, con código: SSA-C014-M308, actualmente publicado en la extranet de la Gobernación del Huila. Queda pendiente que el MSPS y la CNRDT-INS emitan los lineamientos respecto a la GOD y nueva normatividad vigente (Resoluciones 1441 de 2013, 2003 de 2014 y, la Ley 1805 de 2016), para que la Rcordt6 realice las actualizaciones respectivas. Con la entrada en vigencia de la Ley 1805 de 2016 e n febrero de 2016 y ante la no expedición a la fecha de lineamientos/regulación de la misma por parte del MSPS, fue necesario actualizar formatos para el registro de la Gestión Operativa de la Donación, acorde a la norma y necesidades regionales al respecto.

PROCEDIMIENTOS APROBADOS, CONTROLADOS Y PUBLICADOS

- Inscripción de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas para Trasplante de componentes anatómicos y/o seguimiento postrasplante - Código: SSA-C014-P370. Vers-4, del 29 de agosto de 2015
- Gestión de la Lista Única Nacional de Espera - Código: SSA-C014-P371. Vers-3, del 16 de mayo de 2016.
- Asignación de Turnos– Código: SSA-C014-P372. Vers-4, del 10 de mayo de 2016
- Gestión Operativa de la Donación - Código: SSA-C014-P373. Vers 5, del 16 de noviembre de 2016.
- Manejo Integral de la Urgencia 0 (Cero) - Código: SSA-C014-P384. Vers 2, del 16 de noviembre de 2016.
- Asistencia Técnica a las IPS trasplantadoras – Código: SSA-C014-P385. Vers-2, del 29 de agosto de 2015.

Aunque para la actualización de procedimientos como Inscripción y Gestión Operativa de la Donación, son indispensables los lineamientos que emita el MSPS y el INS por inquietudes generadas con la implementación de la Resolución 2003 de 2014 y la Ley 1805 de 2016, la Rcordt6 en el 2016 actualizó algunos procedimientos, quedando a la espera de lineamientos nacionales al respecto, los cuales son importantes también para la actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de la Rcordt6. Por otra parte, el INS como CNRDT está implementando el aplicativo RedDataINS, para el sistema de información de la RDT, a través del cual, se puede realizar la inscripción en línea, lo que eliminaría el diligenciamiento del formulario ICR-1 como requisito de inscripción ante las Rcordt (Una vez el aplicativo RedDataINS esté funcionando adecuadamente y según lo esperado, se actualizará el procedimiento de inscripción).

1.1.5 AUTOEVALUACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

La Rcordt6 como operador de la norma, continuó con la verificación del cumplimiento de sus funciones según los lineamientos y recomendaciones dadas por el INS, diligenciando la herramienta para el

autocontrol (tablas de seguimiento al cumplimiento de las actividades); analizando los registros de las actividades propias de la gestión operativa de la donación con la respectiva retroalimentación a los Médicos COTx y Médicos del CRUE Huila, en aras de mejorar los respectivos registros y la calidad del dato, sujeta a auditoría nacional por parte del INS.
El cumplimiento de las funciones queda reflejado en el resultado de los respectivos indicadores a marzo 31 de 2017:

1.1.5.1 GESTIÓN *DE ALERTAS GENERADAS*

Mes	Total Alertas generadas	Total Formatos de Alertas, reportados al CRUEH x la IPS Tx	Registro y Seguimiento por el CRUE Huila a las alertas generadas		Detección Pasiva		
			Total	%	A través del CRUEH	Llama la IPS a los COTx	%
A marzo 31	17	17	17	100 %	0	15	88%
					15		

A marzo de 2017 en la Regional No.6 se generaron 17 alertas, la Rcordt6 recibió del Hospital Moncaleano 17 registros de alertas (100% de cumplimiento), el CRUE registró y le hizo seguimiento al 100% de las alertas reportadas (17 de 17) y, al 100% de las alertas generadas (17). Los registros evidenciaron 2 alertas por detección activa (12%) y 15 (88) por detección pasiva (por llamada de la IPS generadora a los médicos COTx).

1.1.5.2 *REGULACIÓN / MODULACIÓN DE LA GOD*

Seguimiento a la modulación/regulación de la GOD		
Total GOD generadas	GOD moduladas/reguladas por el CRUEH	% de Regulación/Modulación
3	3	100%

A marzo de 2017, el 100% de las GOD generadas con donante logrado fueron moduladas/reguladas por el CRUE Huila, cumpliendo con los lineamientos de la CNRDT-INS para la verificación del cumplimiento y reporte total por parte de las IPS trasplantadoras, de las actividades y registros propios de la Gestión Operativa de Donación (GOD) con donantes logrados.

1.1.5.3 ASIGNACIÓN DE COMPONENTES ANATÓMICOS

A marzo de 2017 al igual que en el año 2016, el CRUE Huila ha realizado seguimiento a la asignación de los riñones donados/rescatados, según los criterios técnico-científicos regionales aprobados, llevando

la respectiva trazabilidad Donante-Receptor de los componentes anatómicos rescatados en la Regional No.6, la cual fue reportada mensualmente al CRT de la CNRDT- INS en el formato nacional destinado para tal fin.

En tiempo lo más cercano a lo real, el CRUE Huila realiza el ejercicio de asignación de riñón, realizando antes de los trasplantes la articulación con la Unidad de Trasplante Renal de la IPS trasplantadora, para efectos de verificar que las asignaciones coincidan, y aclarar/registrar las causas de inconsistencias, en aras de velar por la transparencia en el proceso. El laboratorio de genómica envía simultáneamente los resultados de Hemoclasificación (control), HLA y Citotóxicos, a la IPS trasplantadora y CRUEH.

1.1.5.4 *OFERTA REGIONAL Y NACIONAL DE COMPONENTES ANATÓMICOS*

Porcentaje de la Oferta Nacional			
Año: 2017	**Número de disponibilidades (posibilidades viables) de oferta nacional o regional presentadas**	**Número de ofertas realizadas por el CRUE –Huila**	**% de Oferta Nacional**
A Marzo 31	0	0	**NA**

A marzo 31 de 2017 no se presentaron disponibilidades viables de oferta nacional por la Regional No.6 debido a logística (un donante en Pitalito Huila) y por inestabilidad hemodinámica. En el 2016 no se realizaron ofertas nacionales (sin disponibilidades viables, donantes de solo riñón). En el 2017, con la entrada en vigencia de la Ley 1805 de 2017, los médicos COTx en el momento de consultar la base de datos del INS para la manifestación de voluntades negativas a la donación, automáticamente se realiza la oferta nacional, pero que por las razones arriba mencionadas no han sido viables para comentarlas a nivel nacional.

1.1.5.5 *ANÁLISIS DE LOS REGISTROS POR COTx DE LAS GOD*

Análisis de los registros por COTx de las GOD con donantes generados			
Año: 2016	**Registros remitidos de GOD**	**Reportes analizados**	**% de cumplimiento al análisis**
A marz 31	3	3	**100%**

A marzo 31 de 2017, la Rcordt6 analizó los 3 registros (100%) de las GOD con donantes logrados, copias de los cuales son enviados por los COTx; realizando la respectiva retroalimentación mediante oficio o vía email a los actores, según la pertinencia.

1.1.5.6 *ASIGNACIÓN DE TURNOS A I.P.S.*

Asignación de los turnos para detección y rescate – A 31 de marzo del 2017		
Turnos para asignar (Última semana del mes inmediata/ anterior)	**Turnos asignados**	**% de Cumplimiento**
3	**3**	**100%**

A 31 de marzo de 2017, la Rcordt6 elaboró y envió vía email, mensualmente al Hospital Moncaleano y al CRT-CNRDT el cuadro de turnos para que la IPS realizara detección y rescate en IPS generadoras, cumpliendo en un 100% con dicha actividad.

1.1.5.7 *VALIDACIÓN DE LOS RECEPTORES ACTIVADOS POR LAS IPS EN EL SOFTWARE DE LA LISTA DE ESPERA DE LA RNDT- INS.*

Seguimiento a los Receptores en Lista de Espera - Riñón							
Año: 2017 Mes:	**IPS: *H. Moncaleano* Nuevos Receptores:**	**Desactivados**	**Reportados por la IPS**	**Activados por la IPS en el Software RDTC**	**Validados por la Rcordt6**	**% de Validación Anual**	**Total activados / desactivados por la IPS en el Software**
A Marzo 31	5	9	**61**	**61**	**61**	**100%**	**61 / 9** Reactivados: 0 Desactivados→Causa: **No Tx: 3** **Por Tx: 6** y **Fallecidos: 1**
Pacientes activos en lista de espera → **52**							

A marzo 31 de 2017 el Hospital H. Moncaleano activó en lista de espera para Tx renal a 5 nuevos pacientes de un total de 61 enlistados (56 pacientes venían en lista de espera desde el 2016); desactivó a 9 pacientes (2 por causa distinta al trasplante, 1 por fallecimiento y 6 trasplantados); no reactivó pacientes y tiene 52 pacientes activos en lista de espera para Tx renal.
En el 2016, la IPS activó 41 nuevos pacientes de un total de 83 enlistados (desactivó a 27 pacientes (3 por causa distinta al trasplante, 2 por fallecimiento y 22 trasplantados)); no reactivó pacientes y terminó con 56 pacientes activos para Tx renal.
Con relación al 2016, la lista de espera para Tx renal disminuyó en un 7% (de 56 a 52).

Desactivación de la lista de espera para Tx renal por causa distinta al trasplante

Año	Trasplante	Fallece	Médica	Voluntaria	Administrat EPS	Administrat IPS	Administrat IPS-EPS	Otras
2016	**22**	2	0	1	2	0	0	0
2016	**6**	1	0	2	0	0	0	0

A marzo 31 de 2017, el Hospital Moncaleano exceptuando los trasplantes, desactivó 3 pacientes, siendo las causas el fallecimiento (1) y la Voluntaria (2 casos, una de ellas, debido a traslado de residencia y a lista de espera de otra ciudad). En el 2016 por causas distintas al trasplante, el Hospital Moncaleano desactivó a 5 pacientes (2 fallecidos, 2 por causas administrativas de la EPS y uno a voluntad del paciente).

1.1.5.8 *VALIDACIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA*

Seguimiento a la Validación de las Listas de Espera			
Año:	**Reportes recibidos sobre novedades en la Lista de Espera**	**Reportes validados por la Rcordt6**	**% de Validación**
2016	32	32	**100%**
2017	**7**	**7**	**100%**

A marzo 31 de 2017, el Hospital Moncaleano reportó 7 novedades en la Lista de Espera para Tx renal, las cuales en su totalidad (100%) fueron validadas por la Rcordt6 mediante análisis comparativo con la información ingresada por la IPS en el aplicativo del módulo de receptores del sistema de información RDT del INS. En el 2016, la IPS reportó un total de 32 novedades en la lista de espera.

1.1.5.9 *ENVÍO DE INFORMACIÓN AL INS*

TOTAL INFORMES ENVIADOS	OPORTUNOS	NO OPORTUNOS	% DE OPORTUNIDAD
4	4	0	100%

A Marzo 31 de 2017, la Rcordt6 reportó a la CNRDT-INS 4 informes estadísticos consolidados (último trimestral año 2016 y mensuales de dic/2016, enero y febrero de 2017, todos dentro de la oportunidad según lineamientos INS y Decreto 2493 de 2004. En el 2016 el cumplimiento fue del 100% durante todo el año (12 mensuales de diciembre de 2015 a noviembre de 2016 y 4 trimestrales (consolidado anual 2015 y 1er, 2do y 3er trimestre de 2016)).

1.1.5.10 REUNIONES DEL COMITÉ ASESOR

TOTAL ANUAL A REALIZAR (Decreto 2493/2004)	ORDINARIAS	EXTRAORDINARIAS	CUMPLIMIENTO ANUAL
4	1	0	25%

A marzo 31 de 2017, el Comité Asesor se reunió en una oportunidad. En el 2016, el Comité Asesor se reunió en cuatro (4) oportunidades, dando cumplimiento a las reuniones trimestrales, contempladas en la normatividad vigente.

1.1.5.11 INSCRIPCIÓN

IPS TRASPLANTADORAS (Según REPS)	IPS NO TRASPLANTADORAS (Según REPS)	IPS INSCRITAS	CUMPLIMIENTO
6*	1	5	100%

*En el REPS aparece la Clínica Saludent (Tx de Tejidos Osteomuscular), pero no realizan trasplantes, toda vez que no cuentan todavía con la resolución de habilitación y no han solicitado la inscripción.

Otra IPS trasplantadora de tejidos que estaba debidamente inscrita en la Rcordt6, en el presente año reportó la novedad de cierre del servicio de trasplantes debido a próxima liquidación de la empresa, lo cual fue reportado al INS y se desactivó a la IPS de RedDataINS.

Las 4 IPS trasplantadoras activas y la no trasplantadora (para seguimiento postrasplante renal) están inscritas en la Rcordt6 y tienen vigente la inscripción (100% de cumplimiento). En el 2016 el cumplimiento en este indicador también fue del 100%.

1.1.5.12 REPRESENTACIÓN ANTE EL COMITÉ ASESOR DE LA CNRDT-INS

La Rcordt6 desde finales del año 2015 viene representando a las demás Rcordt del país en el Comité Asesor de la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes (INS). En el presente año todavía no han sido convocados a reunión los representantes del CA-CNRDT.

CONVOCATORIAS POR PARTE DEL INS	ASISTENCIA DE LA RCORDT6 A REUNIONES	CUMPLIMIENTO
0	0	NA%

1.1.5.13 *ASISTENCIA TÉCNICA*

IPS TRASPLANTADORAS INSCRITAS	IPS TRASPLANTADORAS CON ASISTENCIA TÉCNICA	CUMPLIMIENTO
5	5	100%

En el mes de marzo como es costumbre, la Rcordt6 brindó asistencia técnica a las cinco (5) IPS inscritas en la Rcordt6 (100% de cumplimiento); en lo que respecta a sus funciones legales. Actividad que se realizó también en años anteriores.

1.1.5.14 *AUDITORÍA PROGRAMADA A IPS Tx*

TOTAL A REALIZAR (Resolución 2640 de 2005: 3 visitas anuales a c/IPS Tx)	AUDITORÍAS REALIZADAS	CUMPLIMIENTO ANUAL
15 (Inscritas : 4 IPS Tx y 1 IPS no Tx)	0	0%

A marzo 31 de 2017, la Rcordt6 no ha iniciado el ciclo de auditorías programadas. A finales de febrero se contrató al Médico Auditor, se le realizó inducción en lo que respecta a temas de la RDT y los documentos de la Rcordt6, participó en las asistencias técnicas realizadas a las IPS inscritas e iniciará el ciclo de auditorías en abril de 2017 y auditará adicionalmente a una IPS no trasplantadora inscrita.

1.2 PLANEACIÓN

1.2.1 CUMPLIMIENTO DE LO PLANEADO

Las metas de gestión para el año 2017 son contempladas en una herramienta en magnético de apoyo "Anexo PAS", no es oficial, pero sirve de herramienta a la CNRDT-INS y a la Rcordt6 para el seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas; documento "ejecutivo" que se elaboró y se ha venido modificando acorde a las sugerencias de la CNRDT-INS. Dicha herramienta fue elaborada debido a que el POA de la SSD Huila contempla de manera muy general las actividades de la Rcordt6.

El cumplimiento de lo planeado en el 2017 está descrito en el punto anterior y en el punto No.5 (PROGRAMA DE PROMOCIÓN).

1.2.2 PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017

Presentado en el informe final del año 2015 junto con sus:

1.2.2.1 OBJETIVOS
1.2.2.2 METODOLOGÍA
1.2.2.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES – Año 2017
1.2.2.4 PRESUPUESTO

1.2.2.5 ESTRATEGIAS PARA CUMPLIR LOS OBJETIVOS

1.1 ESTRATEGIAS DE CAPTURA, CONSOLIDACIÓN, VALIDACIÓN Y REPORTE DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

1.2 METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA

1.3 METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA ASIGNACIÓN DE TURNOS DE RESCATE

1.4 IMPLEMENTACIÓN DE LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL

1.5 PROCESO PARA LA ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN

1.6 ASIGNACIÓN DE COMPONENTES ANATÓMICOS

1.8.1 ASIGNACIÓN DE TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE EN OFTALMOLOGÍA

Las guías para la asignación de componentes anatómicos serán actualizadas en el año 2017, en consonancia con la Ley 1805 de 2016 y la reglamentación y los lineamientos que al respecto emitan tanto el MSPS como la CNRDT – INS, respectivamente.

2. COMITÉ ASESOR REGIONAL

2.1 CONFORMACIÓN

NOMBRE	REPRESENTANDO A	FECHA DE DESIGNACIÓN
YANID PAOLA QUINTERO GARCÍA	Secretaría de Salud Departamental del Huila	NA
NÁTHALY MEDINA CAMPOS (Coordinadora CRUEH)	Secretaría de Salud Departamental del Huila	(Delegada x la Dra. Quintero)
JESÚS ANTONIO CASTRO	IPS trasplantadoras (Gerente Hospital U. H. Moncaleano P.)	El Hospital Moncaleano es la única IPS trasplantadora de órganos en la Regional No.6 RDT
JOSÉ ANTONIO MUÑOZ PAZ (Subgerente Técnico Científico)	IPS trasplantadoras (Hospital U. H. Moncaleano P.)	Julio 25 de 2012 (el Gerente, Dr. Jesús Castro delegó en su representación al encargado de la Subgerencia TC).
JOSÉ DOMINGO ALARCÓN (Decano Facultad de Salud)	Universidad Surcolombiana	Noviembre 06 de 2014 (Delegado por el Rector, Dr. Pedro Reyes)
LUIS CARLOS QUINTERO MALO	Bioética	Febrero 25 de 2016
MARTHA CECILIA VEGA LAGUNA	Asociaciones de trasplantados y pacientes renales	Noviembre 03 de 2016

2.2 SESIONES REALIZADAS AÑO 2016.

1ra reunión año 2017 – Comité Asesor de la Rcordt6:
OBJETIVO DE LA REUNIÓN: Seguimiento a los compromisos adquiridos en reuniones previas, informe general año 2016 de la Regional No.6 RDT y coordinar actividades de Promoción para la celebración del Día Departamental de la Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante, a celebrar el 14 de abril de 2016. Se actualizó el reglamento interno del Comité Asesor de la Rcordt6. Se definieron los compromisos a cumplir por los invitados y los integrantes del Comité Asesor de la Rcordt6.

2.3 ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS – Comité Asesor

En cuanto a compromisos adquiridos en la 1ra reunión del año 2017 del CA-Rcordt6 está pendiente de cumplir:

- Actividades de promoción por parte de los distintos actores de la Regional No.6 RDT, para la celebración del Día Departamental de la Donación de Órganos y Tejidos Humanos.

3. ESTADO DE INSCRIPCIÓN

Según auditoría regional, en el REPS aparecen seis (6) IPS con servicios de trasplante, una de ellas (Clínica Saludent S.A.S) todavía no cuenta con la resolución de habilitación de la SSDH, no está inscrita, no realiza trasplantes, se le asesoró en el tema.
Las otras cinco (5) IPS inscritas: cuatro (4) trasplantadoras habilitadas con servicio de trasplante de componentes anatómicos y una IPS no trasplantadora para realizar seguimiento postrasplante renal, se encuentran con inscripción vigente en la Rcordt6 a través del aplicativo web RedDataINS. El estado de inscripción ante la Rcordt6 se presenta en el respectivo anexo (simplificado) al final del informe.
Pendiente que una IPS trasplantadora de tejidos, actualice la información del talento humano inscrito en RedDataINS, toda vez, que con la implementación del nuevo aplicativo, cargaron por error información de talento humano no inscrito previamente y/o manifestaron que desvincularían a unos profesionales que no realizaban trasplantes o ya no laboraban en la IPS.

4. ***INFORMACIÓN ESTADÍSTICA***

4.1 COMPORTAMIENTO DE LA DONACIÓN EN LA REGIONAL

4.1.1 *ALERTAS DE PACIENTES CON GLASGOW MENOR O IGUAL A 5*:

4.1.1.1 Alertas de pacientes con Glasgow ≤ 5.

AÑO	TOTAL ALERTAS	UCI	URG	**Detección Pasiva** (La IPS llama al CRUEH o al COTx)			**Detección Activa** (Visita a la IPS)
2016	**10**	8	2	**8**	**La IPS reporta al CRUEH**	**La IPS reporta al COTx**	**2**
					2	6	
2017	**17**	16	1	**15**	**La IPS reporta al CRUEH**	**La IPS reporta al COTx**	**2**
					0	15	

Fuente: Formatos de alertas diligenciados por Médico Coordinador Operativo y el CRUEH.

A marzo 31 de 2017 se generaron 17 alertas (aumento del 70% respecto al mismo período del 2016); generándose el 94% de ellas en UCI (en el 2016 esta cifra fue del 80%). El 88% de las alertas se generaron por detección pasiva (en el 2016 por detección pasiva se generó el 80% de las alertas). En la detección pasiva, ha predominado la notificación a los médicos COTx por parte de las IPS generadoras (88% para lo transcurrido del 2017). A partir de noviembre de 2016 el Hospital Moncaleano reinició la búsqueda/detección activa de posibles donantes en las IPS generadoras, lo que explicaría el aumento en el número de las alertas.

4.1.1.2 IPS y Servicios Generadores de alertas

IPS	UCI	URGENCIAS	TOTAL
Clínica Mediláser -Neiva	4	0	4
Hospital U. H. Moncaleano	7	1	8
Hospital San Antonio de Pitalito	1	0	1
Clínica Uros	1	0	1
Clínica Emcosalud	0	0	0
Clínica Saludcoop / Esimed	0	0	0
Clínica COVEN	0	0	0
Clínica Belo Horizonte	3	0	3
Caquetá – Clínica Mediláser	0	0	0
TOTAL	**16**	**1**	**17**

De las 17 alertas generadas, el 47% se generó en el Hospital Moncaleano, siguiendo las Clínicas Mediláser (23%) y Belo Horizonte (18%).

4.1.1.3 Salidas del Protocolo Glasgow ≤ 5 y Muertes Encefálicas diagnosticadas:

A Marzo 31	
2016	**2017**
2	9

En el 2017 se salió del protocolo Glasgow ≤ 5 en el 53% de los casos (en 9 de 17 Alertas), con un aumento de 33 pts% respecto al 2016, cuando se salió del protocolo en el 20% de los casos (en 2 de 10 Alertas).

Causas de salida de Protocolo Glasgow < o = 5								
AÑO	Contraind. Médica	Contraind. Socio/Sexual	Contraind. Legal	PCR irreversib	Mejoría o Vegetativo	No acude el COTx → PCR	Otra	**Total**
2016	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**2**
2017	**2**	**0**	**0**	**7**	**0**	**0**	**0**	**9**

En lo transcurrido del 2017 las principales causas de la salida del protocolo Glasgow ≤ 5 fueron: la PCR (78%) y la Contraindicación médica (22%). En el mismo período de 2016, las principales causa de salida de protocolo fue la PCR irreversible (50%) y Falta de respuesta a la alerta (50%).
Continúa llamando la atención que la principal causa de salida de protocolo Glasgow ≤ 5 en la regional No.6 RDT ha sido la PCR irreversible. Al respecto, se ha manifestado al INS y al MSPS la preocupación de falta de regulación/definición de la entidad responsable del pago por el manejo dado a los donantes

potenciales en el lapso de tiempo, comprendido entre el 2do diagnóstico (prueba) que confirma la muerte encefálica y la decisión de los familiares cuando ellos se niegan a la donación. Lo que según lo manifestado por médicos de las IPS generadoras, ha desmotivado a la parte administrativa para apoyar el mantenimiento/diagnóstico adecuado/oportuno en caso de los posibles donantes. Lo que termina traduciéndose en disminución de las tasas de donación y trasplantes. Dicha desmotivación de las IPS generadoras, es la que también genera donantes jóvenes marginales, en cuyos casos, solo es viable rescatar riñones y se pierde la posibilidad de ofertar/rescatar otros órganos. No se ha obtenido respuesta ante la inquietud, esperando obtener respuesta con la reglamentación y entrada en vigencia de la Ley 1805 de 2016.

Causas Médicas de salida de Protocolo Glasgow < o = 5							
AÑO	EDAD > 80 AÑOS Y/O ATERO ARTERIOSCLEROSIS AVANZADA	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS CON PARACLÍNICOS NO SATISFACTORIOS	SEPSIS NO CONTROLADA	ESTADO HEMODINÁMICO Y/O PARACLÍNICOS NO SATISFACTORIOS	INFECCIÓN VIRAL ACTIVA TRANSMISIBLE SIN RECEPTOR (VIH, HB, HC...)	TUMOR MALIGNO O NO ESPECIFICADO	Total
2016	0	0	0	0	0	0	0
2017	0	0	0	0	0	2	2

A marzo 31 de 2017 se salió del protocolo Glasgow $\leq$ 5 por causas médicas en 2 ocasiones (22%): por tumor maligno o no especificado.
En el mismo período de 2016 no se salió de protocolo por causas médicas.

4.1.1.4 **Muertes Violentas** (A 31 de marzo de 2017)

El área de Estadísticas Vitales de la SSD Huila reportó las siguientes estadísticas de mortalidad para los fallecidos en el Huila menores y mayores de un año a marzo 31 de 2017.

MUERTES VIOLENTAS A 31 de marzo 2017		
HOMICIDIO (Falla ventilatoria/insuficiencia respiratoria, Hipoxia, Asfixia, Trauma Craneoencefálico (TCE), Choque hipovolémico)	4	22
ACCIDENTE DE TRANSITO (Choque hipovolémico, Asfixia, Falla ventilatoria/insuficiencia respiratoria, Hipoxia, TCE)	9	
OTROS ACCIDENTES (Falla ventilatoria/insuficiencia respiratoria, Hipoxia, TCE, Asfixia, Choque hipovolémico)	5	
SUICIDIO (Falla ventilat/insufic respiratoria, Hipoxia, TCE, Asfixia, Choque hipovolémico)	3	
EN ESTUDIO (Choque hipovolémico, Asfixia, Falla ventilat/ insufic respiratoria, Hipoxia, TCE)	1	

CAUSA	Número	%
TCE	3	13,7%
Hipoxia Anoxia Cerebral (Choque hipovolémico, Asfixia, Falla ventilatoria, Hipoxia-Anoxia Cerebral)	18	81,8%
En estudio	1	4,5%
Total	22	100%

- Se presentaron 22 fallecimientos de manera violenta
- La principal causa de muerte violenta fue la Hipoxia-Anoxia cerebral (81,8%), seguida de la lesión directa cerebral por trauma craneoencefálico (13,7% de los casos).

4.1.1.5 Muertes Naturales (A 31 de marzo 2017)

MUERTES NATURALES		
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	7	590
ASFIXIA	2	
CHOQUE HIPOVOLEMICO	28	
FALLA VENTILATORIA/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	420	
HIPOXIA	40	
TUMOR CEREBRAL	1	
CHOQUE CARDIOGENICO	92	

CAUSA	No.	%
Hipoxia-Anoxia Cerebral (Choque cardiogénico, Choque hipovolémico, Falla ventilatoria/insuficiencia respiratoria, Hipoxia, Asfixia)	582	98,6%
ACV	7	1.2%
Tumor Cerebral	1	0.2%
Total	**590**	**100%**

- En lo transcurrido del 2017, en el departamento de Huila se presentaron 590 fallecimientos de manera natural.

- La principal causa de muerte natural fue la Hipoxia–Anoxia cerebral con un 98,6%, seguida del Accidente cerebrovascular con un 1.2% y del Tumor cerebral con el 0,2% de los casos.

4.1.1.6 Consolidado de Mortalidad (Muertes naturales + muertes violentas)

CAUSAS DE MUERTE	TOTAL	%
HIPOXIA - ANOXIA CEREBRAL (Choque cardiogénico, Choque hipovolémico, Falla ventilatoria/insuficiencia respiratoria, Hipoxia anoxia cerebral, Asfixia)	600	98%
TRAUMA CRANEOENCEFALICO (TCE)	3	0,49%
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)	7	1,14%
TUMOR CEREBRAL	1	0,16
En estudio	1	0,16
TOTAL	**612**	**100%**

En el período, en el Huila:

- Se registraron 612 casos de fallecimiento, siendo las causas por su prevalencia la Hipoxia – Anoxia Cerebral con un 98%; el ACV con el 1,14%, el TCE con el 0,49% y el Tumor Cerebral con el 0,16%.

De los 612 fallecimientos, en 8 casos se diagnosticó la muerte encefálica, lo que corresponde al **1,3%** de todos los casos.

- De los 600 fallecimientos por Hipoxia-Anoxia Cerebral, en ningún caso se diagnosticó la muerte encefálica (ME) (**0%**).
- De los 3 fallecimientos por TCE, en 2 casos se diagnosticó la ME (67**%**)
- De los 7 fallecimientos por ACV, en 6 casos se diagnosticó la ME (86**%**)
- En el único caso de fallecimiento por Tumor Cerebral, no se diagnosticó la ME (0**%**)

4.1.1.7 Causas de muerte encefálica (dos Evaluac Dx): A Marzo 31

Año	TCE	ECV	Hipoxia-Anoxia Cerebral	Tumor Cerebral	OTRAS	TOTAL
2016	4	3	0	1	0	**8**
2017	2	6	0	0	0	**8**

Fuente: Formatos de alertas diligenciados por Médico Coordinador Operativo

A marzo 31 de 2017 se generaron 8 donantes potenciales (47% de las alertas), al igual que en el mismo periodo de 2016 pero con una disminución de 33% en la cifra porcentual de las alertas (80% de las alertas en el 2016). Desde el año 2010 en la Regional No.6 RDT, la tendencia ha sido a la disminución en la generación de alertas y potenciales donantes. En el mes de noviembre de 2016, Hospital Moncaleano retomó la búsqueda/detección activa de posibles donantes en las IPS generadoras y se espera que con el cumplimiento de dicha función legal, aumentar para el 2017 el número de alertas detectadas, la empatía con los médicos de Unidades Generadoras y su apoyo a la GOD.

La principal causa de ME en el 2017 viene siendo el ACV, mientras que en el mismo período de 2016 fue el TCE, con una pequeña diferencia entre ambos.

CONTRAINDICACIÓN A LA DONACIÓN EN MUERTE ENCEFÁLICA

A Marzo 31	
2016	**2017**
2 (25%)	**1** (12,5%)

Causas de Contraindicación a la Donación en Muerte Encefálica										
Año	EDAD Y/O ATERO - ARTERIOSC. AVANZADA	SEPSIS NO CONTR.	INFECCIÓN VIRAL ACTIVA TRANSMISIB. SIN RECEPT. (VIH, HB, HC…)	ESTADO HEMODIN.	TUMOR MALIG.	ANTECDNT SOCIO / SEX	RESULTADO DE PARACLÌN	LEGAL O NEGATIVA JUDICIAL Pre / Entrev	COLAGENOSIS	OTRA CONTRAINDIC MÉDICA
2016	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
2017	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Fuente: Formatos de alertas diligenciados por Médicos CRUEH y COTx

A marzo 31 de 2017 se contraindicó un potencial donante (el 12,5%) por causa médica (Estado Hemodinámico no viable para extracción de órganos). En el mismo periodo del 2016 se contraindicó al 25% de los donantes potenciales, por causas médicas (1 por Sepsis no controlada y 1 por Tumor Maligno o no especificado).

Causas de no realización de Entrevista Familiar en Dx de ME

Año	PC antes de la entrevista	Contraindic Médica o Socio/sexual	Contraindic Legal	Escapes (No acude el COTx)	Otra	**Total**
2016	0	2	0	0	0	**2**
2017	1	1	0	0	0	**2**

A marzo 31 de 2017 como del 2016 se presentaron 2 casos (el 25%) de no realización de entrevista familiar en potenciales donantes generados.
En el 1er trimestre de 2017, las causas de no entrevista familiar fueron la Contraindicación Médica o Socio/Sexual y la Parada Cardiaca antes de la entrevista familiar (50% c/una). En el mismo período del 2016 las causas de no entrevista familiar fueron la Contraindicación Médica o Socio/Sexual (100%).

4.1.2 ACEPTACIÓN Y NEGATIVA FAMILIAR A LA DONACIÓN:

4.1.2.1 Negativa Familiar a la Donación y sus causas:

NEGATIVA FAMILIAR	
2016	**2017**
4 de 6	3 de 6
67%	**50%**

Fuente: Formatos de alertas diligenciados por Médico Coordinador Operativo

En el 1er trimestre tanto del 2017 como del 2016 se realizaron 6 entrevistas familiares. La Negativa Familiar a la donación fue del 50% con una disminución de 17 pts% respecto al 2016 (67%).

CAUSAS DE NEGATIVA FAMILIAR A LA DONACIÓN								
Año	RELIGIÓN, IDEAS / CUESTIONES RELIGIOSAS	NEGATIVA PREVIA	ENTREV. SIN RESPUESTA	DUDAS SOBRE LA MUERTE ENCEF.	OPINIONES ENCONTRADAS EN FAMILIA NUMEROSA	NEGAT. FAMIL. SIN MÁS RAZÓN	PROBLEM. CON EL PERSONAL DE SALUD	TOTAL
2016	**0**	**0**	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**4**
2017 – Oposición a la Presunción Legal de la Donación (PLD)	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**1**	**0**	**3**
2017 – En menores de 18 años	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

A marzo 31 de 2017, teniendo en cuenta que la Ley 1805 de 2016 entró en vigencia a partir de febrero de 2017 y que no se realizaron entrevistas familiares en casos de potenciales donantes menores de edad, se presentó en tres (3) casos oposición familiar a la Presunción Legal de la Donación siendo las causas: Negativa Previa, Opiniones encontradas en familia numerosa y Negativa Familiar sin más Razón, c/una de ellas con el 33,3%. En el mismo período de 2016, las causas de negativa familiar fueron: la Negativa Familiar sin más razón, las Dudas sobre la muerte encefálica, Opiniones encontradas en familia numerosa y Problemas con el personal de la salud, cada una con el 25%.
Las causas principales de Negativa Familiar a la donación, muy posiblemente siguen explicándose en su mayoría por las deficiencias de comunicación y conducta asertivas a la hora de informar/comunicar malas noticias a los familiares de los pacientes neurocríticos, sin descartar la influencia de los mitos tejidos alrededor del proceso donación-trasplantes y la percepción de negligencia y/o atención inoportuna/inadecuada/inhumana durante la prestación del servicio de salud, entre otros factores.

Consideramos de suma importancia que el INS defina de manera oficial los lineamientos respecto a los cambios que podrían generarse con la Ley 1805 de 2016, en la conceptualización de la Negativa Familiar a la Donación, para fines de reportes estadísticos, que le sirva a la RDT para evaluar de manera indirecta/estimada la cultura de donación con fines de trasplante en el país, y como insumo para la elaboración de los planes anuales regionales de promoción de la cultura de donación. Lo anterior, porque si se considera la oposición familiar a la aplicación de la PLD como una contraindicación a la extracción de componentes anatómicos, entonces, obtendríamos una negativa familiar (en casos de menores de edad) muy baja, incluso se podría decir que inferior a la de España, que no ameritaría desde lo administrativo el fortalecimiento de las actividades de promoción.

4.1.2.2 Comportamiento de la Negativa Familiar:

NEGATIVA FAMILIAR	VARIACIÓN INTERANUAL	AÑO
Inicio de Reg. 6 en junio de 2009	NA	2009
54.9 %	NA	2010
60,52 %	7,74	2011
54,05 %	-6,47%	2012
68,18 %	14,07	2013
50%	-18,18	2014
55,88%	5,88	2015
52%	-3,88	2016
50%	-2	A marzo 31 de 2017

En la Regional No.6 la Negativa Familiar al 1er trimestre de 2017 fue de 50%, con una disminución de 2 pts% respecto al año 2016. Continúa siendo relativamente alta.

La Meta propuesta a 2017 en el Plan Sectorial de SP en este indicador es del 50% y, para el 2021 en el Plan Decenal de SP la meta es lograr una Negativa Familiar a la Donación < al 45%.

4.1.2.3 Donantes Logrados y Mecanismos de Donación:

Año	TOTAL	Un órgano	Multiorgánico	Totipotencial
2016	2	1	0	1
2017	3	3	0	0

En el 1er trimestre de 2017 se generaron 3 donantes, de riñón, debido a voluntad familiar y a que rápidamente se pasó al rescate por inestabilidad hemodinámica e inminencia de parada cardiaca, no hubo tiempo ni aplicaba la oferta por el mismo motivo. En el 1er trimestre de 2016 se generaron 2 donantes logrados, 1 de riñón y uno totipotencial.

Año	TOTAL	Carné	Entrevista Familiar	Presunción Legal
2016	2	0	2	0
2017	3	0	3	0

En el 1er trimestre tanto del 2017 como del 2016, en el 100% de los casos se obtuvo la donación a través de la entrevista familiar.

4.1.2.4 Tasas de Donación:

A- Donación Lograda (por cualquiera de los mecanismos vigentes) – A Marzo 31

Tasade Donación Lograda - Regional 6 (Donantes por millón de habitantes: dpmh)		**Población Huila** – Proyección DANE
2016	**1,71** (2 Dts)	1.168.910
2017	**2,53** (3 Dts)	1.182.985

En lo transcurrido del 2017, la Tasa de Donación Lograda para la Regional No.6 RDT fue de 2,53 dpmh, con un aumento de 0,82 dpmh respecto al mismo período de 2016.

Para el año 2016 acorde a la recomendación dada por Auditoría de ICONTEC, se definió para la Regional No.6 RDT una meta de Tasa de Donación Lograda "IGUAL O SUPERIOR AL PROMEDIO NACIONAL: o sea, AÑO 2016", cifra con la que todavía no se cuenta (Pendiente informe año 2016 por parte del INS).

Según Plan Sectorial SP, la meta para el año 2017 es de 13,5 dpmh (donantes por millón de habitantes), según el Plan Decenal de SP la meta a 2021 en este indicador, es lograr una tasa de donación de 18,36 dpmh, acatando la meta contemplada en el Plan Nacional Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Por Ciudades Generadoras:

Tasa Donación Lograda x Ciudad Genrd (dpmh)		**Población** – Proyección DANE
Neiva	**5,8** (2 Dts)	344.911
Pitalito	**7,65** (1 Dte)	130.693

A marzo 31 de 2017, 2 donantes fueron generados en Neiva y uno en Pitalito (Huila.

4.1.2.4 Donantes Logrados no rescatados:

A Marzo 31	
2016	**2017**
1	3

A marzo 31 de 2017 no se han descartado donantes logrados. En el 2016 y se descartó un donante logrado (por dengue hemorrágico en fase activa de la viremia).

4.1.3 DONACIÓN REAL (Donante Logrado en el cual se extrajo al menos un órgano): A Marzo 31

4.1.3.1 Donantes reales

DONANTES RESCATADOS (Reales)							
2016				2017			
UN ÓRGANO	MULTIORGÁNICO	TOTIPOTENCIAL	TOTAL	UN ORGANO	MULTIORGANICO	TOTIPOTENCIAL	TOTAL
1	0	0	13	3	0	0	3

En lo transcurrido del 2017 se han generado 3 donantes reales (Rescatados), de riñón; con un aumento del 200% respecto al mismo período de 2016 (1 donante real).

Porcentaje de Donantes Reales

Año	RESCATADOS	LOGRADOS	Porcentaje de Donantes Reales
2016	1	2	50%
2017	3	3	100%

El porcentaje de Donantes Reales en el 1er trimestre de 2017 fue del 100%, y en el 2016 fue del 50% (se contraindicó un donante logrado, por causa médica).

4.1.3.2 Tasa Donante Real (al menos se rescató un órgano)

Tasa de Donación Real - Regional (Donantes reales por millón de habitantes: drpmh)		Población Huila – Proyección DANE
2016	0,85 (1 Dts R)	1.168.910
2017	**2,53 (3 Dts R)**	**1.182.985**

En el 1er trimestre de 2017 la tasa de donación real alcanzada fue de 2,53 drpmh, con un aumento de 1,68 drpmh respecto al mismo período de 2016.

4.1.3.3 Índice Rescate / Donante Potencial

Año: →	2016	2017
Regional	0,12 (1 / 8)	0,37 (3 / 8)
Neiva	**0,14** (1 / 7)	**0,28** (2 / 7)
Pitalito	**0** (0 / 1)	**1** (1 / 1)

El Índice de Rescate / Donante Potencial en el 1er trimestre de 2017 para la Regional No.6 fue de 0,37 situándose 0,25 pts por encima del alcanzado en el mismo trimestre de 2016.

Órganos Generados (Rescatados)						
Año	Riñón	Hígado	Corazón	Pulmón	Páncreas	**Total**
2016	2	0	0	0	0	**2**
2017	6	0	0	0	0	**6**

Al 1er trimestre de 2017 se generaron 6 órganos (riñones), con un aumento del 200% respecto al mismo período de 2016 (2 órganos generados).

4.1.3.4 Órganos Rescatados, Recibidos y Disposición final (Con Donante Cadavérico)

Riñón					
Año	Rescatados	Enviados	Recibidos	Trasplantados	Descartados
2016	2	0	0	**2**	0
2017	6	0	0	**6**	0

A marzo 31 de 2017:

- Se rescataron 6 riñones, no se enviaron órganos (riñones) a otras Regionales y no se recibieron riñones ofertados por otras Regionales.
- Se trasplantaron 6 riñones (con donante cadavérico), con un aumento del 200% en la cifra respecto al mismo período de 2016 (2 Tx renales).
- No se descartaron riñones para Tx.

Donantes Utilizados (Donante rescatado del cual, al menos se pudo trasplantar un órgano)

Año	RESCATADOS	UTILIZADOS	Porcentaje de Donantes Utilizados
2016	1	1	100%
2017	3	3	100%

Tanto del 2017 como del 2016, el porcentaje de los donantes utilizados fue del 100%.

4.1.3.4 Razón de rescate y trasplantes

Indicador	Órganos rescatados: 6	Donantes reales
Razón de rescate	2	3

Indicador	Trasplantados: 6	Donantes reales
Razón de Trasplantes	2	3

A marzo 31 de 2017, los indicadores de razón de rescate y trasplantes fueron de 2 (2 órganos rescatados y trasplantados por cada donante real (donante rescatado)). En el mismo período de 2016, se presentó el mismo comportamiento.

4.2 LISTA DE ESPERA Y ACTIVIDAD TRASPLANTADORA:

4.2.1. Listas de espera para trasplante.

4.2.1.1 Lista de Espera para Tx renal

Pacientes en lista de espera para Tx renal										
Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
No.	36	38	34	41	35	41	56	52		

A marzo 31 de 2017 se contó con 52 pacientes en lista de espera para Tx renal, con una disminución del 7,1% respecto a los pacientes enlistados al terminar el 2016.

Desactivación de la lista de espera para Tx de Riñón

Año	Trasplante	Fallece	Médica	Voluntaria	Administrat EPS	Administrat IPS	Administrat IPS-EPS	Otras
2016	2	0	0	0	1	0	0	**0**
2017	6	1	0	2	0	0	0	**0**

A marzo 31 de 2017 por causas distintas al trasplante, el Hospital Moncaleano desactivó 3 pacientes de la lista de espera para Tx renal, predominando las causas voluntarias (cambio de ciudad de residencia y voluntaria como tal) y el fallecimiento. En el mismo período de 2016, la IPS desactivó 1 paciente por causas distintas al trasplante; por causa administrativa EPS (Traslado a lista de espera de otra ciudad).

MORTALIDAD EN LISTA DE ESPERA

Mortalidad en Lista de Espera para Tx renal	Total 2016	**2017** - A marzo 31
	2 de 83	1 de 61

En lo transcurrido del 2017, ha fallecido un paciente en lista de espera para Tx renal, 1,64% de los 61 pacientes activados por el Hospital Moncaleano. En el 2016 fallecieron 2 pacientes en lista de espera, representando el 2,4% de los 83 pacientes activados por el Hospital Moncaleano.

4.2.1.2 Lista de Espera para Tx de córnea

Pacientes en lista de espera para Tx de córnea									
Año	2012	2013	2014	2015	2016	2017			
No.	44	52	80	65	100	103			

Al 1er trimestre de 2017 se contó con 103 pacientes enlistados para trasplante de córnea, con un aumento del 3% respecto al 2016. Además de córnea, se cuenta con 9 pacientes en lista de espera para trasplante de membrana amniótica y uno para trasplante de esclera.

Desactivación de la lista de espera para Tx de córnea - 2016

Año	Trasplante	Fallece	Médica	Voluntaria	Administ EPS	Administ IPS	Administ IPS-EPS	Otras	Total
Total 2016	12	2	0	3	0	2	0	2*	9
2017	2	0	0	0	0	0	0	0*	0

A 1er trimestre de 2017 por causa distinta al trasplante, no se han desactivado pacientes de la lista de espera para Tx de córnea. En el 2016 por causa distinta al trasplante se desactivaron 9 pacientes (disminución del 100% en este indicador).

4.2.1.3 Comportamiento de la Enfermedad Renal Crónica, Morbimortalidad

Según los registros de mortalidad (no absolutos) hechos por las IPS en el SISPRO durante el año 2016, se presentaron 133 fallecimientos (4,9% de las 2704 muertes por causa natural), de pacientes con antecedentes de ERC.

A la fecha, está pendiente el cargue de la información estadística 2016 por parte de las IPS en lo concerniente a la ERC y, tampoco Cuenta de Alto Costo ha generado informe al respecto (último informe hecho; a junio de 2015).

El informe de ERC se reportará en el 2do informe trimestral año 2016.

4.2.2. Comportamiento del trasplante en la Regional número 6 RDT.

Año:	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Tx renal	37	29	27	28	26	26	22	6	
Tx de córnea	38	21	27	37	37	35	12	2	
Tx de Mem Amniótica						23	16	4	
Tx de Escl						0	1	0	

En trasplante renal, la tendencia es a la disminución en los últimos tres años, relacionada principalmente por el alto porcentaje de Negativa Familiar a la Donación, una disminución en el No. de alertas y donantes potenciales por la falta de detección activa de posibles donantes y potenciales donantes en las IPS generadoras por parte del Hospital Moncaleano, actividad que fue retomada por la IPS en noviembre de 2016, continuada en lo transcurrido del 2017, con lo que se espera un aumento en el número de alertas detectadas y por ende de potenciales donantes. La ley 1805 de 2016 no influiría sobre este indicador, ya que el MSPS conceptuó hasta no ser reglamentada dicha Ley, de la necesidad de seguir realizando la entrevista familiar.

En Trasplante de córnea, al igual que en el 1er trimestre de 2016 , se realizaron dos (2) Tx de córnea y uno esclera. Se realizaron 4 trasplantes de membrana amniótica, con un aumento del 300% respecto al mismo período de 2016 (1 Tx).

4.2.2.1. Trasplantes de órganos

Tx de Riñón – 2016	**Tx de Riñón – 2017**
2	**6**

En el 1er trimestre de 2017 se realizaron 6 Tx (renales), con un aumento del 200% respecto al mismo período de 2016. En la Regional No.6 RDT se cuenta con una sola IPS Tx de órganos: Hospital U. Hernando Moncaleano P., habilitada e inscrita para Tx renal.

4.2.2.2. Trasplantes realizados con donante cadavérico y donante vivo.

Tx con Donante Vivo y Cadavérico

Tx de Riñón – 2016		Tx de Riñón – **2017**	
Donante Vivo	Donante Cadav	Donante Vivo	Donante Cadav
0	2	0	6
2		**6**	

Tanto en el 2017 como en el 2016 el Hospital Moncaleano realizó Tx renales solo con donante cadavérico (el 100%).

4.2.2.3. Trasplantes realizados a extranjeros no residentes.

Tx de Riñón – **2016**		Tx de Riñón – **2017**	
Donante Vivo	**Donante Cadav**	**Donante Vivo**	**Donante Cadav**
0	0	**0**	**0**
0		**0**	

En los 10 años de actividad trasplantadora de riñón, en la Regional No.6 RDT no se han realizado trasplantes a extranjeros no residentes en Colombia.

4.2.3. Trasplante renal

4.2.3.1. Trasplantes de riñón – A Marzo 31

Total Tx Renales con Don. Cadav.	Género		IPS Tx	Grupo Sang			
	M	F	Hospital U. H. Moncaleano	O	B	A	AB
6	1	5	6	4	0	2	0

Total Tx Renales	EPS													
	Caprecom	Comfamiliar	Cafesalud Contrib	Cafesalud Subsid	Salucoop	Famac	Sanidad Militar	Sanitas	Magisterio / Emcosalud	Comparta	Asmet Salud	Nueva EPS	Asociación Indígena del Cauca	Vinculado (no tiene)
6	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0

A marzo 31 de 2017:

- El 83% de los trasplantes se realizaron a mujeres.
- El 67% de los trasplantados fue de sangre tipo 0 y el 33% de tipo A.
- El 50% de los trasplantados pertenecieron a la EPS Comfamiliar; le siguieron Asmet Salud (33%) y Nueva EPS (17%).
- Todos los trasplantes se realizaron en el Hospital Moncaleano.

4.2.3.2 Tasa de Trasplante de órganos

Tasa de Trasplantes - Regional (Trasplantes por millón de habitantes: tpmh)		**Población Huila –** Proyección DANE
2016	**1,7** (2 Tx)	1.168.910
2017	**5** (6 Tx)	1.182.985

Al 1er trimestre de 2017 se alcanzó una tasa de trasplantes de 5 tpmh, con un aumento de 3,3 tpmh respecto al mismo período de 2016.

4.2.3.3 Tiempo Promedio en lista de espera – Tx renal con Donante Cadavérico

Año	Total días en Lista de Espera	Menor tiempo en L-Espera (días)	Mayor tiempo en L-Espera	Tiempo promedio en lista de espera para Tx renal (días)
2016	6420	1	1616	291,81
2017	505	7	113	84

Al 1er trimestre de 2017 los pacientes trasplantados de riñón esperaron entre 7 y 113 días para acceder al trasplante, con un promedio de 84 días. Para el año 2016, los trasplantados esperaron entre 1 y 1.616 días su trasplante, con un promedio de 291 días. Se trata de un indicador muy dinámico, el cual puede variar dramáticamente de un trimestre a otro.

4.2.3.4 Indicadores de seguimiento a riesgos en Tx renal:

La información estadística de indicadores para seguimiento al Tx renal acorde al consenso con la Cuenta de Alto Costo y el Instituto Nacional de Salud (año 2012) con periodicidad anual, se lleva para el Hospital Moncaleano, única IPS trasplantadora de órganos (**Tx Renal**). Las estadísticas a continuación, se elaboraron en base a la información reportada por el Hospital Moncaleano, actualizada a diciembre 31 de 2016, con 271 trasplantes renales realizados en 266 pacientes (acorde a lineamientos del INS, los trasplantes duales se consideran como un trasplante).
Gentilmente solicitamos al INS contemplar esta información en los informes trimestrales, al menos, un consolidado general de las IPS trasplantadoras que cumplan con dicho reporte. Consideramos de gran importancia para los casos de pérdida de la función del injerto, especificar más algunas causas, por ejemplo, cuando se trate de rechazo agudo (con o sin adherencia al tratamiento, las causas de no adherencia al tratamiento (voluntaria, administrativa…), debido a que las PQRs que los trasplantados presentan a las Rcordt, están relacionadas en su mayoría con la no entrega completa/oportuna de los inmunosupresores, y que naturalmente, ponen en riesgo la viabilidad del injerto; lo cual debe ser de conocimiento del MSPS.

SOBREVIDA DEL INJERTO :
Por Kaplan-Meier. Periodicidad: 6 meses, 1, 3, 5 y 10 años. Observación: Por tipo de donante (vivo, cadavérico, criterios expandidos); por tipo de evento final (reinicio de diálisis, retrasplante, muerte con injerto funcional).

TIPO DONANTE	No. PÉRDIDAS.	TOTAL Tx RENALES
CADAVERICO	46	271
VIVO	1	2
TOTAL	**47**	**273**

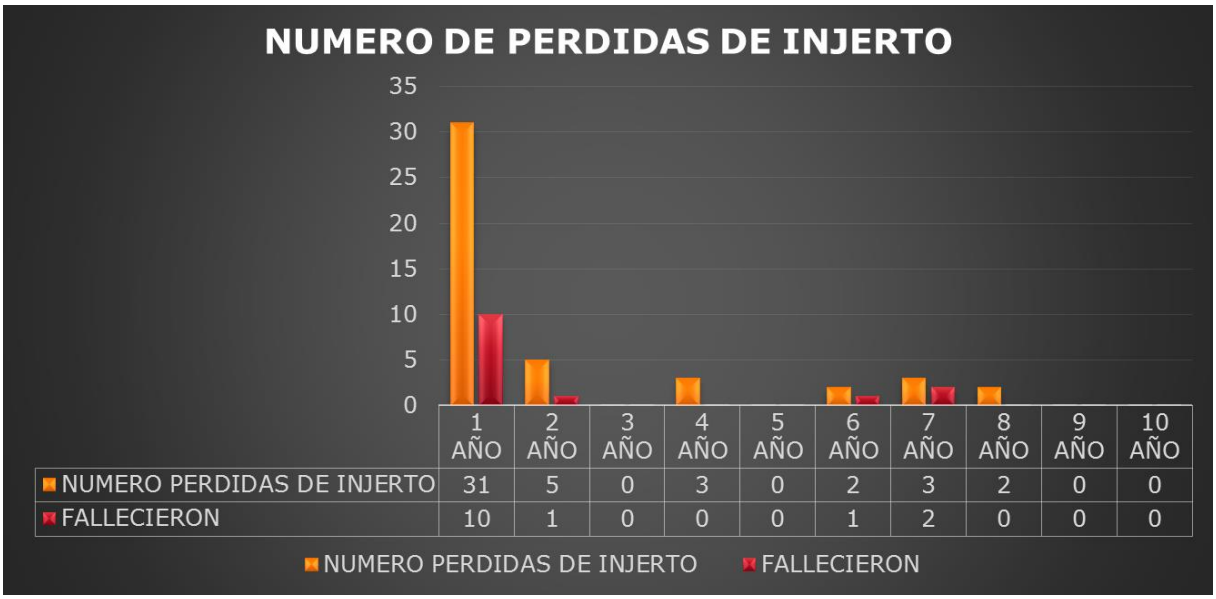
Desde el 2007 al 2016, han perdido la función el 17% (47) de los riñones trasplantados con donante cadavérico, y uno de los dos riñones (50%) trasplantados con donante vivo. La causa de pérdida de la función en el trasplante con donante vivo fue la trombosis de la arteria renal.

Sobrevida del injerto con Donante Cadavérico

Con base en el seguimiento a 271 injertos renales con donante cadavérico - Unidad de Trasplante Renal del Hospital Universitario de Neiva, a Diciembre de 2016.

AÑO	Sobrevida Acumulada del injerto	Total Pérdidas de la función del injerto
1 AÑO	**88,1%**	**46**
3 AÑO	**86,2%**	
5 AÑO	**84,8%**	
9 AÑO	**90,8%**	

Para el 2016, la sobrevida del injerto al año fue del 88,1%, a los 3 años: del 86,2%, al 5to año: del 84,8% y al 8vo año es del 90,8%.



De las 46 pérdidas de la función del injerto, el 77% ocurrió en el 1er año del trasplante y el 11%, en el 2do año del trasplante.

TIPO DE DONANTE CADAVÉRICO	No. PÉRDIDAS
DONANTE ÓPTIMO	42
CRITERIOS EXPANDIDOS	4
TOTAL	**46**

El 91% de los injertos que perdieron su función, provenían de donantes óptimos.

CAUSA DE LA PÉRDIDA	No. PÉRDIDAS
RECHAZO	11
INFECCION	9
COMPLICACION QX	9
NTA	4
NCI	6
OTRAS	7
TOTAL	**46**

CAUSA DE LA PÉRDIDA EN EL 1er AÑO POSTRASPLANTE	No. PÉRDIDAS
RECHAZO	6
INFECCION	7
COMPLICACION QX	5
NTA	4
NCI	3
OTRAS	6
TOTAL	**31**

Según el reporte del Hospital Moncaleano, la causa más frecuente de la pérdida de la función del injerto fue el Rechazo Inmunológico (24%), seguido de la Infección y la Complicación Quirúrgica (con el 20% cada una).
El 67% de las pérdidas de la función del injerto renal se produjeron en el 1er año postrasplante, siendo la principal causa de la pérdida de la función del injerto para dicho período las complicaciones infecciosas (23), seguida del Rechazo y Otras Causas (19% c/una).

La Rcordt6 recomienda al INS solicitar estadísticas sobre las causas de rechazo inmunológico, por ejemplo: Falta de adherencia al tratamiento por cuestiones administrativas EAPB, por cuestiones administrativas IPS Tx, por cuestiones administrativas IPS no Tx, por voluntad del paciente…. Etc. Recomendación que se da, debido a que gran parte de las PQRs de los usuarios, están relacionadas con la no entrega oportuna y/o completa de los inmunosupresores, lo cual, consideramos que debe ser de conocimiento del MSPS.

TIPO DE EVENTO FINAL	N. PÉRDIDAS
REINICIO DE DIÁLISIS	30
RETRASPLANTE	2
FALLECIERON	14
TOTAL	**46**

De los trasplantados con donante cadavérico que perdieron la función del injerto, el 65% reinició la terapia dialítica, el 4% fueron retrasplantados y el 30% fallecieron.

Certificado No. GP 019-1
Edificio Gobernación Calle 8 Cra 4 esquina; Neiva – Huila - Colombia; PBX: 8671300
www.huila.gov.co; twitter: @HuilaGob; Facebook: www.facebook.com/huilagob; YouTube:www.youtube.com/huilagob

SOBREVIDA DEL RECEPTOR:
Por Kaplan-Meier. Periodicidad: 6 meses, 1, 3, 5 y 10 años. Observación: Por causa de muerte (cardiovascular, cáncer, infección y otros).
Sobrevida del receptor con base en el seguimiento a 244 pacientes Trasplantados con 249 injertos renales - Unidad de Trasplante Renal del Hospital Universitario de Neiva a Diciembre de 2015.

AÑO	Supervivencia acumulada del receptor con donante cadavérico
0 -12	**91**
24 – 36	**86,6**
48 – 60	**85**
96 - 108	**89,5**

Al 2016 la sobrevida del receptor al año del trasplante renal fue de 91%, al 3er año fue del 86,6%, a los 5 años: del 85% y a los 9 años: del 89,5%.
De los 45 fallecidos en los casi 10 años de actividad trasplantadora del Hospital Moncaleano, el 51% (23) fallecieron en el 1er año del trasplante y el 18% (8) en el 2do año.

ESTADO DEL INJERTO	No. Trasplantados
CON INJERTO FUNCIONANTE	31
CON INJERTO NO FUNCIONANTE	14
TOTAL	**45**

El 69% de los fallecimientos ocurrió con función adecuada del injerto (injerto funcionante) y, el 31% fallecieron con injerto no funcionante.

CAUSA DE FALLECIMIENTO EN EL 1 AÑO DE Tx	No. Trasplantados
CARDIOVASCULAR	5
CANCER	1
INFECCION	14
OTRAS	3
TOTAL	**23**

En el 1er año de trasplante la principal causa de fallecimiento fueron las complicaciones infecciosas (61%), seguidas de las cardiovasculares (22%).

Sobrevida del receptor – Trasplante renal con donante vivo

En los 2 casos de trasplante con donante vivo no se han presentado casos de mortalidad (uno de ellos retrasplantado exitosamente).

COMPLICACIONES QUIRURGICAS
Observación: Por tipo de complicación (vascular, urológica o de herida quirúrgica).

A- VASCULARES

Acumulado	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
2016	3	22	13.63 %
Total	37	266	13.90 %

En el 2016 las complicaciones vasculares se presentaron en el 14%, y el acumulado total está en el orden del 14% para este indicador.

TIPO DE COMPLICACIÓN	No.	TIPO DE COMPLICACIÓN	No.
HEMORRAGIA QUE AMERITA TRANSFUSIÓN SANGUINEA	7	ESTENOSIS ARTERIAL	2
HEMATOMA PERIRRENAL	19	FAV	0
LINFOCELE	1	ANEURISMA ARTERIAL RENAL	1
TROMBOSIS VENOSA (DX POR DOPPLER)	1	PSEUDOANEURISMA	2
TROMBOSIS ARTERIAL (DX POR DOPPLER)	4		
TOTAL	**37**		

Las complicaciones vasculares más frecuentes que se han presentado en los trasplantes renales son: Hematoma perirrenal (56%), la hemorragia que ameritó transfusión sanguínea (21%) y la trombosis arterial del injerto que se presentó en el 12% de los casos.

B- UROLÓGICAS

Acumulado	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
2016	0	22	**0 %**
Total	18	266	**6,76 %**

En el 2016 no se presentaron complicaciones quirúrgicas urológicas, y el acumulado total está en el orden del 7% para este indicador.

TIPO DE COMPLICACIÒN (Acumulado)	No.
FÌSTULA URINARIA	9
URINOMA	0
ESTENOSIS URETERAL	4
UROLITIASIS	2
NECROSIS DEL URÈTER	3
HEMATURIA MACROSCÒPICA	0
TOTAL	18

Las complicaciones urológicas que se han presentado con mayor frecuencia en lo que lleva el Hospital Moncaleano trasplantando riñón (desde el 2007) son: La fístula urinaria con un 50%, seguida de la estenosis ureteral con un 22% y la necrosis del uréter con el 17% de los casos.

C- DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

Acumulado	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
2016	1	22	4,54 %
Total	15	266	5,63 %

En el 2016 o se presentó una complicación de la herida quirúrgica (4,5%), siendo el acumulado total en este indicador del 5,6%.

TIPO DE COMPLICACION (acumulado)	No.
EVENTRACION	2
ISO SUPERFICIAL	4
ISO PROFUNDA	4
ISO ORGANO/ESPACIO	5
TOTAL	15

Las complicaciones de la herida quirúrgica más frecuentes que se han presentado a la fecha son la ISO Órgano/Espacio con el 33% de los casos, seguida de las ISO profundas y superficiales, con el 27% de los casos cada una.

INCIDENCIA ACUMULADA DE CÁNCER
Por tipo de cáncer (piel no melanoma, cáncer de órgano sólido incluyendo melanoma, PTLD y Otros).

Acumulado	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
2016	1	22	4,54 %
Total	8	266	3 %

En el 2016 se presentó un caso de cáncer en los trasplantados renales, siendo el acumulado total del 3% en este indicador.

ACUMULADO POR TIPO DE TUMOR:	No.	%
Piel no melanoma	3	37,5%
Cáncer de órgano sólido (incluye melanoma)	3	37,5%
PTLD	2	25%
Otros	0	0%
Total	8	100%

El tipo de cáncer más frecuente que se ha presentado es el de piel tipo no melanoma y el cáncer de órgano sólido, en el 37,5% de los casos cada uno.

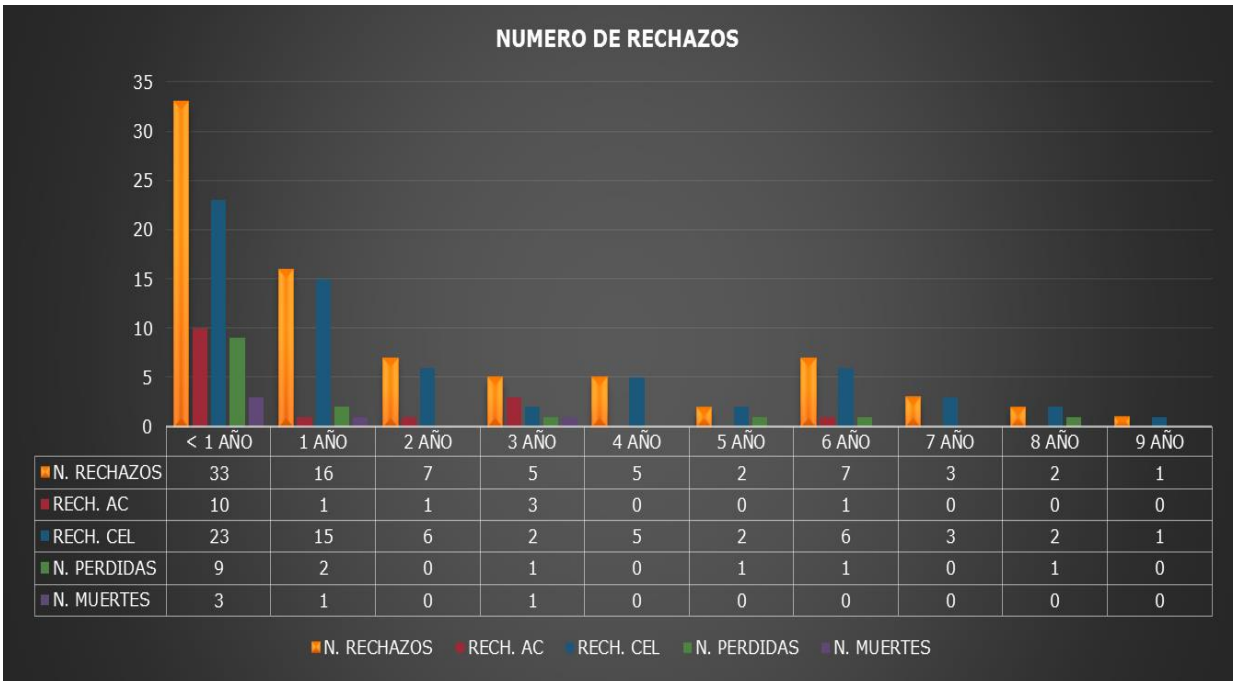
PROPORCIÓN DE PACIENTES CON RECHAZO AGUDO CLÍNICO DEL INJERTO CONFIRMADO POR BIOPSIA, EN LOS PRIMEROS 12 MESES POST TRASPLANTE.

Observación: Unidades: Porcentaje.

Trasplantes con Donante cadavérico:

266 trasplantados con 271 injertos renales (un trasplante fue dual y 4 re trasplantados).

Rechazos Acumulado general	Trasplantados
81	266



	< 1 AÑO	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO	6 AÑO	7 AÑO	8 AÑO	9 AÑO
N. RECHAZOS	33	16	7	5	5	2	7	3	2	1
RECH. AC	10	1	1	3	0	0	1	0	0	0
RECH. CEL	23	15	6	2	5	2	6	3	2	1
N. PERDIDAS	9	2	0	1	0	1	1	0	1	0
N. MUERTES	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0

Durante la actividad trasplantadora del Hospital Moncaleano se han presentado 81 casos de Rechazo inmunológico del injerto renal, con mayor incidencia en los años 2009 y 2010. 13 pacientes perdieron la función del Injerto y 6 pacientes fallecieron. El 41% de los rechazos ocurrieron en los primeros 12 meses del trasplante y el 20% en el año siguiente.

En cuanto al indicador de **rechazo agudo clínico del injerto confirmado por biopsia, en los primeros doce meses del trasplante,** este fue del 12% (33 casos documentados).

TIPO DE RECHAZOS	No. RECHAZOS CONFIRMADOS POR BIOPSIA
MEDIADOS POR AC	16
MEDIADOS POR CÉLULAS	65
TOTAL	**81**

El 80% de los rechazos documentados fue Celular, mientras que el 20% de los rechazos fue humoral (mediado por anticuerpos).

INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIONES OPORTUNISTAS
Observación: (CMV, Poliomavirus, hongos o Tuberculosis)

Acumulado	**NUMERADOR** (No. de Infecciones Oportunistas)	**DENOMINADOR** (No. de Tx)	**RESULTADO**
2016	5	22	23 %
Total	40	266	15 %

En el 2016 se presentaron 5 casos de infecciones oportunistas (23% de los trasplantados); siendo el acumulado general del 15% (40 trasplantados que padecieron alguna de las infecciones oportunistas en el tiempo que llevan de trasplantados).

TIPO DE INFECCION OPORTUNISTA	No.
CITOMEGALOVIRUS	19
POLIOMAVIRUS	6
HONGOS	4
TUBERCULOSIS	8
HERPES VIRUS	3
TOTAL	40

La infección oportunista con mayor prevalencia es la causada por CMV, en el 47% de los casos, seguida de la Tuberculosis con un 20% y, el Poliomavirus en el 15% de los casos.

NIVEL DE CREATININA SÉRICA A LOS 12 MESES

Excluyendo aquellos pacientes que perdieron la función del injerto antes de cumplir el año de trasplante, a los fallecidos, a los que todavía no habían cumplido el año postrasplante y a los que no asistieron al control anual por distintas causas (control en otra IPS, no autorización oportuna por la EPS del control anual, dificultades administrativas para la contratación entre IPS y la EPS, cambio de residencia a otro departamento, voluntaria, etc), el Hospital Moncaleano reportó los datos de creatinina sérica a los 12 meses de sus pacientes trasplantados en el 2015 que a 31 de Diciembre de 2016 continuaban control en dicha IPS . Para dichos pacientes (22 trasplantados), el promedio de creatinina a los 12 meses del trasplante renal fue de **1,34 mg/dL** (para los trasplantados en el 2014, este indicador fue de 1,33 mg/dL).

TASA DE FILTRACION GLOMERULAR ESTIMADA A LOS 12 MESES

Excluyendo los pacientes que perdieron la función del injerto antes de cumplir el año de trasplante, a los fallecidos, a los que todavía no habían cumplido el año postraplante y a los que no asistieron al control anual por distintas causas, el Hospital Moncaleano reportó a 31 de Diciembre de 2016, los datos de la TFG a los 12 meses, de los trasplantados que a 31 de diciembre de 2016 continuaban control en dicha IPS.

TFG COCKCROFT - GAULT (ML/MIN) : Estimada	TFG C-G CORREGIDO (ml/min/1,73 M²)
64,95	58,09

Para dichos pacientes, el promedio de la TFG estimada fue de **64,95 ml/min** y la TFG corregida fue de **58,09 ml/min/1,73m².** En el año 2015 para los trasplantados en el 2014, la TFG estimada fue de **80,42 ml/min.**

4.2.4. Trasplante a menores de 18 años, por tipo de órgano e IPS.

Año	Total Tx de órganos a menores de 18 años	Riñón
		Hospital U. H. Moncaleano
2015	0	0
2016	1	1

En el 2016 el Hospital Moncaleano realizó un trasplante renal a menores de 18 años. En el 2015 no se realizaron trasplantes renales a menores de 18 años.

4.2.5. Actividad trasplantadora de tejidos

4.2.5.1. Tejido ocular y Membrana amniótica

A Marzo 31	Córneas > 18 años	Córneas < 18 años	Escleras > 18 años	Escleras < 18 años	Memb Amn > 18 años	Memb Amn < 18 años
OFTALMOLÁSER	1	0	0	1	4	0
CENTRO OSC	1	0	0	0	0	0
2017	**2**	**0**	**0**	**0**	**4**	**0**
2016	2	0	1	0	1	0

A Marzo 31	PTES EN LISTA DE ESPERA - Córnea	TX A EXTRANJEROS NO RESIDENTES	TX POR URG - 0	RECHAZO AGUDO	PÉRDIDA DEL INJERTO	PÉRDIDA DE GLOBO OCULAR	CÓRNEAS DESCARTADAS	FALLECIDOS
2017	**103**	0	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
2016	69	0	0	0	0	0	0	0

A marzo 31 de 2017 en la Regional No.6:

- Se realizaron 2 Tx de córnea, al igual que en el mismo período de 2016. La tendencia en el número de Tx de córnea es a la disminución en los últimos 3 años, de manera importante con relación al año 2010.
- Al igual que en el mismo periodo de 2016, no se descartaron componentes anatómicos, no se presentaron casos de pérdida del globo ocular, no se realizaron trasplantes a extranjeros no residentes, no se reportaron casos de pérdida del injerto, ni fallecimientos.
- Se realizó un Tx de córnea por criterio de Urg-0. En el mismo período de 2016 no se realizaron trasplantes por criterio de Urg-0.
- No se realizaron Tx de esclera, con disminución del 100% respecto al 2016 (1 Tx de esclera).
- Se realizaron 4 Tx de membrana amniótica, con aumento del 300% respecto al 2016 (1 Tx).
- Se terminó con 103 pacientes en lista de espera para Tx de córnea, con aumento del 49% respecto al 2016 (69 enlistados). Además, terminó con 9 pacientes en espera para Tx de membrana amniótica y uno para esclera.

Indicadores Centro Oftalmológico Surcolombiano	RESULTADO
Porcentaje de rechazo del injerto	0%
Porcentaje de sobrevida del injerto	100%
Porcentaje de sobrevida del paciente	100%
Porcentaje de complicaciones infecciosas en paciente trasplantado	0%
Porcentaje de retrasplante de córnea	65%

Los indicadores de seguimiento a riesgos a los Tx en oftalmología, que fueron reportados por la Clínica Oftalmoláser para el 2016 se tratan de indicadores de gestión, según recomendaciones dadas por auditoría nacional, socializadas a la IPS a través del auditor regional. En la auditoría de diciembre de 2016, se recomendó retomar para el 2017 los indicadores de seguimiento a riesgos, por su utilidad a la IPS para definir planes de mejoramiento en la calidad de la prestación del servicio.

4.2.5.2. Tejido osteomuscular

A continuación se presentan las estadísticas de la actividad trasplantadora por parte de las IPS inscritas para realizar trasplante de tejido osteomuscular.

A Marzo 31	Impl. a > 18 años	Impl. A < 18 años
ORTHO SURGERY S.A.S (ORAL CENTER)	0	0
SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DEL HUILA	0	0
TOTAL 2017	**0**	**0**
TOTAL 2016	0	0

En el 1er trimestre tanto del 2017 como del 2016, no se realizaron trasplantes de tejido óseo.

Las estadísticas de los indicadores de seguimiento a riesgos para las IPS trasplantadoras de tejido osteomuscular, no fueron reportados por la IPS Sociedad Odontológica del Huila, única IPS que realizó Tx del tejido relacionado en el 2016.
En la auditoría de diciembre de 2016, se recomendó retomar los indicadores de seguimiento a riesgos para el año 2017, por su utilidad en la mejora de la prestación del servicio.

5. PROGRAMA DE PROMOCIÓN A LA DONACIÓN.

5.1 Actividades estratégicas en promoción a la donación.

El plan de promoción año 2017 acorde a los lineamientos del INS, fue socializado al INS e incluido en el informe anual de 2016 para la CNRDT-INS. El Plan Regional de Promoción es integral, en el desarrollo del cual participan distintos actores de la Regional No.6 RDT como son: la Rcordt6, el Hospital Moncaleano, la Asociación Surcolombiana de Trasplantados y Pacientes Renales (ASCTPR), la Fundación Renal y de Trasplantes (FUNRET), las Direcciones Locales de Salud, entre otros actores.

A marzo 31 de 2017, en la Regional No.6 se realizaron actividades de Promoción de la Cultura de Donación de componentes anatómicos con fines de trasplante de acuerdo a tres estrategias: Educación, Información y Comunicación; actividades que se relacionan a continuación:

Estrategia de Comunicación:

La Gobernación del Huila a través de su oficina de comunicación, viene desarrollando difusiónde la información acerca de la cultura para la donación y trasplantes de órganos, con el fin de sensibilizar a la comunidad en general y crear conciencia solidaria y altruista en el área de influencia de la Coordinación Regional No. 6 RDT; se envían comunicados permanentes para medios masivos de comunicación.

- Web de la Gobernación del Huila: BOLETIN 125-ABRIL 19 DE 2017 comunicaciones@gobernaciondelhuila.net
- Comunicación masiva en el Magazìn TV 4 Municipio de LA PLATA.

www.huila.gov.co/inicio-salud/73220-salvemos-vidas,-donemos-órganos

ACTIVIDAD	MES	# ACTIVIDADES	PERSONAS INF/EDU
Comunicación masiva en el Magazìn TV 4 Municipio de LA PLATA.	ABRIL	1	INDEFINIDO
A TRAVÉS DE LA PÁGINA DE LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA www.huila.gov.co/	27 DE ABRIL	1	INDEFINIDO

Estrategia de Información:

COMUNIDAD EN GENERAL.

Actividades de Información/Sensibilización en temas de Donación de Componentes Anatómicos con fines de trasplantes, promocionando la cultura de la donación de órganos y tejidos para trasplante.

- ✓ Una entrevista para medios radiales y escritos del Coordinador de la RCORDT No 6, para informar/desmitificar/sensibilizar a la comunidad, en víspera a la celebración del Día Departamental de la Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante.
- ✓ En el 1er trimestre se realizan 9 actividades por parte del equipo psicosocial del CRUEH y por las DLS de diferentes municipios del departamento, llegando con información /educación a 154 personas.

ACTIVIDAD	MES	# ACTIVID	PERSONAS INF/EDU
INFORMA/EDUCAR GENERAL A PROFESIONALES DE LA SALUD, SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, SOBRE TEMAS DE LA RDTC.	ENERO 25	1	36
INFORMAR/EDUCAR AL NUEVO AUDITOR MEDICO DEL CRUEH, ENTEMAS DE LA RCORDT6.	FEBRERO 15	1	1
INFORMAR/EDUCAR A DLS, PRESUNCION LEGAL DE LA DONACIÓN, ENTRADA EN VIGENCIA DE LA LEY 1805 DE 2016.	FEBRERO 28	1	12
INFORMAR/EDUCAR A DLS, PRESUNCION LEGAL DE LA DONACIÓN, ENTRADA EN VIGENCIA DE LA LEY 1805 DE 2016.	MARZO 01	1	6
INFORMAR/EDUCAR A DLS, PRESUNCION LEGAL DE LA DONACIÓN, ENTRADA EN VIGENCIA DE LA LEY 1805 DE 2016.	MARZO 02	1	9
INFORMAR/EDUCAR A DLS, PRESUNCION LEGAL DE LA DONACIÓN, ENTRADA EN VIGENCIA DE LA LEY 1805 DE 2016.	MARZO 03	1	16
INFORMAR Y EDUCAR AL MEDICO RESIDENTE CUIDADOS INTENSIVOS UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA, EN TEMAS DE LA RCORDT6.	MARZO 13	1	1
INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN UCC – STAND EN SEMANA DELASALUD UNIVERSITARIA, TEMAS DE PROMOCIOÓN DE LA CULTURA DE LA DONACIÓN	MARZO 16	1	42
INFORMAR/EDUCAR A ESTUDIANTES DE ENFERMERIA USCO, PRESUNCION LEGAL DE LA DONACIÓN, ENTRADA EN VIGENCIA DE LA LEY 1805 DE 2016, CULTURA DE LA DONACIÓN.	MARZO 27	1	31
TOTAL		**9**	**154**

Estrategia de Educación:

PERSONAL DE SALUD:

Informar / Educar en temas de la Estructuración y Funcionamiento de la RDTC, Muerte Encefálica, Donación, Mantenimiento del Donante Potencial, Trasplantes, Aspectos generales normativos en Donación y Trasplantes:

- ✓ 36 Profesionales del servicio social obligatorio (Año rural).
- ✓ 1 Profesional contratista, Médicos auditor CRUE Huila.
- ✓ 31 estudiantes de la Salud, programa de enfermeria USCO.
- ✓ 43 Profesionales Directores Locales de Salud, municipios del departamento
- ✓ 1 Médico residente cuidados intensivos Universidad tecnologica de Pereira

- ✓ 1 Médico Auditor del Hospital U. H. Moncaleano P.
- ✓ 42 Personas asistentes a semana de la salud universitaria en la UCC.

FORMACIÓN DE AGENTES MULTIPLICADORES DE LA INFORMACIÓN:

- ✓ 43 Profesionales, representantes de las Direcciones Locales de Salud (DLS), para que apoyen desde el nivel municipal, la promoción de la cultura de donación de componentes anatómicos y sanguíneos.

RECURSOS

Para el cumplimiento de las actividades de Promoción en el año 2017 se cuenta con los siguientes recursos:

HUMANO:

- 1 Coordinador de la Regional No. 6 de la RDT.
- 3 Psicólogos del CRUE Huila.
- 2 Representantes de la FUNRET (Fundación Renal y de Trasplantes)
- 1 Representantes de la ASTPR (Asociación Surcolombiana de Trasplantados y Pacientes Renales).
- Talento Humano de la Unidad de Trasplante Renal del Hospital U. H. Moncaleano.
- Talento Humano de Secretarias Municipales y Direcciones Locales de Salud del Huila.
- Otros actores que se vincularon al desarrollo del Plan de Promoción

MATERIALES:

- Videos
- Diapositivas - Red de Donación y Trasplantes, Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante
- Pendones

5.1.2. Análisis de indicadores de las actividades de promoción realizadas en la regional y presentadas por los actores de la regional.

META Año 2017	SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN:	
	Proyectó / Ejecutó	% de Cumplimiento
A 31 DE DICIEMBRE DE 2017 HABER REALIZADO 50 ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN PARA EL FOMENTO DE LA CULTURA DE DONACIÓN.	PROYECTÓ : 50	18%
	EJECUTÓ : 9	
A 31 DE DICIEMBRE DE 2017 HABER INFORMADO Y/O EDUCADO EN TEMAS DE LA DONACIÓN Y LOS TRASPLANTES A 1500 PERSONAS	PROYECTÓ: 1500	14,7%
	EJECUTÓ: 154	

Para la ejecución de actividades de Promoción, el área de Promoción de la Rcordt6 estará articulada con representantes de la Asociación Surcolombiana de Trasplantados y Pacientes Renales (ASTPR), con la Fundación Renal y de Trasplantes (FUNRET), la Unidad de Trasplante Renal del Hospital Moncaleano, otras áreas de la SSD Huila, así como con varias Direcciones Locales de Salud, entre otros actores.

Certificado No. GP 019-1
Edificio Gobernación Calle 8 Cra 4 esquina; Neiva – Huila - Colombia; PBX: 8671300
www.huila.gov.co; twitter: @HuilaGob; Facebook: www.facebook.com/huilagob; YouTube:www.youtube.com/huilagob
CERTIFICADO ISO 9001 Certificado Nº SC 4353-1
CERTIFICADO ISO 9001 Certificado Nº SC 4353-1

A marzo 31 de 2017 según las metas propuestas, la Regional No.6 RDT estamos dando cumplimiento a las metas propuestas, en un porcentaje y número de actividades a realizar y la cantidad de personas a informar/educar/sensibilizar muy cercano al esperado; cifras que reflejan el compromiso y dedicación de los distintos actores de la Regional No.6 RDT, en relación a las actividades propuestas para la promoción de la cultura de donación con fines de trasplante.

5.1.3 Análisis del impacto de las actividades de promoción.

El desarrollo del Plan de Promoción de la Regional No.6 RDT ha logrado:

- Fortalecer la participación de las Direcciones Locales de Salud en la Promoción;
- Que la educación / información en temas de la RDT sea parte del programa de inducción de la SSD Huila para los Profesionales de la Salud que realizan el Servicio Social Obligatorio (Año rural);
- Que en el marco del convenio docente asistencial existente entre el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y la Universidad Surcolombiana, se haya iniciado la formación de agentes multiplicadores de la información (Equipos de Gestión Operativa de la Donación y Formación en GOD para los Médicos Residentes y Especialistas UCI);
- La inclusión en los Planes Territorial Decenal y Sectorial de Salud Pública de la Promoción de la Cultura de Donación.

Continuamos trabajando y consideramos que sobre la Negativa a la donación no solamente influye la Promoción de la Cultura de Donación; sino también factores como lo son: la percepción sobre el sistema de salud (traspolado a la prestación de los servicios de trasplante de componentes anatómicos); debilidades en la comunicación y/o conducta por el personal de la Salud a la hora de comunicar noticias en situaciones críticas; el abordaje familiar a la hora de solicitar la donación; entre otros factores, en los que se incluye la promoción por parte de entidades que gocen de mayor credibilidad como lo son el MSPS y el INS.

Consideramos que en gran parte, la Negativa Familiar a la donación depende del grado de satisfacción de la comunidad con el actual modelo de Salud, dado que las fallas en la atención influyen negativamente a la hora de decidir sobre la donación con fines de trasplante.

Sobre las Tasas de Donación y Trasplantes influyen también la desmotivación que causa la pérdida económica ocasionada por la prestación de servicios a los donantes potenciales en el lapso de tiempo entre el 2do diagnóstico de muerte encefálica y la toma de la decisión por parte de los familiares del potencial donante, cuando se trata de negativa familiar a la donación; ya que en estos casos las EAPB no se hacen cargo del pago por la prestación de servicios a un cadáver. Dicha desmotivación, podría ser una de las explicaciones, al importante porcentaje de salidas del protocolo Glasgow < 5 por Parada Cardiaca, y muy posiblemente, de la marginalidad en donantes jóvenes.

Consideramos que el INS y MSPS deberían tener y utilizar un buen plan de medios masivos de comunicación, tanto para desmitificar el tema de la donación y trasplantes, como para propender porque la población en general, goce efectivamente y en todo sentido del derecho a la prestación de los Servicios de Salud.

5.1.4 Actividades de formación del recurso humano de los actores de la Red de Donación y Trasplante.

En el 1er trimestre de 2016, la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana y el Hospital H. Moncaleano Perdomo, dentro del marco del convenio docente – asistencial que existe entre las dos entidades, iniciaron el diplomado en Gestión Operativa de la Donación, dirigido en un principio a profesionales de la Salud no médicos, para el apoyo del Equipo de Coordinación Operativa de Trasplantes, para dar cumplimiento a las necesidades y normatividad vigente (se puso en conocimiento del INS). Posteriormente, el Hospital Moncaleano/Facultad de Salud continuaron con el curso de formación en Gestión Operativa de la Donación para los médicos especialistas y residentes de Cuidados Intensivos.

5.2 Plan de Promoción año 2017.

La Rcordt6 presentó sus aspectos generales en el informe final año 2016, numeral 1.22 PLAN DE ACCIÓN AÑO 2017. El Plan de Promoción año 2017 fue socializado al INS en el mes de enero de 2017.

6 PROGRAMA NACIONAL DE AUDITORÍA DE LA RED DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS (PNA)

6.1 Cronograma de actividades de auditoria por parte de la regional a las IPS trasplantadoras, generadoras y Bancos de tejidos – Año 2017.

El cronograma de actividades de auditoría a realizar en el año 2017 se encuentra dentro del cronograma de actividades de la Coordinación Regional No. 6 RDT, anexo al final del presente informe. El Programa Regional de auditoría año 2017, ya se socializó al INS. Pendiente actualizar por el INS el Programa Nacional de Auditoría y publicarlo en la página web del INS, para asimismo, proceder al ajuste del Plan Regional de Auditoría, en caso de aplicar.

6.2.1 Acciones preventivas:

A IPS posibles trasplantadoras no inscritas en la Rcordt6:

A 1er trimestre del 2017 no se realizaron (Auditor médico CRUE Huila contratado a finales de febrero)

IPS habilitadas con servicio de trasplantes:

A marzo 31 de 2017, no se ha iniciado todavía el ciclo de auditorías programadas a las IPS trasplantadoras, acorde a lo contemplado en la Resolución 2640 de 2005 (3 visitas al año por cada IPS trasplantadora inscrita en la Rcordt6).
Las 4 IPS trasplantadoras y una IPS no trasplantadora para seguimiento postrasplante renal, inscritas en la Rcordt6, también lo están a través del aplicativo RedDataINS.
En la asistencia técnica del mes de marzo, se brindó asesoría a la IPS Tx de Tejido Osteomuscular Sociedad Odontológica del Huila, en materia de actualización y soporte de talento humano cargado a RedDataINS previamente no inscrito, por no comprensión total del lineamiento del INS al respecto; solicitando actualizar la información de talento humano, para en caso de aplicar, realizar la visita de verificación de requisitos de inscripción de la novedad en el servicio de trasplante.

IPS Generadoras:

A marzo 31 de 2017 no se han realizado. El auditor médico para el desarrollo del PNA a nivel regional iniciará el ciclo de auditorías a partir del mes de abril.

SOCIALIZACIÓN DEL PNA:

No se ha realizado todavía la socialización del PNA a IPS generadoras y trasplantadoras de la Regional 6.

EAPB – EPS y similares:

De conformidad con la Ley 1805 del 4 de agosto del 2016, la Secretaria de Salud Departamental de Huila como ente territorial y en cumplimiento del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), como Coordinador Regional de la Red de Donación de Trasplantes Rcordt6 teniendo en cuenta que en la Regional se cuenta únicamente con servicio de Tx renal, solicitó la relación de los pacientes que se encuentran actualmente en Enfermedad Renal Crónica (ERC) en estadio IV y V y que se encuentren recibiendo hemodiálisis o diálisis peritoneal.

6.2.2 Acciones coyunturales:

Se realizaron las siguientes acciones:

- Marzo 16 de 2017 – Requerimiento a la EPS Comfamiliar Huila de verificación mediante auditoría de la garantía de la prestación del servicio a los trasplantados, por PQR presentada por el Hospital Moncaleano, relacionada con la no autorización de la prestación del servicio de seguimiento postrasplante a once (11) trasplantados renales.
- Marzo 16 de 2017 – Requerimiento a la EPS Comfamiliar Huila de información sobre el proceso de atención a los trasplantados, por la PQR presentada por el Hospital Moncaleano, relacionada

con la no autorización de la prestación del servicio de seguimiento postrasplante a once (11) trasplantados renales.

6.2.3 Acciones de seguimiento:

Seguimiento a planes de mejoramiento:

No se ha iniciado seguimiento a los planes de mejoramiento, definidos por las IPS inscritas en la Rcordt6 acorde a recomendaciones/hallazgos y observaciones hechas por la Rcordt6 en la última visita programada, en diciembre de 2016.

Encuesta de satisfacción a los trasplantados renales:

A marzo 31 de 2017 se realizaron 10 de las 70 encuestas programadas a los trasplantados de riñón, con un cumplimiento del 14%.

Resultado:

9 de ellos trasplantados en el Hospital Universitario de Neiva,
4 pertenecen a la EPS COMFAMLIAR, 2 a la Nueva EPS, 2 a Cafesalud, y 2 a Emcosalud,
2 presentaron complicaciones post-operatorias en el primer mes POP, de tipo sangrado con hematomas intra abdominales.
Después del primer mes POP presentaron complicaciones como Rechazo agudo (2) alergia a medicamentos (1), infecciosas (2): TBC por inmunosupresores e IVU recurrente.

El principal hallazgo encontrado (9 de 10), es la inoportunidad en la entrega completa de los medicamentos a los usuarios por parte de los encargados de la entrega de medicamentos. Como alternativa para garantizar la continuidad en el tratamiento, la mayoría de los trasplantados acude al préstamo de medicamentos.

Debido a que la muestra es pequeña, para este informe los resultados no se tabularon.

Seguimiento a la comunicación con los COTx:

En la Regional No. 6 RDT, los COTx del Hospital Moncaleano se comunican vía telefónica con el CRUE Huila (Teléf: 3174037775) y/o vía email (crue.huila@huila.gov.co , cruehuila@gmail.com y coordinacionregional6@gmail.com), para reportar información de las alertas y GOD con donantes efectivos, en tiempo lo más cercano a lo real. Con la entrada en vigencia de la Ley 1805 de 2016, adicionalmente se comunican con el CRT-INS para consultar la base de datos del INS de manifestación de voluntades negativas a la donación y por el chat del INS para la oferta de componentes anatómicos; lo que a su vez, ha generado eventualmente desarticulación entre los médicos COTx y el CRUE Huila.

A marzo 31 de 2017, en la Regional No.6 RDT se generaron 17 alertas de posibles donantes (Glasgow ≤ 5), reportadas por los médicos COTx y/o las IPS generadoras. La gestión de las alertas (su registro y seguimiento) por parte del CRUEH se llevó en el 100% de las alertas generadas (17 registros y seguimiento de 17 alertas generadas).
En lo que respecta a los donantes logrados, los médicos COTx del Hospital Moncaleano reportaron en 3 de 3 casos la información al CRUEH (100%), cumpliendo con los lineamientos nacionales (debe ser del 100%) para garantizar la transparencia en el proceso.

Detección activa y visitas a unidades generadoras:

El Hospital Moncaleano a marzo 31 de 2017 cuenta con cuatro (4) médicos COTx inscritos en la Rcordt6. La Regional No.6 cuenta con ocho (8) IPS generadoras (Hospital Universitario Moncaleano P., Clínica Mediláser, Clínica Saludcoop, Clínica Emcosalud, Clínica Uros, Clínica Corazón Joven, Clínica Belo Horizonte y el Hospital Dptal San Antonio de Pitalito). La ciudad de Pitalito ya cuenta con disponibilidad de médico COTx.

Visitas unidades generadoras

A partir del mes de noviembre de 2016, los médicos COTx del Hospital Moncaleano retomaron las visitas a las IPS generadoras.
Recordamos que el formato INS para la certificación de visitas provoca desperdicio de papel, lo que ya ha sido manifestado al INS en los informes trimestrales. En el 2017, no se exigirá por parte de la Rcordt6 el formato INS diligenciado para la certificación de las visitas; ya que en atención a las últimas recomendaciones del INS, se trabajará en generar y ganarse la confianza entre los distintos actores, hacia lo cual, los médicos COTx también orientarán el sentido de las visitas.

6.2.4 Informe de auditoría

El Plan Regional de Auditoría elaborado para el año 2017, se socializó a la CNRDT vía email en enero de 2017. Para la operatividad y cumplimiento de las funciones legales, la Coordinación Regional cuenta con Manual de Procedimientos, Guías, Instructivos, formatos, aprobados, controlados y publicados en la extranet de la Gobernación del Huila. Dentro de los cuales, se encuentran los formatos que sirven de herramienta para la implementación del PNA a nivel regional.

Auditorías coyunturales:

En lo transcurrido del 2017:
Se realizaron dos (2) requerimientos a la EPS Comfamiliar del Huila, ya relacionadas en el punto 6.2.2.

Auditorías externas a las IPS trasplantadoras:

El ciclo de auditorías a las cinco (5) IPS inscritas en la Rcordt6, iniciará a partir del mes de abril de 2017.

Auditorías de prevención y seguimiento:

Iniciarán a partir del mes de abril de 2017.

6.2.5 Indicadores de auditoría

Para el seguimiento a los indicadores de Auditoría es de gran importancia, que el INS actualice el PNA y lo publique en la página web del INS.
La Rcordt6 considera que los indicadores del PNA, sugeridos en el 2014 por el Auditor Nacional RDT, no tienen utilidad práctica para la mejora en la prestación de los servicios, excepto el indicador del Potencial Generador de donantes potenciales, para la determinación del cual, se presenta el inconveniente de no contar con código CIE-10 para la muerte encefálica.
En la asistencia técnica realizada a en marzo de 2017, la Rcordt6 recomendó retomar los indicadores de seguimiento a riesgos en los trasplantes (hasta tanto no se definan los indicadores a seguir en el PNA una vez sea actualizado); o sea, indicadores que les sirvan para evaluar y definir mejoras en la calidad de la prestación del servicio.

De igual manera, el formato del INS para el reporte mensual de la actividad trasplantadora, contiene indicadores de seguimiento a riesgos, pero son generales para todos los servicios de trasplantes. En tal sentido, se hace necesario que el INS defina para las IPS trasplantadoras de tejidos, los indicadores para seguimiento a riesgos, por ej: % de complicaciones quirúrgicas, % de complicaciones infecciosas - ISO, % de complicaciones infecciosas – Osteomielitis, % de complicaciones anestésicas, % de eventos adversos….

7. NOVEDADES IDENTIFICADAS POR LA COORDINACIÓN REGIONAL:

A marzo 31 de 2017 no se han identificado

8. SEGUIMIENTO DE LA COORDINACIÓN REGIONAL A PLANES DE MEJORAMIENTO ESTABLECIDOS CON EL INS:

En el **Anexo No. 3** se reporta el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento dejados por la CNRDT-INS en la última visita de auditoría nacional a la Rcordt6 realizada en diciembre de 2016, y en las asistencias técnicas realizadas en el año 2016.

9. PROGRAMAS O PROYECTOS ADICIONALES:

La Rcordt6 desde su creación como prueba piloto en el año 2009 hasta el 2011, realizó propuestas de ampliación de su área de influencia, con inclusión de los departamentos del Huila, Tolima, Caquetá y Putumayo; propuestas aceptadas por la Rcordt1, pero no así por el Comité Asesor Nacional y el MSPS.

Ante lo cual, se propuso en el año 2012 un acuerdo de voluntades para realizar actividades de Gestión Operativa de la Donación en las ciudades de Ibagué, Espinal y Florencia. Al respecto, el Comité Asesor Nacional conceptuó en el año 2013 que debido a que ya se implementó una unidad de trasplantes en la ciudad de Ibagué, estar de acuerdo en que se realizarán actividades conjuntas en la ciudad de Florencia (Caquetá); siendo el MSPS quien se encargaría de elaborar el procedimiento para tal fin.
En el mes de marzo de 2015, se realizó encuentro en la ciudad de Florencia (Caquetá), con la participación de representantes de la Gobernación del Caquetá, del MSPS, de la Rcordt6, Hospital Moncaleano, de la ASTPR, de la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá, entre otros actores, con el ánimo de hacer un diagnóstico de la situación en dicha ciudad, que sirviera de insumo al MSPS para la elaboración del procedimiento de GOD en Florencia (Caquetá).

La Rcordt6 está a la espera que el MSPS elabore el procedimiento para que las IPS trasplantadoras de la Regional No. 6 (Hospital Moncaleano a la fecha) puedan acceder a la ciudad de Florencia, para realizar actividades permanentes de GOD.

Actualmente, la Ley 1805 de 2016 en su artículo No.7 le asigna al INS funciones de máxima autoridad administrativa frente a la estructura y organización de la RDT. De esta manera, ya sería el INS quien definiría sobre la propuesta hecha por la Rcordt6, de ampliación de su área de influencia.

Anexo No. 1 RCORDT6: ESTADO DE INSCRIPCIÓN - **A Marzo 31 de 2017**

ÍTEM	NOMBRE DE LA IPS	PROGRAMA DE TRASPLANTES	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN, EMITIDO POR LA SSD DEL HUILA	FECHA DE RADICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN ANTE LA RCORDT6	FECHA DE REGISTRO DEL RADICADO DE LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL FORMULARIO ICR-1	FECHA DE REALIZACIÓN DE AUDITORIA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN	OBSERVACIONES
1	**Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo**	Riñón (Adulto y Pediátrico)	28 de julio de 2016	26/08/2014	Aprobada en RedDataINS: 07/10/2016	04/12/2014	El 11 de diciembre de 2014 se radicó la Inscripción No. 042014.
2	**Oftalmoláser Sociedad de Cirugía del Huila S.A.**	Tejidos Oculares y Membrana Amniótica	03 de marzo de 2016	02/09/2014	Aprobada en RedDataINS: 18/10/2016	13/11/2014	El 21 de noviembre de 2014 se radicó la Inscripción No. 032014
3	**Centro Oftalmológico Surcolombiano Ltda**	Tejidos Oculares y Membrana Amniótica	04 de noviembre de 2015	11/02/2015	Aprobada en RedDataINS: 13/10/2016	09/03/2015	El 16 de marzo de 2015 se radicó la Inscripción No. 012015
4	**Sociedad Odontológica del Huila**	Tejido Ósteomuscular	13 diciembre de 2011	18/10/2016 (RedData)	Aprobada en RedDataINS: 18/10/2016	04/11/2015	El 18 de noviembre de 2015 se radicó la Inscripción No. 022015.
5	**Fundación Surcolombiana de Trasplantes (FUSCOT)**	Seguimiento postrasplante renal	05 Julio de 2016	18/08/2016 (RedData)	Aprobada en RedDataINS: 18/10/2016	16/12/2016	Cumple con requisitos para la inscripción.

Anexo No. 2: TALENTO HUMANO INSCRITO – **Marzo 31 /2017**

RECURSO HUMANO INSCRITO EN LA RCORDT6		
1. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO	**NOMBRE**	**CARGO**
TRASPLANTE RENAL (ADULTO Y PEDIÁTRICO)	Fermín Alonso Canal Daza	Cirujano General, Cirujano de Trasplante Renal - Coordinador Médico Unidad de Trasplante Renal
	Jorge Cubillos Gutiérrez	Urólogo, Cirujano de Trasplante Renal
	Darío Perdomo	Cirujano General, Cirujano de Trasplante Renal
	Carlos Blanco González	Cirujano Pediatra, Cirujano de Trasplante Renal.
	Manuel Alberto Mora Garcés	Cirujano vascular – Otros Profesionales (interdependencia de servicios).
	Claudia Marcela Hernández Mojica	Nefróloga
	Milton Darío Ibarra Cerón	Nefrólogo Pediatra
	Luís Ernesto Barragán Ramírez	Nefrólogo
	Andrés Gordillo Pachón	Anestesiólogo
	Daniel Rivera Tocancipá	Anestesiólogo
	Javier Mauricio Fernández Camacho	Anestesiólogo

	Nancy Fernanda Poveda Luque	Jefe de Enfermería del Programa de Tx renal
	Fabián Horacio Olaya Forero	Jefe de Enfermería del Programa de Tx renal
	Martha Cecilia Vega Laguna	Jefe de Enfermería del Programa de Tx renal
	Gina Paola Quintero	Coordinadora Operativa de Trasplantes
	Alexánder Nossa Rodríguez	Coordinador Operativo de Trasplantes
	Enrique Navarro Salcedo	Coordinador Operativo de Trasplantes
	Jorge Eliécer Gordillo Mesa	Coordinador Operativo de Trasplantes
	Faviola Murgas Leal	Nutricionista Dietista
	Nadia Katid Coronado Salazar	Psicóloga
	Orlando Cuellar Valenzuela	Auxiliar de Logística - Unidad de Tx Renal
	Diana Mildred Correa Ortiz	Instrumentadora quirúrgica
2. OFTALMOLASER SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL HUILA S.A.	**NOMBRE**	**CARGO**
TRASPLANTE DE TEJIDOS OCULARES Y MEMBRANA AMNIÓTICA	Ingrid Constanza Pino Tejada	Oftalmóloga
	Andrés Liévano Bahamón	Oftalmólogo
	Régulo Hernando Nates	Anestesiólogo

	Vilma Leonor Angulo	Anestesióloga
	Diana Constanza Perdomo Farfán	Enfermera Jefe - Coordinadora Asistencial y Sistema de Información
3. CENTRO OFTALMOLÓGICO SURCOLOMBIANO	**NOMBRE**	**CARGO**
TRASPLANTE DE TEJIDOS OCULARES Y MEMBRANA AMNIÓTICA	Luís Augusto Ramón Puentes Millán	Oftalmólogo
	Édgar Iván Morales Villarreal	Oftalmólogo
	Carlos Eduardo Gónima	Oftalmólogo
	Javier Reynaldo Becerra Ortiz	Oftalmólogo
	Luís Guillermo Pérez Pérez	Oftalmólogo
	Sandra Mabel Jaimes Correa	Enfermera Jefe – Calidad y Sistema de Información
4. SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DEL HUILA	**NOMBRE**	**CARGO**
TRASPLANTE DE TEJIDO OSTEOMUSCULAR	Alejandra Bobadilla Henao	Odontóloga – Patología y Cirugía Bucal
	Javier Montejo Tarazona	Odontólogo- Cirujano Maxilofacial
	Carlos Eduardo Díaz Pérez	Odontólogo - Endodoncista
		Observaciones: Pendiente que la IPS cargue en RedDataINS soportes de dos nuevos profesionales, para proceder a su inscripción como novedad en talento humano

5. FUNDACIÓN SURCOLOMBIANA DE TRASPLANTES	NOMBRE	CARGO
SEGUIMIENTO POSTRASPLANTE RENAL	Luís Ernesto Barragán Ramírez	Nefrólogo
	Carlos Arturo Pizarro Herrera	Nefrólogo

Anexo No. 3: SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO ESTABLECIDOS POR LA CNRDT-INS

SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DEJADOS POR LA CNRDT-INS A LA REGIONAL No.6 RDT	
PLAN: Auditoría del **06 de Diciembre de 2016** y asistencia técnica de septiembre de 2016	**SEGUIMIENTO:** A **31 de Marzo** de 2017
Se deberá en 2017 realizar la actualización de procedimientos debido a los cambios reglamentarios a nivel Nacional en el tema (Ley 1805 de 2016 y Ley Estatutaria).	En febrero de 2017 debido a la entrada en vigencia de la Ley 1805 de 2017, se actualizaron formatos para el registro de la Presunción Legal de la Donación, el Consentimiento Familiar (que hace parte del paquete de registros de la GOD con donante logrado por cualquiera de los mecanismos legales vigentes), se creó formato para el registro de la Oposición a la PLD. La actualización de los procedimientos se realizará en el transcurso de 2017, acorde a los lineamientos emitidos por el MSPS y/o la CNRDT-INS al respecto (todavía no ha sido reglamentada la Ley 1805 de 2016 y no se han establecido lineamientos sobre la GOD)
Se recomienda que los procedimientos nuevos y que se actualicen en 2017 sean socializados con los actores externos de la coordinación regional, según aplique.	Se realizará en el transcurso de 2017 según aplique.
Se recomienda que el manual de procedimientos tenga un seguimiento anual a su meta e indicadores a través de cuadros de control que permitan una visualización de los avances y toma de decisiones a la Secretaria	Se realizará en el transcurso de 2017, conjuntamente con la actualización del manual de procedimientos. Dependemos de la reglamentación/lineamientos por parte del MSPS /l INS.
Remitir la planeación para 2017 junto con último informe de 2016.	Se dio cumplimiento en el 4to informe trimestral (final) del año 2016

- Se recomienda revisar el reglamento del comité asesor dado que el mismo corresponde a una de las primeras versiones realizadas, el mismo puede dinamizarse a través de invitados que potencien lo trabajado y actualizar las reglas de funcionamiento de esta instancia.	Se revisó y aprobó el nuevo reglamento interno del Comité Asesor Rcordt6 en la 1ra reunión año 2017 del Comité (marzo de 2017).
- Incluir en la planeación regional, la representación Nacional en el comité asesor.	Se dio cumplimiento en informe final año 2016.
La RCORDT6 no dispone de tabla de retención documental aprobada. Realizar gestión con la Gobernación del Huila para implementar la TRD e incorporarlo en el sistema de gestión integrado de calidad, con el fin de no perder la memoria institucional. Implementar los inventarios documentales una vez depurado el archivo y aprobada la TRD Implementar seguridad del archivo actual.	Pendiente que el SGI de la Gobernación del Huila revise y apruebe códigos, series y subseries documentales. En la Extranet de la Gobernación del Huila (Procesos SGI) el SGI reingresó los documentos CRUEH a la sección de Prestación de Servicios.

Se recomienda que en los registros de donantes se pueda implementar la documentación en medio magnético la cual sea entregada a la coordinación regional, para su revisión y procesos; el archivo físico conservarlo en la IPS a cargo del proceso de donación el cual pueda ser verificado en auditoria en las IPS, así como su disposición en estas entidades de forma independiente de los archivos de trasplante. Se recomienda implementar o fortalecer una política de cero papel y digitalización de la documentación.	La Rcordt6 desde hace más de dos años guarda copia en magnético de los registros de la GOD. El Hospital Moncaleano cuenta con archivo independiente para los registros de la GOD. Se solicitará en el 2017 a la IPS, que adicionalmente cuente con copia en magnético de dichos registros. No se solicita a la IPS enviar copia en magnético de los registros de la GOD, debido a la importancia legal de dichos registros y porque en ocasiones, se reciben copias escaneadas de mala calidad, específicamente, cuando se trata de solicitudes de copia de los registros de las alertas. Desde hace más de un año, los informes mensuales por parte de las IPS son recibidos en medio magnético, vía correo electrónico, realizando retroalimentación vía correo electrónico y en lo posible, los oficios se envían en medio magnético, para ahorrar papel y optimizar recursos.
Los archivos físicos se encentran en un archivador, en oficina 24 horas del CRUEH, sin embargo debe asegurarse la seguridad del archivador disponible e inventario documental considerando la multiplicidad de profesionales y personal vinculado a procesos de la regional, especialmente por el proceso de traslado que sufre el área física.	Se dará cumplimiento en el transcurso de 2017 (se mejorará la seguridad de los archivos).
Documentar los criterios (metodología) usados para la asignación de los turnos de rescate, especialmente en caso de ms de una IPS con servicio de trasplante. Los turnos se están realizando en Neiva cada semana. Se verifica la disponibilidad de este procedimiento en su manual de funciones y procedimientos. La metodología utilizada debe aclarase en los procedimientos regionales pues no está descrita en su totalidad. Actualmente no se realiza detección activa por el CRUE.	Existe el procedimiento: Asignación de turnos, versión No.4 de mayo del 2016; la cual contempla la metodología para la asignación de turnos, acorde a lo contemplado en la Resolución 2640 de 2005. En auditoría de diciembre/2016, se recomendó al Hospital Moncaleano elaborar un procedimiento similar a un plan de contingencia en la disponibilidad de los turnos, para que la IPS pueda dar cumplimiento las 24 horas del día, todo el año, a los turnos de detección y rescate. El CRUE Huila apoya la detección pasiva de las alertas, el CRUE Huila y los médicos COTx se comunican vía telefónica o vía email para informarse sobre alertas y otra información de la GOD. El manual de procedimientos, en lo relacionado a turnos, tiene descrita las funciones de la IPS y de los médicos COTx, y en el perfil del médico CRUE establece que deberá comunicarse diariamente con los médicos COTx (en la actualización del manual de procedimientos Rcordt6, se detallará en su totalidad la metodología). La detección activa de

	posibles donantes es realizada por la IPS trasplantadora Hospital Moncaleano, a través de sus médicos COTx.
Determinar las metas e indicadores de medición para el logro de resultados finales en proceso de gestión de donación a través de áreas de influencia, para lo cual se estará trabajando en directrices Nacionales.	La Rcordt6 en su PAS 2017 (documento no oficial, pero que sirve de herramienta para el seguimiento a la gestión), incluye indicadores para la GOD (PORCENTAJE DE ALERTAS GESTIONADAS, PORCENTAJE DE REGISTRO DE ALERTAS GENERADAS, PORCENTAJE DE MODULACIÓN / REGULACIÓN DE LAS GOD, PORCENTAJE DE OFERTA REGIONAL Y NACIONAL), los cuales sirven para evaluar de manera indirecta la articulación entre los distintos actores de la Regional No.6 en el proceso de la GOD. Para el 2017, se incluyeron indicadores de Gestión Regional (Tasa de Donación Lograda y Negativa familiar con sus respectivas metas, acorde a lo contemplado en el Plan Decenal de Salud Pública del ente territorial).
Fortalecer la detección activa desde el logro no solo de la atención de alertas sino que se genere un proceso en las IPS generadoras para que los profesionales se motiven a la detección pasiva. Se recomienda enfocar acciones para estimular la detección pasiva y realizar reunión con los médicos COTx.	El tema sobre el enfoque de cambio de estrategia para lograr mayor/mejor colaboración por parte de los profesionales de las IPS generadoras, se trató con la representante de los médicos COTx del Hospital Moncaleano, que asistió a la auditoría por parte de la Rcordt6 en el mes de diciembre de 2016. Para el 2017, se convocará a todos los actores de la pertinencia, a reunión donde se tratará el tema del PNA y la GOD en el marco de la normatividad vigente y los nuevos lineamientos INS/MSPS al respecto. No se realizó en el 1er trimestre, debido a que estamos a la espera de la reglamentación por el MSPS o al menos, de la definición de los lineamientos nacionales en GOD expedidos por el INS.
Documentar un plan en 2017 que permita enfocar las acciones de promoción sobre resultados de impacto, frente a la meta del plan territorial de disminución de negativa familiar.	El Plan de Promoción año 2017 ya fue socializado a la CNRDT-INS (Enero de 2017). Pendiente retroalimentación por parte del INS.
Optimizar diligenciamiento de registros del médico del CRUEH, lo cual está trabajando a su vez el INS para armonizar registros y través del diligenciamiento de RedDataINS.	En el 2017, acorde a los lineamientos nacionales y normatividad vigente, se actualizarán, consolidarán y/o eliminarán formatos para la optimización de los registros por el CRUEH. A la fecha no han sido expedidos ni la reglamentación de la Ley 1805 de 2016 por el MSPS, ni los lineamientos del INS respecto a la GOD (que también depende de la reglamentación por parte del MSPS).
Actualizar el procedimiento de prestación de servicio a extranjero no residente de acuerdo con la Ley 1805 de 2016. Debe asegurarse el seguimiento de este tema y la vigilancia a la	En el 2017 se actualizará acorde a la Ley 1805 de 2016 que inició implementación el 04 de febrero de 2017 y, acorde a los lineamientos que expida el MSPS y/o el INS al respecto. Todavía no hay lineamientos.

gestión de información de estos casos, tanto en órganos como en tejidos.	
- Entrega de informe final de auditorías en 2016. - Incluir en los estándares de auditoria la verificación de disposición de protocolo de muerte encefálica y mantenimiento del donante y manejo de código rojo para las IPS generadoras. - Realizar auditoria a la implementación del programa en la auditoria interna de las IPS. - Se recomienda el acompañamiento del programa desde la incorporación del proceso en auditorías internas. - Realizar un mapa o cuadro control de los resultados de auditorías que permita un seguimiento organizado de los mismos, su lectura, toma de cesiones y acciones de mejora. - Incorporación del 100% de estándares del programa de auditoria regional en los ciclos de la misma.	En el informe final año 2016 se entregó el informe final de auditoría año 2016. En el 2017, dentro de los estándares de auditoría para las IPS generadoras, se incluirá disposición de protocolo/guía de muerte encefálica y mantenimiento del donante, y manejo de Código Azul. Se realizará acompañamiento del PNA al interior de la IPS, para lo cual, es de gran importancia que el INS actualice el PNA (La Rcordt6 en diciembre de 2016, realizó la retroalimentación frente al actual PNA). En el 2017, se requerirá al responsable de la auditoría, implementar una herramienta para el seguimiento y evaluación a los resultados de la auditoría; implementar además, el formato de la Rcordt6 para las acciones de seguimiento a los planes de mejoramiento. En el 2017, se requerirá al responsable de la auditoría regional, incorporar en las acciones de auditoría, la verificación del 100% de los estándares del PRA ya socializado al INS (Enero de 2017) y del PNA en caso de aplicar, según actualización que haga el INS.

Anexo No. 4: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REGIONAL No.6 RDT: **Año 2016 – Estado a Marzo 31 / 2017**

OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD	POBLACIÓN OBJETO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	AVANCE REAL
			No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	
Reportar mensual, trimestral y anualmente la información requerida por la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes	Informe de Gestión y Reporte estadístico consolidado anual del 2015 (Total año: 1)	Instituto Nacional de Salud, IPS Trasplantadoras y otros actores de la RDT, según pertinencia		X											**100%**
	Informe de Gestión y Reporte estadístico consolidado Trimestral (Total año: 4)	Instituto Nacional de Salud, IPS Trasplantadoras y otros actores de la RDT, según pertinencia		**4to del 2016**		X			X			X			**25%**
	Reporte estadístico mensual (Total año: 12)	Instituto Nacional de Salud	**Dic de 2016 X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	**25%**
Asignar los turnos para detección y rescates a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) trasplantadoras y a los Bancos de Tejido y Médula	Elaboración y reporte del cuadro de turnos para detección y rescate en IPS generadoras (Total año: 12)	Instituto Nacional de Salud, IPS Trasplantadoras y Bancos de Tejido	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	**25%**
Verificar la distribución y asignación de los componentes anatómicos acorde a los criterios aprobados en la regional. Verificar la asignación para trasplante a extranjeros no residentes en el territorio nacional	Reporte trimestral del Estado de Inscripción en la Rcordt6, autorizando distribución de componentes anatómicos a IPS debidamente inscritas en la Rcordt6 (Total año: 4)	Bancos de Tejido del país, Instituto Nacional de Salud			X			X			X			X	**0%**
	Verificar mediante análisis de los registros hechos por los médicos COTx y médicos CRUEH, la asignación de componentes anatómicos. (Total año: NA - Según trasplantes de órganos y tejidos (cuando aplique)	Bancos de Tejido e IPS trasplantadoras inscritas en la Rcordt6	**D**	**I**	**S**	**P**	**O**	**N**	**I**	**B**	**I**	**L**	**I**	**D**	**100% (3 de 3 entregados por el HUHMP)**

	realizados por las IPS trasplantadoras)														
Analizar los registros de la Gestión Operativa de la Donación, realizados tanto por los médicos COTx como por los médicos CRUEH	Verificar el correcto diligenciamiento de los formatos para el registro de la información de la Gestión Operativa de la Donación con donante logrado, con la respectiva retroalimentación a los actores, según aplique (Total año: NA)	IPS Trasplantadoras de órganos y CRUEH	**D**	**I**	**S**	**P**	**O**	**N**	**I**	**B**	**I**	**L**	**I**	**D**	**100% (3 de 3 entregados por el HUHMP)**
Dar asistencia técnica a las IPS trasplantadoras respecto al cumplimiento de sus funciones legales.	Asistencia Técnica en el cumplimiento de sus funciones legales (Total año: 5)	Cinco (5) 4 IPS habilitadas para realizar trasplantes de componentes anatómicos y una IPS no trasplantadora para el seguimiento postrasplante renal			**X**										**100%**
Promoción de la Cultura de Donación de componentes anatómicos con fines de trasplante (por parte de los distintos actores de la Regional No.6 RDT)	Informar/educar en temas de la Red de Donación y Trasplantes, al recurso humano del CRUE Huila, IPS Trasplantadoras, Profesionales de la Salud que realizarán el Servicio Social Obligatorio (Año Rural) (Total año: 50 actividades con 1500 personas informadas/educadas)	Recurso Humano del CRUEH			**X**										**9 (18%) y 154 personas (14,7%)**
		El resto de comunidad: según demanda y programación por los distintos actores de la Regional No.6 RDT	**1**	**2**	**6**										

Inscribir ante la Rcordt6 a las IPS trasplantadoras habilitadas con programas de trasplante y Bancos de Tejidos y Médula Ósea. Inscribir a las IPS no trasplantadoras para el seguimiento postrasplante	Acorde a las solicitudes, inscribir en la Rcordt6 según aplique, a los distintos actores de la Regional No,6 RDT (Total año: NA - Según solicitudes hechas por los distintos actores)	IPS trasplantadoras y Bancos de Tejido habilitados; Prestadores de Servicio de Salud habilitados para realizar seguimiento postrasplante renal	**D**	**I**	**S**	**P**	**O**	**N**	**I**	**B**	**I**	**L**	**I**	**D**	**100% (5 / 5)**
Convocar a las reuniones del Comité Asesor de la Rcordt6, acorde a lo contemplado en la normatividad vigente	Convocar mínimo trimestralmente de manera ordinaria, y extraordinariamente cuando se requiera al Comité Asesor de la Rcordt6 (Total año: 4)	Integrantes del Comité Asesor de la Coordinación Regional No.6 de la Red de Donación y Trasplantes (Rcordt6)			**X**			**X**			**X**			**X**	**25%**
Coordinar las actividades de consolidación, actualización, validación de las listas de espera de órganos sólidos de la Regional No.6	Validar y actualizar las listas de espera de las IPS trasplantadoras (Total año: NA - Según novedades reportadas por las IPS trasplantadoras)	IPS trasplantadoras de órganos inscritas en la Rcordt6	**D**	**I**	**S**	**P**	**O**	**N**	**I**	**B**	**I**	**L**	**I**	**D**	**100% (7 / 7)**
Apoyar cuando se requiera las actividades propias de la Gestión Operativa de la Donación.	Apoyo cuando se requiera a la Gestión Operativa de la Donación (Total año: NA - Según solicitud por las IPS trasplantadoras y disponibilidad en dicho momento del Coordinador Regional)	IPS trasplantadoras de órganos inscritas en la Rcordt6	**D**	**I**	**S**	**P**	**O**	**N**	**I**	**B**	**I**	**L**	**I**	**D**	**NA**
Registrar la información y hacer seguimiento a todas las alertas de posibles donantes, generadas en el área de influencia de la Rcordt6	Recepcionar los reportes de las alertas, registrarlas y hacerles seguimiento. Llamar dos veces al día a los médicos COTx para preguntar sobre alertas no reportadas inmediatamente. Reportar a los médicos COTx las alertas reportadas por detección pasiva (Total año: NA - Según número de alertas	IPS trasplantadoras de órganos inscritas en la Rcordt6, IPS generadoras de posibles donantes en el área de influencia de la Rcordt6	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**100% (17 / 17)**

	generadas en la Regional No.6 RDT)														
Auditoría Programada a las IPS trasplantadoras	Realizar mínimo tres visitas en el año de auditoría preventiva/seguimiento, a cada una de las IPS trasplantadoras inscritas en la Rcordt6; según lo contemplado en el Decreto 2493 de 2004. Contando con 5 IPS inscritas (Total año: 15)	4 IPS trasplantadoras de órganos inscritas en la Rcordt6 y una IPS no trasplantadora para seguimiento postrasplante renal				**5**			**5**				**5**		**0%**
Auditoría Programada a las IPS Generadoras	Realizar dos visitas en el año a cada una de las IPS generadoras de posibles donantes del área de influencia de la Rcordt6, con el ánimo de verificar el cumplimiento de sus funciones legales, la implementación del Programa Nacional de Auditoría y asesorarlas al respecto. Contando con 7 IPS generadoras (Total año: 14)	IPS generadoras del área de influencia de la Rcordt6				**8**						**8**			**0%**
Auditoría Programada a las IPS que posiblemente estén trasplantando componentes anatómicos	Realizar dos visitas en el año a cada una de las IPS que posiblemente estén trasplantando componentes anatómicos sin tener inscrito en el REPS el respectivo servicio (Total año: NA)	IPS que posiblemente estén trasplantando componentes anatómicos sin la debida autorización				**X**						**X**			**NA**

Auditorías coyunturales	Realizar visitas / acciones coyunturales de auditoría a distintos actores de la RDT, en atención a las PQR, incumplimiento de las funciones legales y cuando se considere necesario por la Rcordt6 y/o CNRDT (Total año: NA - Según eventos presentados)	IPS generadoras, IPS Trasplantadoras, EAPB, entre otros actores del área de influencia de la Rcordt6	**D**	**I**	**S**	**P**	**O**	**N**	**I**	**B**	**I**	**L**	**I**	**D**	**100% (2 de 2)**
Representación de las demás Rcordt en el Comité Asesor de la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes.	Asistir a las reuniones del Comité Asesor de la CNRDT - INS, convocadas por el Instituto Nacional de Salud (INS)	Rcordt6 y demás Rcordt del país	**D**	**I**	**S**	**P**	**O**	**N**	**I**	**B**	**I**	**L**	**I**	**D**	**NA % (0 de 0)**