



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



## **INFORME DE CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES COORDINACIÓN REGIONAL No. 6 DE LA RED DE DONACIÓN Y TRASPLANTES**

**SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2021**

**CÉSAR ALBERTO POLANÍA SILVA**  
Secretario de Salud Departamental Huila

**NÁTHALY MEDINA CAMPOS**  
Coordinadora CRUE Huila

**MARÍA CONSUELO ANGARITA**  
Líder Salud Pública

**2021**

## **1. AUTORES**

Coordinadora CRUEH

NÁTHALY MEDINA CAMPOS (Profesional Universitario)

Líder Salud Pública

MARÍA CONSUELO ANGARITA (Profesional Universitario)

### **Profesionales contratistas para el apoyo operativo del CRUEH:**

Apoyo en el componente Operativo Coordinación Regional No.6 RDT del CRUE Huila.  
LUÍS HERNÁN SARRIA CHACÓN (Médico).

Programa Regional de Auditoría de la Coordinación Regional No.6 RDT  
HÉBERT EDUARDO FAJARDO (Médico y Auditor)

Promoción de la Cultura de Donación  
PAOLA LEDESMA (Referente Área de Salud Pública)

Sistema de Información  
JUAN CARLOS RODRÍGUEZ (Ingeniero de sistemas CRUE Huila)

## Índice

|  |           |
|--|-----------|
| GOBERNACIÓN DEL HUILA .....  | 1         |
| <b>PRIMER TRIMESTRE DEL 2021 .....</b>   | <b>1</b>  |
| 1. AUTORES.....  | 2         |
| Profesionales contratistas para el apoyo operativo del CRUEH: .....  | 2         |
| <b>INTRODUCCIÓN .....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>1. GENERALIDADES .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1.1 ORGANIZACIÓN INTERNA, MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS .....</b>   | <b>7</b>  |
| 1.1.1. ESTRUCTURA FÍSICA .....   | 7         |
| 1.1.2 RECURSO HUMANO .....   | 7         |
| 1.1.3 RECURSOS INFORMÁTICOS .....  | 7         |
| 1.1.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.....  | 8         |
| 1.1.5 AUTOEVALUACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS .....  | 8         |
| 1.1.5.1 GESTIÓN DE ALERTAS GENERADAS.....  | 8         |
| 1.1.5.2 REGULACIÓN / MODULACIÓN DE LA GOD .....  | 9         |
| 1.1.5.3 ASIGNACIÓN DE COMPONENTES ANATÓMICOS.....  | 9         |
| 1.1.5.4 OFERTA REGIONAL Y NACIONAL DE COMPONENTES ANATÓMICOS .....   | 9         |
| 1.1.5.5 ANÁLISIS DE LOS REGISTROS POR COTx DE LAS GOD .....  | 10        |
| 1.1.5.6 ASIGNACIÓN DE TURNOS A I.P.S. ....   | 10        |
| 1.1.5.7 VALIDACIÓN DE LOS RECEPTORES ACTIVADOS POR LAS IPS EN EL SOFTWARE DE LA LISTA DE ESPERA DE LA RNDT- INS..... | 10        |
| 1.1.5.8 VALIDACIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA .....   | 11        |
| 1.1.5.9 ENVÍO DE INFORMACIÓN AL INS.....   | 11        |
| 1.1.5.10 CONVOCATORIAS A REUNIONES DEL COMITÉ ASESOR .....   | 11        |
| 1.1.5.11 INSCRIPCIÓN.....  | 12        |
| 1.1.5.12 REPRESENTACIÓN ANTE EL COMITÉ ASESOR DE LA CNRDT-INS.....   | 12        |
| 1.1.5.13 ASISTENCIA TÉCNICA .....  | 12        |
| 1.1.5.14 AUDITORÍA PROGRAMADA A IPS Tx.....  | 13        |
| 1.2 PLANEACIÓN .....   | 13        |
| 1.2.1 CUMPLIMIENTO DE LO PLANEADO .....  | 13        |
| 1.2.2 PLAN DE ACCIÓN AÑO 2021.....   | 13        |
| <b>2. COMITÉ ASESOR REGIONAL .....</b>   | <b>14</b> |
| 2.1 CONFORMACIÓN.....  | 14        |
| 2.2 SESIONES REALIZADAS AÑO 2020, Comité Asesor de la Rcordt6.....   | 14        |
| 2.3 ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS – Comité Asesor.....   | 14        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>3. ESTADO DE INSCRIPCIÓN.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>4. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA.....</b>  | <b>15</b> |
| 4.1 COMPORTAMIENTO DE LA DONACIÓN EN LA REGIONAL.....   | 15        |
| 4.1.1 ALERTAS DE PACIENTES CON GLASGOW MENOR O IGUAL A 5: .....   | 15        |
| 4.1.1.1 Alertas de pacientes con Glasgow < 5. ....  | 15        |
| 4.1.1.2 IPS y Servicios Generadores de alertas .....  | 16        |
| 4.1.1.3 Salidas del Protocolo Glasgow < 5 y Muertes Encefálicas diagnosticadas: .....                     | 16        |
| 4.1.1.4. Causas de muerte encefálica.....   | 17        |
| Potenciales Donantes y Donantes Elegibles .....   | 17        |
| Causas de ME en Donantes Elegibles (Dx de ME en historia clínica): .....                                  | 18        |
| 4.1.1 ACEPTACIÓN Y NEGATIVA FAMILIAR A LA DONACIÓN:.....  | 19        |
| 4.1.2.1 Negativa Familiar a la Donación y sus causas: .....   | 19        |
| 4.1.2.2 Comportamiento de la Negativa Familiar: .....   | 21        |
| 4.1.2.3 Donantes Logrados y Mecanismos de Donación (Ley 1805 de 2016): .....                              | 21        |
| 4.1.2.4 Donantes Logrados no rescatados:.....   | 22        |
| 4.1.3 DONACIÓN REAL (Donante Logrado en el cual se extrajo al menos un órgano): .                         | 23        |
| 4.2 LISTA DE ESPERA Y ACTIVIDAD TRASPLANTADORA: .....   | 24        |
| 4.2.1. Listas de espera para trasplante.....  | 24        |
| 4.2.1.1 Lista de Espera para Tx renal.....  | 24        |
| 4.2.1.2 Lista de Espera para Tx de córnea .....   | 25        |
| 4.2.1.3 Comportamiento de la Enfermedad Renal Crónica, Morbimortalidad .....                              | 25        |
| 4.2.4. Trasplante a menores de 18 años, por tipo de órgano e IPS. ....                                    | 38        |
| 4.2.5. Actividad trasplantadora de tejidos .....  | 38        |
| 4.2.5.1. Tejido ocular.....   | 38        |
| 4.2.5.2. Tejido osteomuscular.....  | 39        |
| 4.2.5.3. Actividad de donación de Tejidos oculares – Bantejido, a Marzo/2021.....                         | 40        |
| 5.1 Actividades estratégicas en promoción a la donación.....  | 40        |
| 5.1.2. Análisis de indicadores de las actividades de promoción realizadas en la regional. ....            | 44        |
| 5.1.3 Análisis del impacto de las actividades de promoción. ....  | 45        |
| 5.1.4 Actividades de formación del recurso humano de los actores de la Red de Donación y Trasplante. .... | 46        |
| 5.2 Plan de Promoción año 2021. ....  | 47        |
| <b>6 PROGRAMA NACIONAL DE AUDITORÍA DE LA RED DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE</b>                            |           |
| <b>ÓRGANOS Y TEJIDOS (PNA) .....</b>  | <b>47</b> |

|              |   |    |
|--------------|---|----|
| 6.1          | Cronograma de actividades de auditoría por parte de la regional a las IPS trasplantadoras, generadoras y Bancos de tejidos – Año 2021. .... | 47 |
| 6.2.1        | <b>Acciones preventivas:</b> .....  | 47 |
| 6.2.2        | <b>Acciones coyunturales:</b> .....   | 49 |
| 6.2.3        | <b>Acciones de seguimiento:</b> .....   | 49 |
| 6.2.4        | <b>Informe de auditoría</b> .....   | 50 |
|              | <b>Auditorías de prevención y seguimiento:</b> .....  | 54 |
| 6.2.5        | Indicadores de auditoría .....  | 57 |
| 7.           | NOVEDADES IDENTIFICADAS POR LA COORDINACIÓN REGIONAL: .....   | 57 |
| 8.           | SEGUIMIENTO DE LA COORDINACIÓN REGIONAL A PLANES DE MEJORAMIENTO ESTABLECIDOS CON EL INS:.....  | 57 |
| 9.           | PROGRAMAS O PROYECTOS ADICIONALES:.....   | 58 |
| Anexo No. 1  | RCORDT6: ESTADO DE INSCRIPCIÓN <b>Marz 31 de 2021</b> .....   | 59 |
| Anexo No. 2: | TALENTO HUMANO INSCRITO .....   | 60 |
| Anexo No. 3: | SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO ESTABLECIDOS POR LA CNRDT-INS.....   | 66 |
| Anexo No. 4: | CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REGIONAL No.6 RDT .....   | 67 |

## **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 2do trimestre del año 2021, que corresponde al cuadragésimo segundo informe presentado a partir de la creación temporal de la Regional No. 6, según Resolución 001843 (01/06/2009) y al trigésimo 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 de promoción de la donación de componentes anatómicos con fines de trasplante desarrolladas por los actores de la Regional No.6 RDT en el 2021.

Agradecemos a la Coordinación Nacional de la RDT (Instituto Nacional de Salud) por la asistencia técnica, asesorías, lineamientos y auditoría externa 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**

El Secretario de Salud Departamental del Huila, garantizó la continuidad para la prestación del servicio del CRUEH (incluyendo la Rcordt6) en enero/2021 mediante otrosí de la contratación año 2020. En la 2da a 4ta semana de febrero/2021 fueron contratados 4 médicos reguladores/moduladores del CRUEH (Drs: Hermen Hidalgo , Jhon Éduard Vásquez, Luís Hernando Gómez y posteriormente, el Dr. Arnaldo Donado); 4 Radioperadores (Diana Marcela Vargas, Enoc Noscué, Édgar Borja Javela y Jaime Alberto Garavito); el auditor médico (Dr. Hébert Fajardo); el Profesional de Apoyo para el apoyo al componente operativo Rcordt6 (Dr. Hernán Sarria), las psicólogas Tania Perdomo, Yurani Novoa, Rocío Gutiérrez y Lina Contreras, el ingeniero de sistemas Juan Carlos Rodríguez, contratos por 8 y 10 meses. En el año 2020, la continuidad en la contratación del talento humano CRUE Huila se dio mediante Adicional a los contratos iniciales, y de octubre a diciembre de 2020 la continuidad en la prestación del servicio se garantizó mediante nuevo contrato del mismo talento humano.

Para el Seguimiento, Registro y Apoyo a la Gestión Operativa de la Donación la Rcordt6 cuenta con los 4 médicos CRUEH y el Dr. Sarria. La Auditoría Regional está a cargo del Dr. Fajardo, con apoyo ocasional del Dr. Sarria. El sistema de Información está a cargo del ingeniero Juan Carlos Rodríguez con apoyo del Dr. Sarria. El Dr. Sarria apoya al CRUE Huila de la SSD en el componente operativo de la Rcordt6. El CRUE Huila cuenta con dos funcionarios de planta: la Dra. Náthaly Medina Campos (Coordinadora del CRUE Huila) y Nubia Tamayo (Auxiliar Administrativa). En cumplimiento del artículo 41 del Decreto 2493 de 2004, el área de Salud Pública de la Secretaría de Salud Departamental se empoderó del tema de Promoción de la Cultura de Donación con fines de trasplante. El CRUE Huila seguirá apoyando también las actividades de promoción del Plan Regional de Promoción.

#### **1.1.3 RECURSOS INFORMÁTICOS**

El CRUE Huila cuenta con escritorios, un computador para el profesional de apoyo a la Coordinación Regional, un computador para el responsable del sistema de información, tres computadores para los Psicólogos, dos impresoras, un computador para la auxiliar administrativa, acceso a internet y a la extranet de la Gobernación del Huila; línea telefónica, de fax; además de radioteléfonos, avantel, teléfono celular, un computador para los médicos CRUE y otro para los radioperadores, para el apoyo adicional a las comunicaciones de la Rcordt6 con los distintos actores de la RDT. También se cuenta con los recursos informáticos y humano del área de Salud Pública para el desarrollo de las actividades de Promoción de la Donación de componentes anatómicos con fines de trasplante. Y para mejorar la articulación entre el CRUE Huila y el talento humano responsable de la Gestión Operativa de la donación, se creó un grupo de w-app.

#### 1.1.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

La Rcordt6 cuenta con Manual de Procedimientos, versión 4, formulado por el Profesional de apoyo a la Rcordt6, revisado por la Coordinadora del CRUEH y aprobado por la Secretaria de Salud Departamental el 27 de noviembre de 2017; controlado por el Sistema de Gestión Integrado de la Gobernación del Huila, con código: SSA-C014-M308. Queda pendiente que el MSPS y la CNRDT-INS emitan los lineamientos respecto a la GOD y nueva normatividad vigente (Resolución 3100 y la Ley 1805 de 2016), para que la Rcordt6 realice nuevamente las actualizaciones respectivas. En el 3er trimestre/2021 se integrará el Manual de Procedimientos de la RCORDT6 al Manual de Procedimientos CRUE Huila, por tratarse la operatividad de la RCORDT6 de un componente operativo del CRUE Huila. Y se actualizarán los Procedimientos acorde a las nuevas directrices de la Gobernación del Huila respecto a la gestión documental

##### *PROCEDIMIENTOS APROBADOS, CONTROLADOS Y PUBLICADOS*

- Inscripción de Bancos de Tejido y Médula Ósea, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas para Trasplante de componentes anatómicos y/o seguimiento postrasplante - Código: SSA-C014-P370. Vers-5, del 08 de mayo de 2019.
- 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-7, del 08 de febrero de 2019.
- Gestión Operativa de la Donación - Código: SSA-C014-P373. Vers 8, del 04 de junio 2021.
- 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-3, del 08 de febrero de 2019.

#### 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.

El cumplimiento de las funciones queda reflejado en el resultado de los respectivos indicadores a junio 30 de 2021:

##### 1.1.5.1 GESTIÓN DE ALERTAS GENERADAS

| Mes        | Total<br>Alertas<br>generadas | Total<br>Formatos de<br>Alertas,<br>reportados<br>a la Rcordt6<br>x la IPS Tx | Registro y Seguimiento<br>por el CRUE Huila a las<br>alertas generadas |       | Detección Pasiva      |                            |     |
|------------|-------------------------------|---|--|-------|-----------------------|----------------------------|-----|
|            |                               |   | Total  | %     | A través<br>del CRUEH | Llama la IPS<br>a los COTx | %   |
| A Junio 30 | 51                            | 51  | 51   | 100 % | 0                     | 50                         | 98% |
|            |                               |   |  |       | 50                    |                            |     |



En el período se generaron 51 alertas, y la Rcordt6 recibió del H. Moncaleano copias de 51 registros de alertas (100% de cumplimiento), el CRUE registró y le hizo seguimiento completo al 100% de las alertas que le fueron reportadas (51 de 51) y, al 100% del total de las alertas generadas (51 de 51). Por detección pasiva (Llamada directa de la IPS generadora a médicos COTx) se generó el 98% de las alertas.

#### 1.1.5.2 REGULACIÓN / MODULACIÓN DE LA GOD

| Seguimiento a la modulación/regulación de la GOD con Donante Real |                                      |                            |
|---|--------------------------------------|----------------------------|
| Total GOD generadas   | GOD moduladas/reguladas por el CRUEH | % de Regulación/Modulación |
| 2   | 2                                    | 100%                       |

En lo transcurrido del 2021 se generaron dos (2) donantes reales. La disminución de los donantes reales, se debe a la disminución en el número de potenciales donantes y la relativa alta Negativa Familiar a la donación y Oposición a la aplicación de la PLD. En este indicador, no se incluyen los casos de donantes generados (llamados antes efectivos) por presunción legal de donación, contraindicados para la extracción de órganos y tejidos a causa de oposición familiar a la aplicación de la presunción legal de la donación, ni tampoco, los donantes sin oposición familiar a la aplicación de la PLD que por algún motivo fueron contraindicados y no se llegó a extraer los componentes anatómicos donados.

#### 1.1.5.3 ASIGNACIÓN DE COMPONENTES ANATÓMICOS

En el 2021, la Rcordt6 hizo seguimiento a la asignación de los riñones donados/rescatados con los dos (2) donantes reales generados en el período, según los criterios técnico-científicos regionales aprobados (adopción de criterios nacionales). Dos riñones no se pudieron trasplantar por isquemia fría prolongada, debido a que los potenciales receptores aunque asintomáticos resultaron con prueba PCR Positiva para COVID-19. Por el mismo motivo la oferta nacional de dichos riñones fue rechazada.

A partir del 2019 se cuenta para el ejercicio de asignación de riñón con el apoyo del aplicativo web RedDataINS, lo que ha facilitado el proceso tanto al Hospital U. H. Moncaleano P. como a la Rcordt6. Y es de resaltar la importancia de la asignación de riñón automática a través del aplicativo web RedDataINS, ya que previene los errores humanos cuando el cálculo se hace manualmente.

#### 1.1.5.4 OFERTA REGIONAL Y NACIONAL DE COMPONENTES ANATÓMICOS

| Porcentaje de la Oferta Nacional |  |  |                         |
|----------------------------------|--|--|-------------------------|
| Año:<br>2021                     | Número de disponibilidades<br>(posibilidades viables) de oferta<br>nacional o regional presentadas | Número de ofertas<br>realizadas por el CRUE<br>–Huila y/o IPS Tx de la<br>Regional No. 6 | % de<br>Oferta Nacional |
| A Junio 30                       | 1  | 1  | 100%                    |

En lo transcurrido del 2021 se generó una disponibilidad viable de oferta nacional de riñones por el Hospital Moncaleano de la Regional No.6, la cual no fue aceptada por tiempo de isquemia fría prolongado.

### 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 sin Oposición a la PLD |                            |                     |                               |
|---|----------------------------|---------------------|-------------------------------|
| Año: 2021   | Registros remitidos de GOD | Reportes analizados | % de cumplimiento al análisis |
| A Junio 30  | 3                          | 3                   | 100%                          |

En el 2021, la Rcordt6 analizó los 3 registros de GOD con donantes logrados sin oposición familiar a la aplicación de la PLD.

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

| Asignación de los turnos para detección y rescate               |                                |                   |
|---|--------------------------------|-------------------|
| Turnos para asignar (Última semana del mes inmediata/ anterior) | Turnos asignados oportunamente | % de Cumplimiento |
| 6   | 6                              | 100%              |

En lo transcurrido del 2021, la Rcordt6 elaboró y envió vía email, mensualmente al Hospital Moncaleano, Bantejido y al CRT-CNRDT el cuadro de turnos para que las entidades realizaran búsqueda/ detección y rescate en unidades/sedes generadoras, cumpliendo en un 100% con dicha actividad. Cuando la IPS trasplantadora envía el cuadro de turnos de disponibilidad de médicos COTx, la Rcordt6 lo socializa al CRT-INS, Bantejido y al CRUE Huila, para efectos de saber a quién llamar en caso de reporte de alertas por detección pasiva.

### 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: 2021<br>Mes:  | IPS: H. Moncaleano<br>Nuevos Receptores: | Desactivados / Inactivados | 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 Junio 30   | 1  | 6                          | 38                    | 38                                       | 38                       | 100%                  | <b>38 / 6</b><br>Reactivados: 0<br>D/Inact→Causa: <b>Adm: 0</b><br><b>Por Tx: 2</b> <b>No Tx: 0</b> y<br><b>Fallecidos: 4</b> |
| <b>Pacientes activos a Dic 31 / 2020 en lista de espera → 37</b> |  |                            |                       |  |                          |                       |   |

Desactivación/Inactivación 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 |
|----------|------------|---------|--------|------------|-----------------|-----------------|---------------------|-------|
| 2020 Dic | 0          | 8       | 0      | 0          | 5               | 0               | 0                   | 0     |
| 2021 Dic | 2          | 4       | 0      | 0          | 0               | 0               | 0                   | 0     |

En lo transcurrido del 2021 el Hospital H. Moncaleano inactivó / desactivó (salida permanente) de la lista de espera para Tx renal a 6 pacientes de un total de 38 enlistados (37 pacientes venían enlistados desde el 2020); 4 pacientes por fallecimiento, 0 por causas administrativas y 2 por trasplante.

Con relación al 2020, la lista de espera para Tx renal disminuyó en un 13,5% (de 37 a 32).

#### 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 | Listas de espera validadas / actualizadas por la Rcordt6 | % de Validación |
| <b>2020</b>   | 18   | 18   | <b>100%</b>     |
| <b>2021<br/>Jun</b>                                 | <b>14 ( 6 de Tx renal y<br/>8 L-Solic Tjd Ocul )</b>     | <b>14</b>  | <b>100%</b>     |

En lo transcurrido del el 2021 el Hospital Moncaleano reportó 6 novedades en la Lista de Espera para Tx renal, y Bantejido reportó 8 novedades en la lista de solicitudes de tejidos oculares, acorde a las cuales fueron validadas y/o actualizadas por la Rcordt6 según el tipo de novedad la lista de espera regional para trasplante renal y la de tejidos oculares, mediante análisis comparativo con la información ingresada por las IPS de la Regional No.6 en RedDataINS y en lo que respecta a tejidos oculares, adicionando la información reportada por IPS trasplantadoras de otras regionales a Bantejido.

En el 2020, el Hospital Moncaleano reportó un total de 18 novedades en la lista de espera. Se actualizó la lista de espera regional para trasplante de tejidos oculares en cinco (5) oportunidades, acorde a las novedades reportadas por las IPS trasplantadoras de tejidos oculares y la lista de solicitudes actualizada reportada por Bantejido.

#### 1.1.5.9 ENVÍO DE INFORMACIÓN AL INS

| TOTAL INFORMES ENVIADOS | OPORTUNOS | NO OPORTUNOS | % DE OPORTUNIDAD |
|-------------------------|-----------|--------------|------------------|
| 8                       | 8         | 0            | 100%             |

En lo transcurrido del 2021 la Rcordt6 reportó a la CNRDT-INS 8 informes estadísticos consolidados (6 mensuales de diciembre de 2020 a febrero de 2021 y 2 trimestrales (anual 2020 y 1er trimestral año 2021). Los informes se reportaron oportunamente. En el 2020 el cumplimiento en la oportunidad del reporte fue del 87,5%.

#### 1.1.5.10 CONVOCATORIAS A REUNIONES DEL COMITÉ ASESOR

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

En lo transcurrido del 2021, la Rcordt6 convocó a la 1ra reunión anual de su Comité Asesor, realizada de manera virtual por pandemia COVID-19. En el 2020 se cumplió con 3 convocatorias (75%).

### 1.1.5.11 INSCRIPCIÓN

| IPS TRASPLANTADORAS<br>(Según REPS) | BANCOS<br>DE TEJIDO | IPS NO<br>TRASPLANTADORAS<br>(Según REPS) | ENTIDADES<br>INSCRITAS | CUMPLIMIE<br>NTO |
|-------------------------------------|---------------------|---|------------------------|------------------|
| 6*                                  | 1                   | 0   | 5                      | 100%             |

\*En el REPS aparecen registradas la Clínicas Saludent y Déntal Cánter (Tx de Tejidos Osteomuscular), pero no realizan trasplantes de componentes anatómicos, sino de dispositivos médicos.

En la actualidad, en el REPS figuran seis (6) IPS con programas de trasplante de componentes anatómicos, pero dos de ellas no trasplantan componentes anatómicos sino dispositivos médicos (visitadas por el médico auditor Rcordt6. Las 4 IPS trasplantadoras y el Banco de Tejidos Oculares que están inscritos en la Rcordt6 tienen vigente la inscripción (100% de cumplimiento). En el 2020 el cumplimiento en este indicador también fue del 100%.

En lo transcurrido del 2021, se verificó a través de RedDataINS el cumplimiento de los requisitos documentales de las novedades de inscripción presentadas por:

- **Centro Oftalmológico Surcolombiano:** Enero 14 – Renovación del servicio de trasplantes de tejidos oculares.
- **Hospital Universitario H. Moncaleano Perdomo:** **Marz 23** - Desvinculación de la Enfermera Jefe y de Auxiliar Administrativa, y vinculación de nueva Enfermera Jefe y Auxiliar Administrativo, para el servicio de Tx renal. **Mayo 14** - Desvinculación de la Enfermera Jefe y de Auxiliar Administrativa para el servicio de Tx renal. **Junio 24** – Desvinculación de la instrumentadora quirúrgica y vinculación de dos nuevas instrumentadoras Qx.
- **Centro Oftalmológico Surcolombiano:** Marzo 31 – Desvinculación de enfermera jefe e inscripción de la nueva enfermera jefe, en su remplazo. **Jun 16** – Solicitud de renovación de la inscripción del servicio de trasplante de membrana amniótica, por lo que se asesoró/recordó en materia de nuevos lineamientos respecto a inscripción de MA.

A Junio 30/2021, persisten dos incidentes (No poder inscribir odontólogos generales por ausencia de opción en la modalidad de inscripción y no poder asignar usuarios en Tx renal para seguimiento postrasplante renal), cuya solución depende de la gestión respectiva por Soporte Técnico RedDataINS. El INS realizó capacitación virtual en el tema de inscripción, pero no se ha recibido todavía retroalimentación por parte de las IPS respecto a dichos incidentes.

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

| CONVOCATORIAS POR<br>PARTE DEL INS | ASISTENCIA DE LA<br>RCORDT6 A REUNIONES | CUMPLIMIENTO |
|------------------------------------|---|--------------|
| NA                                 | NA                                      | NA           |

No aplica. La nueva representante por las Rcordt en el Comité Asesor de la CNRDT-INS es la Rcordt3 (SSD Valle)

### 1.1.5.13 ASISTENCIA TÉCNICA

| IPS TRASPLANTADORAS<br>INSCRITAS y BANCOS DE TEJIDO | IPS TRASPLANTADORAS y<br>BANCOS DE TEJIDO CON<br>ASISTENCIA TÉCNICA | CUMPLIMIENTO |
|---|---|--------------|
| 5   | 5   | 100%         |

En el mes de marzo como es costumbre, la Rcordt6 brindó asistencia técnica a las cuatro (4) IPS y al Banco de Tejidos, inscritos en la RCORDT6 (100% de cumplimiento); en lo que respecta a sus funciones legales.

#### 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 (Inscritos : 5 )  | 4                     | 26,6%              |

## 1.2 PLANEACIÓN

### 1.2.1 CUMPLIMIENTO DE LO PLANEADO

Las metas de gestión para el presente año 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 sus funciones legales y 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 2020 está descrito en el punto anterior y en el punto No.5 (PROGRAMA DE PROMOCIÓN).

### 1.2.2 PLAN DE ACCIÓN AÑO 2021

Presentado en el informe final del año 2020 con:

- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- PRESUPUESTO
- ESTRATEGIAS PARA CUMPLIR LOS OBJETIVOS
- ESTRATEGIAS DE CAPTURA, CONSOLIDACIÓN, VALIDACIÓN Y REPORTE DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA
- METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA
- METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA ASIGNACIÓN DE TURNOS DE RESCATE
- IMPLEMENTACIÓN DE LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL
- PROCESO PARA LA ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN
- ASIGNACIÓN DE COMPONENTES ANATÓMICOS
- ASIGNACIÓN DE TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE EN OFTALMOLOGÍA

## 2. COMITÉ ASESOR REGIONAL

### 2.1 CONFORMACIÓN

| NOMBRE   | REPRESENTANDO A  | FECHA DE DESIGNACIÓN  |
|--|--|---|
| CÉSAR ALBERTO POLANÍA SILVA                                | Secretario de Salud Departamental del Huila                | NA  |
| NÁTHALY MEDINA CAMPOS<br>(Coordinadora CRUEH)              | Secretaría de Salud Departamental del Huila                | Octubre 22 de 2020 (Delegada x el Dr. Polanía, Secretario de Salud Departamental)             |
| EMMA CONSTANZA SASOQUE MEÑACA                              | IPS trasplantadoras (Gerente Hospital U. H. Moncaleano P.) | NA - El Hospital Moncaleano es la única IPS trasplantadora de órganos en la Regional No.6 RDT |
| FERMÍN ALONSO CANAL DAZA<br>(Cirujano de Trasplante Renal) | IPS trasplantadoras (Hospital U. H. Moncaleano P.)         | Octubre 30 de 2020 (Delegado por la Dra. Sastoque en su representación)                       |
| JULIO CÉSAR QUINTERO VIEDA<br>(Decano Facultad Salud))     | Universidad Surcolombiana                                  | Reemplazo del Decano Jairo Antonio Rodríguez  |
| BRAYANT ANDRADE MÉNDEZ                                     | Universidad Surcolombiana                                  | Febrero 20 de 2021 ( Delegado permanente por el Dr. Jairo Antonio Rodríguez)                  |
| LUIS CARLOS QUINTERO MALO                                  | Bioética   | Octubre 22 de 2020 (Delegado x el Dr. Polanía, Secretario de Salud Departamental)             |
| MARTHA VEGA LAGUNA   | Fundación Renal y de Trasplantes (FUNRET)                  | Octubre 29 de 2020  |
| FÉLIX CELIS  | Corporación Banco de Tejidos Regional Sur Bantejido        | NA  |
| MÓNICA PIEDRAHITA  | Corporación Banco de Tejidos Regional Sur Bantejido        | Dic 18 de 2019 (Delegada por el Dr. Félix Celis, a las reuniones del CA-Rcordt6)              |

### 2.2 SESIONES REALIZADAS EN EL PRESENTE AÑO, Comité Asesor de la Rcordt6.

- I. *1ra reunión ordinaria, marzo 25 de 2021* – Seguimiento a compromisos, informe año 2020 de la actividad de donación y trasplantes en la Regional No.6 RDT, aprobación formal de la Guía Regional para la asignación / distribución de tejidos oculares.

### 2.3 ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS – Comité Asesor

Los compromisos adquiridos en la 1ra reunión año 2021 del 25 de marzo, al finalizar el 2do trimestre queda pendiente cumplir el compromiso por la RCORDT6 de recordar a las IPS generadoras reportar al CRUE Huila todos los potenciales donantes.

RCORDT6 - Recordar solicitud a las IPS generadoras, sobre el reporte al CRUE Huila de todos los potenciales donantes tanto en muerte encefálica como en parada cardiaca.

### **3. ESTADO DE INSCRIPCIÓN**

Según auditoría regional, en el REPS aparecen seis (6) IPS con servicios de trasplante, dos de ellas: Clínicas Saludent S.A.S y Óral Cénter no han solicitado formalmente la inscripción ante la Rcordt6 y no realizan trasplantes de tejido osteomuscular.

Las cuatro IPS trasplantadoras habilitadas y con servicio activo de trasplante de componentes anatómicos y el Banco de tejidos, inscritos en la RCORDT6 tienen inscripción vigente y la respectiva información actualizada, excepto el incidente con dos odontólogos de la IPS trasplantadora de tejido osteomuscular Sociedad Odontológica del Hulla, pendiente de solucionar por parte de soporte técnico RedDataINS.

El estado actualizado de inscripción ante la Rcordt6 se presenta en el respectivo anexo (simplificado) al final del informe.

Incidentes en el procedimiento de inscripción a través de RedDataINS **pendientes de ser solucionados** con el apoyo de Soporte Técnico RedDataINS:

- Imposibilidad de inscribir un Profesional Odontólogo no especializado para un servicio de Tx de Tejido Osteomuscular, ya que el aplicativo web RedDataINS no cuenta con la opción: Otros Profesionales (la opción que despliega RedDataINS actualmente es: Otra especialidad), por lo que la Rcordt6 negó la inscripción de un odontólogo a en noviembre de 2018, el cual, apareció automáticamente aprobado por RedDataINS posteriormente, pero la IPS trasplantadora no puede a la fecha corregir la modalidad de inscripción, debido a que no hay opción de: Otro Profesional. Por tal motivo, la misma IPS trasplantadora tiene pendiente inscribir a otro Odontólogo una vez se solucione el problema.
- No reporte automático por RedDataINS a la Rcordt6 de novedad en la modalidad de inscripción de un Profesional, el cual, pasó a desempeñar otra función dentro de la IPS trasplantadora de órganos, y apareció automáticamente aprobado por RedDataINS, sin conocimiento de la Rcordt6, sin reporte automático a la Rcordt6 de la novedad, ni de la aprobación automática por RedDataINS, tal y como ocurrió en el caso arriba mencionado. Tampoco, RedDataINS alerta cuando las entidades inscritas hacen cambios / cargan soportes respecto a lo que ya está inscrito, incluyendo al Talento Humano.

### **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 $\leq$ 5.**

| AÑO  | TOTAL ALERTAS | UCI | URG | Detección Pasiva (La IPS llama al CRUEH o al COTx) |                         |                        | Detección Activa (Visita a la IPS) |
|------|---------------|-----|-----|--|-------------------------|------------------------|------------------------------------|
| 2020 | 66            | 55  | 11  | 65   | La IPS reporta al CRUEH | La IPS reporta al COTx | 1                                  |
|      |               |     |     |  | 1                       | 64                     |                                    |
| 2021 | 51            | 50  | 1   | 50   | La IPS reporta al CRUEH | La IPS reporta al COTx | 1                                  |
|      |               |     |     |  | 0                       | 50                     |                                    |

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

En el 2021 se han generado 51 alertas, el 98% de ellas en UCI, predominado la notificación directamente a los médicos COTx por parte de las IPS generadoras (100%). Por detección pasiva se han reportado el 98% de las alertas.

En el 2020, se generaron 66 alertas, el 88% en UCI, el 84% por detección pasiva.

#### 4.1.1.2 IPS y Servicios Generadores de alertas

| IPS   | UCI       | URGENCIAS | TOTAL     |
|---|-----------|-----------|-----------|
| Clínica Mediláser –Neiva                            | 11        | 0         | 11        |
| Hospital U. H. Moncaleano                           | 10        | 0         | 10        |
| Hospital San Antonio de Pitalito                    | 10        | 1         | 11        |
| Clínica Uros  | 14        | 0         | 14        |
| Clínica Emcosalud                                   | 0         | 0         | 0         |
| Clínica Belo Horizonte                              | 0         | 0         | 0         |
| Hospital Dptal San Vicente de Paul – Garzón Huila   | 5         | 0         | 5         |
| Clinica Mediláser de Florencia (Cag- Regional No.1) | 0         | 0         | 0         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>50</b> | <b>1</b>  | <b>51</b> |

De las 51 alertas generadas, el 27% se generó en la Clínica Uros, siguiendo en su orden la Clínica Mediláser Neiva y el Hosp. San A. de Pitalito con el 22% c/uno, el Hospital Moncaleano (20%), y el resto se generó en el Hosp. San Vicente de Paul de Garzón.

#### 4.1.1.3 Salidas del Protocolo Glasgow $\leq 5$ y Muertes Encefálicas diagnosticadas:

| 2020 – Total | 2021 |
|--------------|------|
| 47           | 34   |

En lo transcurrido del 2021 se ha salido de protocolo Glasgow  $\leq 5$  en 34 casos (67% de las alertas). En el 2020 se salió del protocolo Glasgow  $\leq 5$  en el 71% de los casos (en 47 de 66 Alertas).

| Causas de salida de Protocolo Glasgow $\leq 5$ |                   |                         |                  |                  |                      |                                    |          |           |
|--|-------------------|-------------------------|------------------|------------------|----------------------|------------------------------------|----------|-----------|
| AÑO  | Contraind. Médica | Contraind. Socio/Sexual | Contraind. Legal | PCR irreversible | Mejoría o Vegetativo | No acude el COTx $\rightarrow$ PCR | Otra     | Total     |
| 2020   | 17                | 2                       | 1                | 19               | 3                    | 0                                  | 5        | 47        |
| <b>2021</b>                                    | <b>13</b>         | <b>0</b>                | <b>1</b>         | <b>18</b>        | <b>2</b>             | <b>0</b>                           | <b>0</b> | <b>34</b> |

En lo transcurrido del 2021, las principales causas de la salida del protocolo Glasgow  $\leq 5$  fueron: la PCR (53%) y la Contraindicación médica (38%). En el 2020, las principales causas de la salida del protocolo Glasgow  $\leq 5$  fueron: la PCR (40%) y la Contraindicación médica (36%).

En la regional No.6 RDT continúa siendo la principal causa de salida de protocolo Glasgow  $\leq 5$  la PCR irreversible. En reunión realizada con referentes de las UCI de IPS Generadoras, recordaron la desmotivación para apoyar el diagnóstico oportuno y el mantenimiento adecuado en caso de los posibles donantes con signos clínicos de muerte encefálica, causada por las glosas y consiguientes pérdidas económicas; lo que termina impactando negativamente las tasas de donación real y de trasplantes. Además, la Resolución 2481 de 2020 sobre la UPC, no es clara en el tema, es ambigua. La circular No. 022 de 2020 del INS, aclara que la EPS del potencial donante deberá cubrir las 24 horas del mantenimiento de donación a partir del diagnóstico de la muerte encefálica, con lo que se espera que en el 2021 disminuya la cantidad de salidas de protocolo por PCR irreversible antes del diagnóstico formal de la ME. Para lo cual,



la RCORDT6 participó en el curso de actualización en Gestión Operativa de la Donación brindado por el Hospital U. H. Moncaleano P. Al respecto, el HUHMP manifestó la dificultad para facturar según la directriz del INS, al MIPRES los costos del donante no efectivo; por lo que acudió a concepto del MSPS, quien conceptúa que el donante no efectivo a la luz de la norma actual, se factura a la EAPB-EPS del potencial receptor, lo que se puso en conocimiento del INS, para revisión conjunta de conceptos con el MSPS.

La Rcordt6 ha propuesto al MSPS simplificar/ajustar los requisitos para el diagnóstico de ME, sin dar posibilidad a interpretaciones ambiguas, ya que, en muchos casos, el médico tratante no realiza el diagnóstico de ME por trastornos electrolíticos irrelevantes, esperados para la condición de muerte encefálica, o sea, paciente que medicamente ya falleció. Esperando obtener respuesta con la reglamentación de la Ley 1805 de 2016.

| Causas Médicas de salida de Protocolo Glasgow < o = 5 |  |  |                         |  |   |                                     |      |       |
|---|--|--|-------------------------|--|---|-------------------------------------|------|-------|
| AÑO   | EDAD > 80 AÑOS<br>Y/O ATERO<br>ARTERIOSCLERO<br>SIS AVANZADA | ANTECEDNTS.<br>CON<br>PARACLÍN. NO<br>SATISFACT. | SEPSIS<br>NO<br>CONTR.. | ESTADO<br>HEMODIN. Y/O<br>PARACLÍN. NO<br>SATISFACT. | INFECC. VIRAL<br>ACTIVA TRANSMISIB.<br>SIN RECEPTOR (VIH,<br>HB, HC...) | TUMOR<br>MALIGNO O NO<br>ESPECIFIC. | OTRA | Total |
| 2020  | 1  | 5  | 0                       | 1  | 4   | 6                                   | 0    | 17    |
| 2021  | 2  | 4  | 0                       | 1  | 3   | 3                                   | 0    | 13    |

En lo transcurrido del 2021 por causas médicas, se salió del protocolo Glasgow  $\leq 5$  en 13 ocasiones (38,2% de las salidas de protocolo): en la mayoría de los casos (31%) por antecedentes patológicos con paraclínicos no satisfactorios, tumor maligno o no especificado (23%) y la infección viral activa transmisible (COVID-19 y sospecha de rabia humana).

En el 2020 por causas médicas, se salió del protocolo Glasgow  $\leq 5$  en 17 ocasiones (36% de las salidas de protocolo): en la mayoría de los casos (35%) por tumor maligno o no especificado y antecedentes patológicos con paraclínicos no satisfactorios (29%).

#### 4.1.1.4. Causas de muerte encefálica

Acorde a lo conceptuado por el INS y MSPS:

##### Potenciales Donantes y Donantes Elegibles

| Año  | Potenciales Donantes (Posibles donantes con signos clínicos de ME) | Donantes Elegibles (Potencial donante con 2 Dx/valoraciones confirmatorias de ME, en la historia clínica) |
|------|--|---|
| 2020 | 47   | 19  |
| 2021 | 32   | 17  |

En lo transcurrido del 2021 se registraron 32 potenciales donantes con 17 donantes elegibles, en 15 casos (47%) de los potenciales donantes no se diagnosticó la ME. En el 2020 dicho indicador fue del 40%. Los registros continúan evidenciando que persiste un importante porcentaje de no Dx de ME en pacientes con signos clínicos de dicha condición.

### Causas de ME en Donantes Elegibles (Dx de ME en historia clínica):

| Año  | TCE | ECV | Hipoxia-Anoxia Cerebral | Tumor Cerebral | OTRAS | TOTAL |
|------|-----|-----|-------------------------|----------------|-------|-------|
| 2020 | 7   | 7   | 1                       | 4              | 0     | 19    |
| 2021 | 7   | 10  | 0                       | 0              | 0     | 17    |

**Fuente:** Formatos de alertas diligenciados por Médico Coordinador Operativo

En lo transcurrido del 2021 se generaron 17 Donantes Elegibles (33% de las alertas), siendo las principales causas de ME el ECV (59%) y el TCE (41%). En el 2020 se generaron 19 Donantes Elegibles (29% de las alertas), siendo las principales causas de ME el TCE y el ECV (37% cada uno).

### Contraindicación a la Donación en Donantes Elegibles (ME Dx en historia clínica)

| 2020 – Total | 2021    |
|--------------|---------|
| 2 (40%)      | 2 (40%) |

| Causas de Contraindicación a la Donación en Donantes Elegibles (ME diagnosticada) |   |                        |   |   |                 |                         |                          |   |   |
|---|---|------------------------|---|---|-----------------|-------------------------|--------------------------|---|---|
| Año   | EDAD Y/O<br>ATERO -<br>ARTERIOSC.<br>AVANZADA | SEPSIS<br>NO<br>CONTR. | INFECCIÓN VIRAL<br>ACTIVA<br>TRANSMISIB. SIN<br>RECEPT. (VIH,<br>HB, HC...) | ESTADO<br>HEMODIN.<br>y/o<br>PARACLÍN<br>INSATISF | TUMOR<br>MALIG. | ANTECDNT<br>SOCIO / SEX | RESULTADO<br>DE PARACLÍN | LEGAL O<br>NEGATIVA<br>JUDICIAL<br>Pre / Entrev | OTRAS                                   |
| 2020  | 0   | 0                      | 0   | 0   | 4               | 0                       | 0                        | 0   | 1 (Bicitopenia de causa no esclarecida) |
| 2021  | 0   | 0                      | 0   | 0   | 1               | 0                       | 0                        | 0   |   |

**Fuente:** Formatos de alertas diligenciados por Médicos CRUEH y COTx

Excluyendo las contraindicaciones por oposición familiar a la aplicación de la Presunción Legal de la Donación, en lo transcurrido del 2021 se contraindicó 1 donante elegible (el 12,5%) para la Donación de componentes anatómicos, por causa médica (100%). En el 2020 se contraindicaron 5 donantes elegibles (el 26%) para la Donación de componentes anatómicos, por causas médicas (100%).

### Causas de no realización de Entrevista Familiar en Donantes Elegibles

| Año  | PC antes de<br>la entrevista | Contraindic Médica<br>y/o Socio/sexual | Contraindic<br>Legal | No procesam de<br>prueba HTLV | Otra | Total |
|------|------------------------------|--|----------------------|-------------------------------|------|-------|
| 2020 | 0                            | 4                                      | 1                    | 0                             | 0    | 5     |
| 2021 | 0                            | 1                                      | 0                    | 0                             | 0    | 1     |

Se aclara que la entrevista familiar se realiza para solicitar donación en casos de donantes elegibles tanto mayores como menores de edad, debido a la relativamente baja cultura de donación con fines de trasplante en la Regional No.6 RDT.

En lo transcurrido del 2021 en 1 ocasión (12,5%) no se realizó entrevista familiar en donantes elegibles, por contraindicación médica y/o sociosexual (100%).

En el 2020 en 5 ocasiones (26%) no se realizó entrevista familiar en donantes elegibles, por contraindicación médica (80%) y legal (20%).

#### 4.1.1 ACEPTACIÓN Y NEGATIVA FAMILIAR A LA DONACIÓN:

##### 4.1.2.1 Negativa Familiar a la Donación y sus causas:

Teniendo en cuenta:

- El concepto del MSPS, lo contemplado en la Ley 1805 de 2016 y lo conceptuado por la CNRDT-INS en julio de 2017 respecto al reporte estadístico de los donantes y la negativa familiar (ya que la entrevista familiar en potenciales mayores de 18 años no tiene ya el objeto solicitar la donación, dando a entender que la oposición familiar a la PLD se registrará como una contraindicación para el rescate (extracción de componentes anatómicos)),
- Que según el INS, para efectos estadísticos serán válidas las entrevistas familiares para solicitar donación solo en aquellos casos en que se trate de donantes elegibles menores de edad,
- Que según el PDSP del Huila, para el cual, es necesario contar con información estadística que sirva para definir estrategias de promoción de la donación con fines de trasplante,
- Y lo conceptuado al respecto por el Comité Asesor –RCORDT6, SGI-MIPG Gobernación del Huila y Salud Pública SSD Huila debido a la ambigüedad en la interpretación que genera la Ley 1805 de 2016, se realizaron los respectivos ajustes, para cumplir con las necesidades/solicitudes de información tanto del nivel nacional RDT como del nivel regional:

| NEGATIVA FAMILIAR Según Ley 1805 de 2016 y lo conceptuado por el MSPS y el INS al respecto. |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 2020  | 2020                                |
| 2 de los 19 Donantes Elegibles  | 2 de 3 Donantes Elegibles < 18 años |
| <b>10,5%</b>  | <b>66,7 %</b>                       |
|   |                                     |
| 2021  | 2021                                |
| 3 de los 17 Donantes Elegibles  | 3 de 3 Donantes Elegibles < 18 años |
| <b>17,64%</b>   | <b>100 %</b>                        |

| NEGATIVA FAMILIAR COMO TAL, REAL (Para valorar estimativamente la cultura de donación) |                      |                  |
|--|----------------------|------------------|
| 2020   | 2021                 | Meta PDSP a 2021 |
| 13 de 14 entrevistas   | 13 de 16 entrevistas | <45%             |
| <b>92,86 %</b>   | <b>81,25 %</b>       |                  |

Fuente: Formatos de alertas diligenciados por Médico Coordinador Operativo y CRUE Huila

Según lo conceptuado por el MSPS y el INS en lo que respecta a la entrevista familiar y la entrada en vigencia de la Ley 1805 de 2016, la Negativa Familiar a la donación en lo transcurrido del 2021 fue del 17,64%. En lo que respecta específicamente a los menores de edad, se presentó un aumento en 33,3 pts% respecto al 2020 en este indicador.

La Negativa Familiar como tal, como se venía calculando antes de la Ley 1805 de 2016, disminuyó con relación al 2020 al 81,25%, cifra que persiste alta. La meta al 2021 del PDSP: Negativa familiar menor al 45%.

Es de aclarar que, con muestras relativamente pequeñas, es de esperar cambios dramáticos / significativos en los indicadores en el transcurso del 2021, como ocurrió en el 2019 y 2020. Más aún, cuando se trata de indicador tan dinámico y multicausal como lo es la Negativa Familiar / Oposición Familiar a la aplicación de la PLD.

| <b>CAUSAS DE NEGATIVA FAMILIAR</b> (en donantes elegibles menores de edad) <b>y de OPOSICIÓN A LA PRESUNCIÓN LEGAL DE LA DONACIÓN</b> (Contraindicación a la extracción de CA en donantes elegibles mayores de edad) |                               |  |            |                            |                    |                              |                                       |                                      |                                   |       |
|--|-------------------------------|--|------------|----------------------------|--------------------|------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------|
| Año  | RELIGIÓN, IDEAS / CUEST RELIG | PERCEPC DE TRATO INHUM / INCONF CON EL SERV PRST | NEGAT PREV | DUDAS SOBRE LA INTEGR CORP | PERCEP. DE CORRUP. | DUDAS SOBRE LA MUERTE ENCEF. | OPINIONES ENCONTR EN FAMILIA NUMEROSA | NEGAT / OPOSIC. FAMIL. SIN MÁS RAZÓN | PROBLEM. CON EL PERSONAL DE SALUD | TOTAL |
| <b>2020 Total – En menores de 18 años</b>  | 1                             | 0  | 0          | 0                          | 0                  | 1                            | 0                                     | 0                                    | 0                                 | 2     |
| <b>2020 Total – Oposición a la PLD</b>   | 2                             | 0  | 1          | 0                          | 0                  | 2                            | 1                                     | 5                                    | 0                                 | 11    |
| <b>2021 – En &lt; de 18 años.</b>  | 0                             | 0  | 0          | 0                          | 0                  | 0                            | 0                                     | 3                                    | 0                                 | 3     |
| <b>2021 – Oposición a la PLD.</b>  | 0                             | 0  | 0          | 0                          | 1                  | 0                            | 1                                     | 8                                    | 0                                 | 10    |

En lo transcurrido del 2021, de todos los casos de donantes elegibles, los médicos COTx de la Regional No.6 RDT realizaron 16 entrevistas familiares con el ánimo de solicitar la donación / buscar contraindicaciones a la donación y principalmente, para ayudar a los familiares de los fallecidos a entender la situación en la que se encontraba su ser querido.

Durante las entrevistas, independientemente de que se tratara o no de un donante por presunción legal, se evidenciaron 13 casos de Negativa Familiar / Oposición a la aplicación de la PLD: 3 de oposición a la donación en donante elegible menor de edad, y 10 casos en donantes elegibles mayores de edad en los que aplicó la PLD.

En general, las principales causas de la negativa/oposición familiar a la donación/extracción fueron: *Negativa / Oposición Familiar sin más Razón* (84%), *Percepción de corrupción en el sistema de Salud* (8%) e *Ideas encontradas en familia numerosa* (8%).

En el año 2020, las principales causas de la negativa/oposición familiar a la donación/extracción fueron: *Negativa / Oposición Familiar sin más Razón* (38%), *Dudas sobre la ME* (23%) y *Religión/Ideas Religiosas* (23%).

Consideramos de suma importancia la definición de lineamientos nacionales, que le sirvan 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 de promoción de la 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 muy baja, incluso inferior a la de España, que no ameritaría / soportaría desde lo administrativo la priorización y fortalecimiento de las actividades de promoción en el PIC de los Entes Territoriales, para dar cumplimiento a lo contemplado en la misma Ley 1805 de 2016. La realidad en la práctica, indicaría que se debe seguir trabajando y fortaleciendo las actividades de promoción de la Donación con fines de trasplante, al menos, en la Regional No.6 RDT. Sin desconocer, que la crisis en el Servicio de Salud y las ideas sobre corrupción en el manejo de la Salud también serían un factor que desencadena causas de negativa familiar a la donación y/u oposición familiar a la PLD.

#### 4.1.2.2 Comportamiento de la Negativa Familiar:

| NEGATIVA FAMILIAR  | VARIACIÓN INTERANUAL     | AÑO          |
|--|--------------------------|--------------|
| 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         |
| 3,6 % (General)<br>33,3 % (Menores de Edad)<br>50 % (Real, Como tal)     | -48,4<br>- 18,7<br>- 2,0 | 2017         |
| 3,22 % (General)<br>50 % (Menores de Edad)<br>51,61 % (Real, Como tal)   |                          | 2018         |
| 7,69 % (General)<br>50 % (Menores de Edad)<br>54,28 % (Real, Como tal)   | 4,45<br>0<br>2,67        | 2019         |
| 10,5 % (General)<br>66,7 % (Menores de Edad)<br>92,86 % (Real, Como tal) | 2,8<br>16,67<br>38,58    | 2020         |
| 17,64 % (General)<br>100 % (Menores de Edad)<br>81,25 % (Real, Como tal) |                          | 2021 - Junio |

En la Regional No.6 la Negativa Familiar general en lo transcurrido del 2021 fue de 25%, con un aumento de 14,5 pts% respecto al 2020. Por su parte, la Negativa Familiar que aplica para los menores de edad aumentó en 33,33 pts%, con 2 negativas en 2 entrevistas realizadas.

El cambio dramático en la Negativa Familiar se debe a la Ley 1805 de 2016, ya que la solicitud de donación a los representantes legales solo aplica para potenciales donantes menores de 18 años, y la oposición a la aplicación de la PLD en donantes elegibles mayores de edad, pasó a interpretarse por el MSPS y el INS como una contraindicación a la extracción de componentes anatómicos (CA) en donantes logrados por PLD. A lo que se suma, el pequeño tamaño de la muestra, que no tiene significación estadística; por lo que se decidió para el PSS del nuevo Gobierno departamental eliminar dicho indicador.

La Meta propuesta a 2021 en el Plan Decenal de Desarrollo de SP es lograr una Negativa Familiar a la Donación  $\leq$  al 45%, acorde a la Negativa Familiar Real como tal, la cual, en el 2020 fue de 92,86%, cifra más aterrizada a la realidad en la Regional No.6 RDT (Según Ley 1805 de 2016 es de 25%, meta que estaría cumplida, con solo dos aceptaciones a la donación de siete solicitudes hechas).

#### 4.1.2.3 Donantes Logrados y Mecanismos de Donación (Ley 1805 de 2016):

| Año  | TOTAL | Un órgano | Multiorgánico | Totipotencial |
|------|-------|-----------|---------------|---------------|
| 2020 | 15    | 0         | 0             | 15            |
| 2021 | 6     | 0         | 0             | 6             |

| Año  | TOTAL | Carné | Entrevista Familiar | Presunción Legal |
|------|-------|-------|---------------------|------------------|
| 2020 | 15    | 0     | 1                   | 14               |
| 2021 | 14    | 0     | 3                   | 11               |

En lo transcurrido del 2021 se han logrado 14 donantes: Uno de ellos sólo de riñones y el resto totipotenciales, 12 de ellos contraindicados para la extracción de los CA (10 por oposición familiar a la aplicación de la PLD y 2 por causa médica (tumor Cerebral No Especificado y Sospecha alta de COVID-19)). Se realizaron 13 Entr/Fam no válidas para fines estadísticos según Ley 1805 de 2016 (es válida como mecanismo de donación solo en los casos de menores de edad). Se realizaron 3 entrevistas válidas (solicitud en caso de menor de edad). En el 2020 se lograron 15 donantes: Todos totipotenciales, y todos, contraindicados para la extracción de los CA (11 por oposición familiar a la aplicación de la PLD y 4 por causa médica).

#### 4.1.2.4 Tasas de Donación:

A- **Donación Lograda** (por cualquiera de los mecanismos vigentes)

| Tasa de Donación Lograda - Regional 6<br>(Donantes por millón de habitantes: dpmh) |                 |                          | Población Huila –<br>Proyección DANE |
|--|-----------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 2020   | 12,24 ( 15 Dts) | 0,81 ( 1 Dnt) : Como tal | 1.211.163                            |
| 2021   | 12,36 ( 14 Dts) | 2,65 ( 3 Dnt) : Como tal | 1.131.934                            |

En lo transcurrido del 2021, la **Tasa de Donación Lograda** (según Ley 1805 de 2016) para la Regional No.6 RDT fue de **12,36** dpmh. La **Tasa de Donación Lograda** como tal, producto de entrevistas familiares en casos de menores y mayores de edad, sin negativa u oposición familiar a la aplicación de la Presunción Legal de la Donación fue de **2,65** dpmh, Tasa que antes se llamaba de donación efectiva, término que el INS ya no lo utiliza en el reporte nacional. La Rcordt6 seguirá teniendo en cuenta la Tasa de Donación Lograda para efectos de medir de manera indirecta/estimativa la Cultura de Donación; así como el impacto de las actividades de Promoción realizadas por los distintos actores de la Regional 6 RDT, sin desconocer, que sobre la decisión familiar a la donación también influye de cualquier manera la Calidad del Servicio de Salud, prestado en el proceso de atención a la persona que ha fallecido, entre otros factores/causas.

Según Plan Sectorial SP y el Plan Decenal de Salud Pública, la meta estimada para el año 2021 es de 18,36 dpmh (donantes por millón de habitantes), acatando la meta contemplada en el Plan Nacional Decenal de Salud Pública 2012-2021, adoptado mediante Resolución No. 1841 de 2013 del MSPS.

#### 4.1.2.4 Donantes Logrados no rescatados:

| 2020- Total | 2021 |
|-------------|------|
| 15          | 12   |

En lo transcurrido del 2021 se contraindicaron para la extracción 12 donantes logrados: 10 por Oposición Familiar a la aplicación de la PLD, 2 casos por causa médica (Tumor maligno/no especificado (1) y por sospecha alta de COVID-19 (1)). En el 2020, se contraindicaron para la extracción 15 donantes logrados: 11 por Oposición Familiar a la aplicación de la PLD, y 4 casos por causa médica (Tumor maligno/no especificado (2), COVID-19 (1) y Bicitopenia de causa no conocida).

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

##### 4.1.3.1 Donantes reales

| DONANTES RESCATADOS (Reales) |               |               |       |           |               |               |       |
|------------------------------|---------------|---------------|-------|-----------|---------------|---------------|-------|
| 2020                         |               |               |       | 2021      |               |               |       |
| UN ÓRGANO                    | MULTIORGÁNICO | TOTIPOTENCIAL | TOTAL | UN ÓRGANO | MULTIORGÁNICO | TOTIPOTENCIAL | TOTAL |
| 0                            | 0             | 0             | 0     | 0         | 1             | 1             | 2     |

En el 2021 se generaron dos (2) donantes reales, uno de riñón y córneas, otro de solo riñones.

##### Porcentaje de Donantes Reales

| Año  | RESCATADOS | LOGRADOS | Porcentaje de Donantes Reales |
|------|------------|----------|-------------------------------|
| 2020 | 0          | 15       | 0%                            |
| 2021 | 2          | 14       | 14,28%                        |

En lo transcurrido del 2021 el % de Donantes Reales fue del 14,28% (se contraindicaron para el rescate 12 donantes logrados según Ley 1805 de 2016). En el 2020 el % de Donantes Reales fue del 0% (se contraindicaron los 15 donantes logrados según Ley 1805 de 2016)

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

| Tasa de Donación Real – Regional<br>(Donantes reales por millón de habitantes: drpmh) |                | Población Huila –<br>Proyección DANE |
|---|----------------|--------------------------------------|
| 2020  | 0 (0 Dts R)    | 1.225.343                            |
| 2021  | 1,76 (2 Dts R) | 1.131.934                            |

En lo transcurrido del 2021 la tasa de donación real fue de 1,76 drpmh, una disminución que se explica por el alto % de negativa familiar / oposición a la aplicación de la PLD y la disminución de los donantes elegibles (Dos Dx de ME en la historia clínica). Promedio Nacional año 2019 de la Tasa de Donación Real: 8,4 drpmh (Pendiente reporte del INS para el año 2020).

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

| Órganos Generados (Rescatados) |       |        |         |        |           |       |
|--------------------------------|-------|--------|---------|--------|-----------|-------|
| Año                            | Riñón | Hígado | Corazón | Pulmón | Pánc reas | Total |
| 2020                           | 0     | 0      | 0       | 0      | 0         | 0     |
| 2021                           | 4     | 0      | 0       | 0      | 0         | 4     |

| Tejidos Generados (Rescatados) |         |                         |              |
|--------------------------------|---------|-------------------------|--------------|
| Año                            | Córneas | Botón esclero - corneal | Globo Ocular |
| 2020                           | 0       | 152                     | 4            |
| 2021                           | 0       | 143                     | 2            |

| Riñón |            |          |           |               |             |
|-------|------------|----------|-----------|---------------|-------------|
| Año   | Rescatados | Enviados | Recibidos | Trasplantados | Descartados |
| 2020  | 0          | 0        | 0         | 0             | 0           |
| 2021  | 4          | 0        | 0         | 2             | 2           |

En lo transcurrido del 2021:

- Se rescataron 4 riñones en la Regional No. 6 RDT.
- Se rescataron 2 globos oculares y 143 botones esclero-corneales por Bantejido
- No se realizaron trasplantes renales.
- Se descartaron 2 riñones rescatados (Receptores con PCR positiva para COVID-19)

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

| Año  | RESCATADOS | UTILIZADOS | Porcentaje de Donantes Utilizados |
|------|------------|------------|-----------------------------------|
| 2020 | 0          | 0          | NA%                               |
| 2021 | 2          | 1          | 50%                               |

En lo transcurrido del 2021 se generó un donante utilizado.

#### 4.1.3.4 Razón de rescate y trasplantes.

| Indicador 2021       | Órganos rescatados: 4<br>Trasplantes: 2 | Donantes reales |
|----------------------|---|-----------------|
| Razón de rescate     | 2                                       | 2               |
| Razón de Trasplantes | 1                                       |                 |

En lo transcurrido del 2021 la Razón de rescate fue de 2 y la Razón de Tx fue de 1 por cada donante real. En el 2020 no se generaron donantes reales.

## 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 | 2012 | 2014 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 Jun |  |
| No.  | 36   | 34   | 35   | 56   | 50   | 37   | 36   | 37   | 32       |  |

A junio 30 se cuenta con 32 pacientes en lista de espera para Tx renal, con una disminución del 13,5% respecto al 2020, que terminó con 37 pacientes enlistados.

Desactivación – Inactivación – Salida permanente de la lista de espera para Tx de Riñón

| Año  | Trasplante | Fallece | Médica | Voluntaria | Administrat EPS | Administrat IPS | Administrat IPS-EPS | Otras |
|------|------------|---------|--------|------------|-----------------|-----------------|---------------------|-------|
| 2020 | 0          | 8       | 0      | 0          | 3               | 0               | 2                   | 0     |
| 2021 | 2          | 4       | 0      | 0          | 0               | 0               | 0                   | 0     |



En lo transcurrido del 2021, por causas distintas al trasplante, el Hospital Moncaleano desactivó / inactivó 4 pacientes de la lista de espera: Todos por fallecimiento. En el 2020, el HUHMP desactivó/inactivó 13 pacientes: 8 por fallecimiento y 5 por causas administrativas.

#### MORTALIDAD EN LISTA DE ESPERA

| Mortalidad en Lista de Espera para Tx renal | Total 2020 | 2021    |
|---|------------|---------|
|   | 8 de 50    | 4 de 38 |

En lo transcurrido del 2021 han fallecido 4 pacientes en lista de espera para Tx renal, 10,5% de los 38 pacientes activados por el Hospital Moncaleano. En el 2020 fallecieron 7 pacientes en lista de espera para Tx renal, 16% de los 50 pacientes activados por el Hospital Moncaleano. La ausencia de trasplantes y la misma COVID-19, impactaron negativamente sobre la mortalidad en la lista de espera.

#### 4.2.1.2 Lista de Espera para Tx de córnea

| Pacientes en lista de espera para Tx de córnea |      |      |      |      |      |      |      |           |  |
|--|------|------|------|------|------|------|------|-----------|--|
| Año  | 2012 | 2014 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021- Jun |  |
| No.  | 44   | 80   | 100  | 105  | 97   | 79   | 4    | 0         |  |

Junio de 2021 terminó sin pacientes activos (Inscritos) en lista de espera para Tx de córnea, con una disminución del 100% respecto al 2020. El 2020 terminó con 4 pacientes activos en lista de espera para Tx de córnea.

La disminución es debida al aumento en los trasplantes, situación pandémica por COVID-19 y la inactivación de pacientes por causas administrativas.

#### Desactivación / Inactivación - Lista de espera para Tx de córnea

| Año        | Trasplante | Fallece | Médica | Voluntaria | Administ IPS | Administ IPS-EPS | Otras | Total |
|------------|------------|---------|--------|------------|--------------|------------------|-------|-------|
| Total 2020 | 60         | 1       | 11     | 2          | 2            | 31               | 1     | 48    |
| 2021       | 12         | 0       | 2      | 2          | 0            | 0                | 1     | 5     |

El 30 de junio del 2021 acorde a los registros en RedDataINS, por causa distinta al trasplante, están inactivos 5 pacientes de la lista de espera para Tx de córnea: 2 Por cuestión médica, 2 por voluntad del paciente, de no querer trasplantarse, y 1 por otras causas (Pendiente laboratorios y valoración pre anestésica). En el 2020 por causa distinta al trasplante, se inactivaron 48 pacientes de la lista de espera para Tx de córnea: 2 Por cuestiones administrativas IPS (error en la digitación), 31 (65%) por cuestiones administrativas EPS-IPS (No renovación de la autorización), 11 por causa médica, 2 voluntarias, y 1 por otras causas (El paciente refiere a la IPS Tx que ya fue operado en Bogotá).

#### 4.2.1.3 Comportamiento de la Enfermedad Renal Crónica, Morbimortalidad

Según los registros del MSPS, con información suministrada por las EAPB-EPS, el año 2019 según la Cuenta de Alto Costo, el Huila cerró con 14.665 casos con ERC en estadios 1 a 4. Para ERC en estadio 5 cerró con 1039 casos, en terapia de remplazo renal. No se cuenta con información a la fecha, del 2020.

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

| Año:         | 2010 | 2012 | 2014 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021<br>Jun |  |  |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------|--|--|
| Tx renal     | 37   | 27   | 26   | 22   | 19   | 27   | 29   | 0    | 2           |  |  |
| Tx de córnea | 38   | 27   | 37   | 12   | 19   | 35   | 38   | 60   | 22          |  |  |
| Tx de Escl   |      |      |      | 1    | 1    | 2    | 0    | 2    | 0           |  |  |

En lo transcurrido del 2021 se han realizado dos (2) trasplantes renales y 22 trasplantes de córnea. No se han realizado trasplantes de esclera.

##### 4.2.2.1. Trasplantes de órganos

| Tx de Riñón – 2020 | Tx de Riñón – 2021 |
|--------------------|--------------------|
| 0                  | 2                  |

En lo transcurrido del 2021 se han realizado 2 Tx renales. 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 – 2020 |               | Tx de Riñón – 2021 |               |
|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| Donante Vivo       | Donante Cadav | Donante Vivo       | Donante Cadav |
| 0                  | 0             | 0                  | 2             |
| 0                  |               | 2                  |               |

En lo transcurrido del 2021 el Hospital Moncaleano ha realizado 2 Tx renales de donante fallecido.

##### 4.2.2.3. Trasplantes realizados a extranjeros no residentes.

| Tx de Riñón – 2020 |               | Tx de Riñón – 2021 |               |
|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| Donante Vivo       | Donante Cadav | Donante Vivo       | Donante Cadav |
| 0                  | 0             | 0                  | 0             |
| 0                  |               | 0                  |               |

En los 14 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

| Total Tx Renales con Don. Cadav. | Género |   | IPS Tx                    | Grupo Sang |   |   |    |
|----------------------------------|--------|---|---------------------------|------------|---|---|----|
|                                  | M      | F | Hospital U. H. Moncaleano | O          | A | B | AB |
| 0                                | 0      | 0 | 0                         | 0          | 2 | 0 | 0  |

| Total Tx Renales | EPS       |             |              |         |        |       |                 |      |                        |          |             |           |                                     |                      |
|------------------|-----------|-------------|--------------|---------|--------|-------|-----------------|------|------------------------|----------|-------------|-----------|-------------------------------------|----------------------|
|                  | Ecopetrol | Comfamiliar | Pijaos Salud | Medimás | UNIMAP | Famac | Sanidad Militar | Otra | Magisterio / Emcosalud | Comparta | Asmet Salud | Nueva EPS | Asociación Indígena del Cauca - AIC | Vinculado (no tiene) |
| <b>0</b>         | 0         | 0           | 0            | 0       | 0      | 0     | 0               | 0    | 0                      | 0        | 0           | 1         | 1                                   | 0                    |

#### 4.2.3.2 Tasa de Trasplante de órganos

| Tasa de Trasplantes - Regional<br>(Trasplantes por millón de habitantes: tpmh) |                    | Población Huila –<br>Proyección DANE |
|--|--------------------|--------------------------------------|
| 2020   | <b>0</b> (0 Tx)    | 1.225.343                            |
| <b>2020</b>  | <b>1,76</b> (2 Tx) | 1.131.934                            |

La tasa de Tx de órganos a junio 30 de 2021 fue de 1,76 tpmh. En el 2020 no se realizaron trasplantes.

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

| Año         | Total días en<br>Lista de<br>Espera | Menor tiempo<br>en L-Espera<br>(días) | Mayor tiempo<br>en L-Espera | Tiempo promedio en lista de<br>espera para Tx renal (días) |
|-------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--|
| 2020        | NA                                  | NA                                    | NA                          | NA   |
| <b>2021</b> | <b>417</b>                          | <b>2</b>                              | <b>415</b>                  | <b>208</b>   |

En lo transcurrido del 2021 el promedio de estancia en lista de espera fue de 208 días para el Tx renal. No se realizaron trasplantes en el 2020.

#### 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 2020, con 346 injertos renales trasplantados de donante cadavérico, y dos con donante vivo. Uno de los trasplantes con donante cadavérico fue dual (doble) y 7 retrasplantados. Total pacientes trasplantados con donante cadavérico: 345.

Gentilmente recomendamos al INS contemplar en el informe anual del INS los indicadores de seguimiento a riesgos en Tx renal, al menos, un consolidado general en base a la información de las IPS trasplantadoras que cumplan con dicho reporte. Y consideramos de gran importancia para los casos de pérdida de la función del injerto, especificar más algunas de las 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 de los trasplantados 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 para el planteamiento de nuevas normas o modificación / ajuste de las ya existentes.

## 1. SOBREVIDA INJERTO Y RECEPTOR

Desde el 2007 hasta el 31 de diciembre de 2020 se han realizado 346 trasplantes renales con donante cadavérico y dos con donante vivo.

Respecto a la mortalidad del receptor y pérdida del injerto, en el programa de trasplante renal se han presentado 67 (19%) muertes y 91 (26,3%) pérdidas del injerto (91 de donante cadavérico y 2 donante vivo). Cuatro del total de las muertes de receptor y 10 pérdidas de injerto ocurrieron en el año 2020. (Tabla 1)

Durante el año 2020, NO se realizaron trasplantes de donante cadavérico por la emergencia sanitaria por Covid-19.

**Tabla 1. Relación de cohorte acumulada desde el año 2007 – 2020 y cohorte actual de pacientes del programa trasplante renal Hospital Univ. Hernando Moncaleano Perdomo**

|                          | Cohorte acumulada 2007a 2020   |                                 |
|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
|                          | Receptor de donante Cadaverico | Receptor de Donante Vivo N° (2) |
| Perdidas de injerto N(%) | 91(26.3%)                      | 2(100)                          |
| Injerto Dual             | 1                              |                                 |
| Muertes N (%)            | 67 (19%)                       |                                 |
| Retrasplantes            | 7                              |                                 |

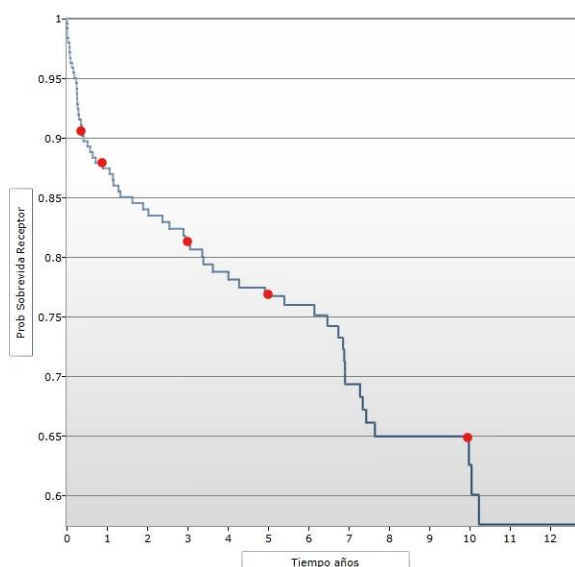
No se calculó la sobrevida del injerto y del receptor para el 2020 debido a que no se realizaron trasplantes, no aplica. Por lo anterior, se conservan los datos calculados para el 2019.

De igual manera, el Hospital U.H. Moncaleano P, aclara que en algunos de los indicadores que se expondrán a continuación diferentes a la sobrevida, el cálculo de la incidencia no fue posible porque el denominador es el número de trasplantes realizados en el 2020, que en esta IPS fue de cero, aspecto que también tiene un impacto negativo importante en el cálculo de las prevalencias, porque el número de casos de complicaciones, rechazos y/o pérdidas de injerto ocurridos en el 2020 se dividen entre el denominador que es el acumulado de los trasplantes en la cohorte de 2007-2019.

### **Sobrevida del receptor con Donante Cadavérico**

De acuerdo con la cohorte de pacientes que recibieron riñón de donante cadavérico, La sobrevida acumulada del receptor durante todo el programa (2007 – 2019) fue de 91% a los 6 meses, 88% al primer año, 82% al tercer año, 77% al quinto y 65% al décimo año. (Gráfica 1)

**Gráfica 1. Sobrevida acumulada del receptor en el programa de trasplante renal Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo desde año 2007 a 2019**



*Fuente. Base de datos Unidad de trasplante renal. Sobrevida Kaplan Meier Epi-info 7.*

Durante el año 2019 ocurrieron cuatro muertes, las causas fueron; Choque hipovolémico secundario a hemoperitoneo por biopsia de injerto renal, Sepsis más desnutrición, Infarto agudo de miocardio y parada cardíaca. Esta última muerte, ocurrió en un paciente que fue trasplantado en el año 2019 y falleció a los 22 días postrasplante.

Al comparar los resultados de sobrevida del receptor del año 2019 con los del año 2018, se observa que hay una disminución del indicador. Esto puede corresponder a que la cohorte de pacientes trasplantados ha presentado pérdidas en el seguimiento de pacientes producto de salidas a otros programas de trasplantes a nivel nacional (N= 36 pacientes). (Tabla 2)

**Tabla 2. Comparativo sobrevida receptor corte 2018 y 2019 en la cohorte de pacientes trasplantados UTR Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo**

| Donante    | Sobrevida receptor acumulada 2007 - 2018 (317 pacientes trasplantados) |        |        |        |         |               |
|------------|--|--------|--------|--------|---------|---------------|
|            | 6 meses  | 1 años | 3 años | 5 años | 10 años | 11 y más años |
| Cadaverico |  | 90%    | 87%    | 85%    | 67%     | 63%           |
| Donante    | Sobrevida receptor hasta el año 2019 (309 pacientes)                   |        |        |        |         |               |
|            | 6 meses  | 1 años | 3 años | 5 años | 10 años | 11 y más años |
| Cadaverico | 91%  | 88%    | 82%    | 77%    | 65%     | ::            |

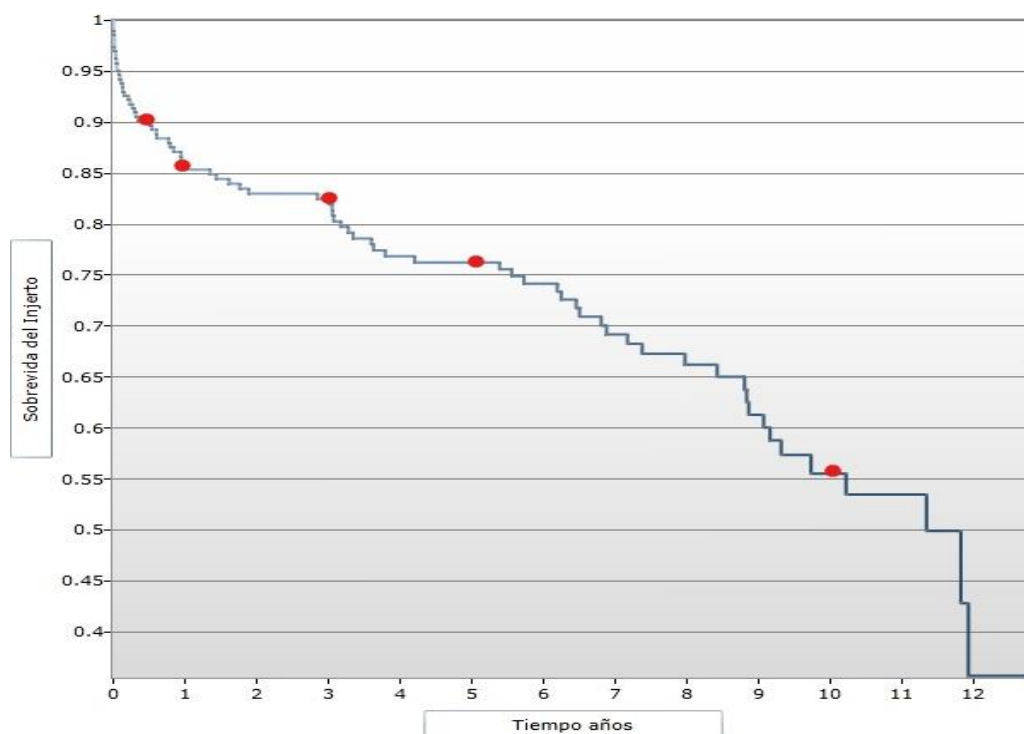
*Fuente. Base de datos Unidad de trasplante renal.*

### **Sobrevida del injerto con Donante Cadavérico**

La sobrevida acumulada del programa (2007–2019) cohorte de pacientes fue del 90% a los 6 meses, 86% al primer año, 83% a los 3 años, 76% a los cinco años y del 56% a los 10 años. (Gráf. 2)

Respecto a los informes de años anteriores, las causas más frecuentes de la pérdida de la función del injerto fue la Nefropatía Crónica del Injerto (28%), el Rechazo Inmunológico (21.8%), seguido de la Infección (17%) y la Complicación Quirúrgica (15.6%).

**Gráfica 2. Sobrevida acumulada del injerto en el programa de trasplante renal Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo desde año 2007 a 2019**



*Fuente. Base de datos Unidad de trasplante renal. Sobrevida Kaplan Meier Epi-info 7.*

Al comparar los resultados de sobrevida del injerto del año 2019 con los del año 2018, se observa que hay una disminución del indicador. Al igual que las sobrevidas del receptor, la sobrevida del injerto se ve afectada por las pérdidas en el seguimiento de pacientes producto de salidas a otros programas de trasplantes a nivel nacional (N= 36 pacientes). (Tabla 2)

**Tabla 2. Comparativo sobrevida injerto corte 2018 y 2019 en la cohorte de pacientes trasplantados UTR Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo**

| Donante    | <i>Sobrevida injerto acumulada 2007 - 2018 (317 pacientes trasplantados)</i> |        |        |        |         |               |
|------------|--|--------|--------|--------|---------|---------------|
|            | 6 meses  | 1 años | 3 años | 5 años | 10 años | 11 y más años |
| Cadaverico |  | 89%    | 86%    | 84%    | 69%     | ::            |
| Donante    | <i>Sobrevida injerto acumulada hasta el año 2019 (309 pacientes)</i>         |        |        |        |         |               |
|            | 6 meses  | 1 años | 3 años | 5 años | 10 años | 11 y más años |
| Cadaverico | 90%  | 86%    | 83%    | 76%    | 56%     | ::            |

*Fuente. Base de datos Unidad de trasplante renal.*

## 2. CAUSA DE PÉRDIDA DE LA FUNCION DEL INJERTO RENAL.

Analizando el indicador de pérdida de la funcionalidad del injerto en pacientes trasplantados en el HUHMP en la cohorte 2007-2020, se obtuvo una prevalencia de 23,16%, de los pacientes trasplantados en este mismo periodo, el 41,7 % presentó la pérdida de la funcionalidad en el 1er año postrasplante. Es importante resaltar que para el año 2020 se presentaron 10 pérdidas de la función del injerto, de estas, ninguna ocurrió durante el primer año del trasplante (Ver tabla 2.1 y 2.2).

Tabla.2.1. Principales causas de la pérdida de la función del injerto renal en año 2020.

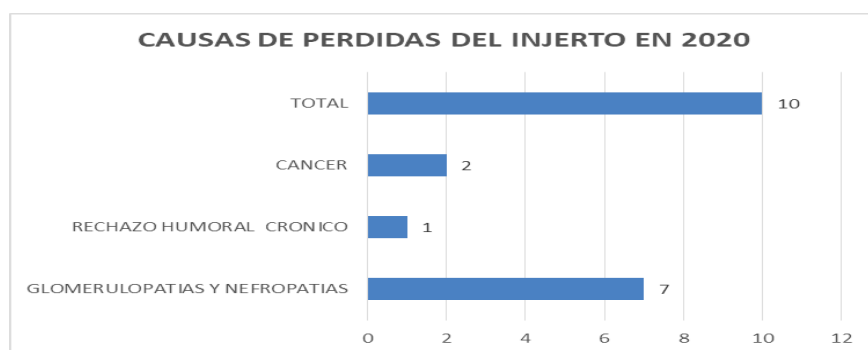


Tabla 2.2. Causa de la pérdida de la función del injerto renal cohorte 2007-2019 en el 1er año postrasplante.

| CAUSA DE LA PÉRDIDA EN EL 1er AÑO POSTRASPLANTE | No. PÉRDIDAS |
|---|--------------|
| RECHAZO   | 7            |
| INFECCION                                       | 8            |
| COMPLICACION QX                                 | 1            |
| NTA   | 1            |
| NCI   | 2            |
| OTRAS   | 9            |
| <b>TOTAL</b>                                    | <b>38</b>    |

No aplica para el año 2020, no se realizaron trasplantes

## 2.1 PACIENTES TRASPLANTADOS FALLECIDOS COHORTE 2007-2020

Retomando el indicador de pacientes fallecidos en el HUHMP con trasplante renal en la cohorte 2007-2020 se obtiene que la tasa de mortalidad es del 19,4% en 14 años con 67 pacientes fallecidos de un total de 345 pacientes trasplantados, sin embargo, se debe tener en cuenta que el 82,08% fallecieron con un injerto funcional y el 17,92% fallecieron con un injerto renal no funcional. (ver tabla 2.1.1).

Tabla 2.1.1 Funcionalidad del injerto renal al momento del deceso.

| ESTADO DEL INJERTO         | NÚMERO DE TRASPLANTADOS FALLECIDOS A 2020 |
|----------------------------|---|
| CON INJERTO FUNCIONANTE    | 55  |
| CON INJERTO NO FUNCIONANTE | 12  |
| <b>TOTAL</b>               | <b>67</b>                                 |

### 3. INFECCIONES OPORTUNISTAS EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS

Dentro de la complicación de tipo infecciones oportunistas que se presentaron en los pacientes con trasplante renal de hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante la cohorte 2007-2020, se presentó una prevalencia de 14,78 % con 51 eventos ocurridos en 345 pacientes trasplantados. Para el año 2020 no aplica calcular la incidencia de las infecciones oportunistas, debido a que no se realizaron trasplantes, pero es de aclarar que ocurrieron 3 eventos asociados a infecciones. Dentro de las infecciones oportunistas que presentaron los trasplantados, fueron tuberculosis pulmonar, citomegalovirus y poliomavirus. El porcentaje de infecciones que se presentaron en los trasplantados para el año 2020 fue la Tuberculosis con 33,3 %, infecciones por Citomegalovirus con 33,3% y poliomavirus de 33.3%. (ver tabla 3.1, 3.2).

Tabla 3.1 Prevalencia de infecciones oportunistas.

|  |     |                       |
|--|-----|-----------------------|
| NUMERO DE COMPLICACIONES<br>POR INFECCIONES<br>OPORTUNISTAS  | 51  | PREVALENCIA<br>14.78% |
| NUMERO TOTAL DE PACIENTES<br>CON TRASPLANTE EN LA<br>COHORTE | 345 |                       |

Tabla 3.2 Descripción de tipo de infecciones oportunistas en paciente trasplantado.

| INFECCIONES OPORTUNISTAS EN<br>2020 | NÚMERO |
|-------------------------------------|--------|
| TBC PULMONAR                        | 1      |
| CITOMAGALOVIRUS                     | 1      |
| POLIOMAVIRUS                        | 1      |
| TOTAL                               | 3      |

### 4. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS VASCULARES.

Dentro de las complicaciones quirúrgicas vasculares en la cohorte de trasplante renal del hospital Moncaleano (HUHMP) tenemos que la prevalencia durante los 14 años (2007 al 2020) fue de un 11,30% con 39 eventos ocurridos a lo largo de la cohorte en 345 pacientes trasplantados; durante el 2020 no se presentaron complicaciones quirúrgicas vasculares, no fue posible realizar trasplantes debido a la situación sanitaria generada por la pandemia Covid-19. Por este motivo no se refleja en este informe la incidencia.



Tabla 4.1. Prevalencia de las complicaciones quirúrgicas vasculares de la cohorte de los pacientes con trasplante renal

|   |            |                               |
|---|------------|-------------------------------|
| <b>NUMERO DE COMPLICACIONES QX VACULARES EN LA COHORTE</b>    | <b>39</b>  | <b>PREVALENCIA<br/>11,30%</b> |
| <b>NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON TRASPLANTE EN LA COHORTE</b> | <b>345</b> |                               |

## 5. COMPLICACIONES DE TIPO QUIRURGICA DE LA HERIDA

Al analizar los indicadores, tenemos que dentro de las complicaciones de la Herida en la cohorte de trasplante renal del hospital Moncaleano, encontramos que la prevalencia durante los 14 años (2007 al 2020) fue de un 4,05%, con 14 eventos ocurridos a lo largo de la cohorte en 345 pacientes trasplantados. En el 2020 el hospital Moncaleano no realizó trasplantes, no aplica calcular incidencia.

Tabla 5.1. Prevalencia de las complicaciones de tipo quirúrgicas de la herida.

|  |            |                              |
|--|------------|------------------------------|
| <b>NUMERO DE COMPLICACIONES DE LA HERIDA QUIRURGICA DE PACIENTES TRASPLANTADOS EN LA COHORTE</b> | <b>14</b>  | <b>PREVALENCIA<br/>4,05%</b> |
| <b>NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON TRASPLANTE EN LA COHORTE</b>                                    | <b>345</b> |                              |

## 6. COMPLICACIONES QUIRURGICAS UROLÓGICAS

Dentro de las complicaciones quirúrgicas urológicas en la cohorte de trasplante renal del hospital Moncaleano la prevalencia durante los 14 años (2007 al 2020) fue de un 7,82%, con 27 eventos ocurridos a lo largo de la cohorte en 345 pacientes trasplantados; dentro de las posibles complicaciones se observaron casos como hematuria macroscópica, Urinoma, fístula urinaria, urolitiasis, estenosis uretral, necrosis del uréter. Para el año 2020 se presentó un caso de interés: Dilatación pielocalicial e hidronefrosis en un injerto renal, no trasplantado en el 2020, por lo que no aplica calcular la incidencia (ver tabla).

Tabla 6.1. Prevalencia de las complicaciones quirúrgicas urológicas de la cohorte de los pacientes con trasplante renal.

|  |     |                              |
|--|-----|------------------------------|
| Número de pacientes con trasplante renal que presentaron alguna complicación urológica en la cohorte | 27  | <b>PREVALENCIA<br/>7.82%</b> |
| Total de pacientes trasplantados en la cohorte   | 345 |                              |

## 7. CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA.

Dentro de la cohorte de 14 años de pacientes trasplantados (2007 al 2020) en el HUHMP se contó con una prevalencia del 1.1% con 4 eventos de interés ocurridos en los años 2011, 2012, 2014 y 2020; no obstante, el indicador se ajustó en el denominador, donde se restaron las defunciones totales ocurridas de la cohorte obteniendo una prevalencia del 1,4%.

Para el año 2020 se presentó un caso de Adenocarcinoma Basocelular, obteniendo un indicador de 0.4%, el indicador se ajustó en el denominador restando las defunciones totales ocurridas durante la cohorte al total de pacientes trasplantados. El resultado del indicador cumple la meta para este año. (ver tabla 7.1).

Tabla 7.1. Descripción de eventos de Cáncer de piel no Melanoma por años.

| INCIDENCIA ACUMULADA DE CANCER DE PIEL (NO MELANOMA)   | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | PREVALENCIA | INDICADOR AJUSTADO |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------|--------------------|
| Numero de pacientes con trasplante que presentan cancer de piel no melanoma, en un periodo determinado   | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 4           | 4                  |
| Numero de pacientes con trasplante en el mismo periodo, que no presentaron cancer al inicio del periodo. | 1    | 18   | 45   | 71   | 106  | 131  | 150  | 175  | 192  | 208  | 235  | 250  | 282  | 278  | 345         | 278                |
| INCIDENCIA POR AÑO   | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,9  | 0,8  | 0,0  | 0,6  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,4  | 1.1         | 1,4                |

## 8. CÁNCER DE ÓRGANO SÓLIDO INCLUIDO MELANOMA.

Dentro de la cohorte de 14 años de pacientes trasplantados (2007 al 2020) en el HUHMP se contó con una prevalencia del 1,15% con 4 eventos de interés ocurridos en los años 2011, 2012, 2014 y 2019; para el 2020 no se presentó ningún caso de interés. No obstante, el indicador se ajustó en el denominador, donde se restaron las defunciones totales ocurridas de la cohorte obteniendo un leve incremento con un 0,35% en la incidencia. (ver tabla 8.1, 8.2 A y B)



**GOBERNACIÓN DEL HUILA**  
Secretaría de Salud

Tabla 8.1. Descripción de la prevalencia de Cáncer de órgano solido incluido Melanoma en la cohorte.

|   |     |                                    |
|---|-----|------------------------------------|
| PACIENTES TRASPLANTADOS QUE PRESENTA CANCER DE ORGANOSOLIDO INCLUIDO      | 4   |                                    |
| NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL, TRASPLANTADOS EN EL MISMO | 345 |                                    |
|   |     | <b>PREVALENCIA</b><br><b>1,15%</b> |

Tabla 8.2.A. Incidencia de Cáncer de órgano solido incluido melanoma para el 2019.

|  |     |                      |
|--|-----|----------------------|
| PACIENTES TRASPLANTADOS QUE PRESENTAN CANCER DE ORGANO SOLIDO INCLUIDO MELANOMA EN EL 2020 | 0   | <b>INCIDENCIA 0%</b> |
| NUMERO TOTAL DE PACIENTES TRASPLANTADOS EN LA COHORTE                                      | 345 |                      |

Tabla 8.2.B. Indicador de Cáncer de órgano solido incluido melanoma para el 2020 ajustado a las muertes totales ocurridas en la cohorte.

|  | INDICADOR AJUSTADO |                                |
|--|--------------------|--------------------------------|
| PACIENTES TRASPLANTADOS QUE PRESENTAN CANCER DE ORGANO SOLIDO INCLUIDO MELANOMA EN EL 2020 | 0                  | <b>INCIDENCIA</b><br><b>0%</b> |
| NUMERO TOTAL DE PACIENTES TRASPLANTADOS EN LA COHORTE                                      | 278                |                                |

## 9. CÁNCER LINFOPROLIFERATIVO POSTRASPLANTE (PTLD) Y OTROS.

Dentro de la cohorte de 14 años ( 2007 al 2020), en el HUHMP se contó con una prevalencia del 1.16%, con 4 eventos de interés ocurridos en 2016 y 2020; no obstante, el indicador se ajustó en el denominador, restando las defunciones totales ocurridas en la cohorte, obteniendo un 1.4%. En el 2020 se presentaron dos casos: un carcinoma in situ de año y un sarcoma de Kaposi, obteniendo un indicador de 0.7 óptimo, y por la cual, se cumple la meta para este año. (ver tabla 9.1).



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

Tabla 7.1. Descripción de eventos de Cáncer linfoproliferativo postrasplante (PTLD) y otros.

| INCIDENCIA ACUMULADA DE CÁNCER PTLD Y  | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | PREVALENCIA | INDICADOR AJUSTADO |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------|--------------------|
| Numero de pacientes trasplantados que presentan Cáncer PTLD y otros, despues de trasplantados, en un | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 2    | 0    | 0    | 0    | 2    | 4           | 4                  |
| Numero de pacientes con trasplante en el mismo periodo, que no presentaron cancer al inicio del      | 1    | 18   | 45   | 71   | 106  | 131  | 150  | 175  | 192  | 208  | 235  | 250  | 282  | 278  | 345         | 278                |
| INCIDENCIA POR A   | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 1,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,7  | 1.16        | 1,4                |

### 10. RECHAZO AGUDO CLÍNICO DEL INJERTO CONFIRMADO POR BIOPSIA, EN LOS PRIMEROS 12 MESES POST TRASPLANTE.

Se realizó una corte transversal retrospectiva del último año de la cohorte de los pacientes trasplantados en el HUHMP que ya culminaron su 1 año postrasplante (se trasplantaron en el 2019 y cumplieron su año en el 2020), obteniendo 29 pacientes y de estos, 1 cursó con rechazo agudo del injerto (confirmado por biopsia renal), representando el 3,4% de los trasplantados en el 2019.

Al analizar la cohorte en sus 14 años (2007 al 2020), se obtuvo una población total de 345 pacientes trasplantados y de estos el 10,7% (n=37) presentó rechazo agudo clínico confirmado por biopsia renal. (ver tabla 10.1).

Tabla 10.1. Rechazo agudo de riñón confirmado por biopsia para la cohorte.

|  |    |                     |
|--|----|---------------------|
| PACIENTES TRASPLANTADOS QUE PRESENTAN RECHAZO AGUDO CLINICO CONFIRMADO POR BIOPSIA EN LA COHORTE | 1  | PREVALENCIA<br>3,4% |
| NUMERO TOTAL DE PACIENTES TRASPLANTADOS EN LA COHORTE  | 29 |                     |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

Tabla 10.2. Prevalencia de Rechazo agudo de riñón confirmado por biopsia para la cohorte.

|   |            |                              |
|---|------------|------------------------------|
| <b>PACIENTES TRASPLANTADOS QUE PRESENTAN RECHAZO AGUDO CLINICO CONFIRMADO POR BIOPSIA EN LA COHORTE</b> | <b>37</b>  | <b>PREVALENCIA<br/>10.7%</b> |
| <b>NUMERO TOTAL DE PACIENTES TRASPLANTADOS EN LA COHORTE</b>  | <b>345</b> |                              |

### 11. NIVEL DE CREATININA SÉRICA A LOS 12 MESES

Para el análisis del indicador de creatinina sérica en los pacientes trasplantados en hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo con fecha de cohorte del 2019 al 2020 se reportaron datos de creatinina sérica con un promedio de **1,3 mg/dl**. Es importante recalcar que se excluyeron 3 pacientes de los 29 trasplantados porque durante su proceso dos perdieron la función de injerto antes de cumplir los 12 meses de realizado el trasplante, de igual forma no se tuvo en cuenta el paciente fallecido.

### 12. TASA DE FILTRACION GLOMERULAR ESTIMADA A LOS 12 MESES

Respecto a la tasa de filtración glomerular en los pacientes trasplantados en el Hospital Moncaleano a los 12 meses de su trasplante, se obtuvo un promedio de TFG de **73 ml/min** con fecha de cohorte 2019 a 2020. Es importante mencionar que de los 29 pacientes trasplantados, solo se tuvo en cuenta 26 pacientes ya que se excluyeron aquellos que perdieron la función de injerto antes de cumplir los 12 meses de realizado el trasplante, de igual forma no se tuvo en cuenta el fallecido (ver tabla 12).

Tabla 12. Tasa filtración glomerular promedio, cuantificada por la fórmula de cockroft-gault y la tasa filtración glomerular corregida.

| <b>CREATININA SERICA A<br/>12 MESES</b> | <b>TFGCOCKCROFT-GAUL (MIL/MIN)<br/>ESTIMADA</b> |
|---|---|
| <b>1,3</b>                              | <b>73</b>                                       |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

Tabla 12. Tasa filtración glomerular promedio, cuantificada por la fórmula de cockroft-gault y la tasa filtración glomerular corregida.

|   |   |
|---|---|
| <b>TFG COCKCROFT - GAULT (ML/MIN) :</b> | <b>TFG C-G CORREGIDO (ml/min/1,73 M²)</b> |
| <b>Estimada</b>                         |   |
| 73,46                                   | 75,43                                     |

#### 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 |
| 2020 | 0  | 0                         |
| 2021 | 0  | 0                         |

En lo transcurrido del 2021 el Hospital Moncaleano no ha realizado trasplantes renales a menores de edad.

#### 4.2.5. Actividad trasplantadora de tejidos

##### 4.2.5.1. Tejido ocular

| IPS          | Córneas > 18 años | Córneas < 18 años | Escleras > 18 años | Escleras < 18 años |
|--------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| OFTALMOLÁSER | 19                | 1                 | 0                  | 0                  |
| CENTRO OSC   | 1                 | 1                 | 0                  | 0                  |
| 2021         | 20                | 2                 | 0                  | 0                  |
| 2020         | 60                | 0                 | 2                  | 0                  |

| Año  | L- ESPERA Córnea | TX A EXTR. NO RESID. | TX POR URG - 0 | RECH. AGUDO | PÉRDIDA DEL INJERTO | CÓRNEAS DESCART. | L-ESPERA ESCLERA | FALLECID. |
|------|------------------|----------------------|----------------|-------------|---------------------|------------------|------------------|-----------|
| 2020 | 4                | 0                    | 1              | 3           | 3                   | 0                | 0                | 0         |
| 2021 | 0                | 0                    | 1              | 0           | 0                   | 0                | 0                | 0         |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

A Junio 30 del 2021 en la Regional No.6:

- Se realizaron 22 Tx de córnea y 0 de esclera.
- No se han descartado componentes anatómicos, no se realizaron trasplantes a extranjeros no residentes, ni se presentaron fallecimientos resultado o asociados al trasplante.
- Se realizó 1 Tx de córnea por criterio de Urg-0.
- Se terminó con 0 pacientes en lista de espera para Tx de córnea, con una disminución del 100% respecto al 2020 ( 4 pacientes enlistados ).
- No se han reportado rechazos agudos del injerto corneal.
- Un paciente fue re trasplantado para córnea.

| Indicadores de seguimiento a riesgos en trasplante 2020 -<br>Centro Oftalmológico Surcolombiano | RESULTADO |
|---|-----------|
| Porcentaje de rechazo del injerto   | 0%        |
| Porcentaje de complicaciones quirúrgicas  | 0%        |
| Porcentaje de infecciones oportunistas  | 0%        |
| Porcentaje de sobrevida del injerto   | 100%      |
| Porcentaje de retrasplante de córnea  | 0%        |

| Indicadores de seguimiento a riesgos en trasplante 2020 -<br>Clínica Oftalmoláser | RESULTADO |
|---|-----------|
| Porcentaje de rechazo del injerto   | 6,1%      |
| Porcentaje de sobrevida del injerto   | 93,9%     |
| Porcentaje de sobrevida del paciente  | 100%      |
| Porcentaje de complicaciones infecciosas  | 0%        |
| Porcentaje de retrasplante de córnea  | 2%        |
| Porcentaje de eventos adversos en trasplante de cornea                            | 0%        |

#### 4.2.5.2. Tejido osteomuscular

| IPS                             | Impl. a > 18 años | Impl. A < 18 años |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DEL HUILA | 0                 | 0                 |
| <b>2021 - Jun</b>               | <b>0</b>          | <b>0</b>          |
| TOTAL 2020                      | 0                 | 0                 |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

En lo transcurrido del 2021 no se han realizado trasplantes de tejido osteomuscular con componentes anatómicos provenientes de Bancos de Tejidos nacionales inscritos en la RDT, sin cambios respecto al 2020.

#### 4.2.5.3. Actividad de donación de Tejidos oculares – Bantenido, a Junio/2021

| Alertas de Posibles / Potenciales Donantes |        |       | Salida de Protocolo | Pot. Don. Para valoración | Potenciales Donantes Valorados y Contraindicados | Negativa Familiar / Oposición a la PLD. | Total Donantes |
|--|--------|-------|---------------------|---------------------------|--|---|----------------|
| IPS  | INMLCF | Otros |                     |                           |  |   |                |
| 9  | 68     | 0     | 2                   | 75                        | 3  | 3                                       | 72             |

| Tejidos obtenidos       |              | Procesados              |                   |                  |
|-------------------------|--------------|-------------------------|-------------------|------------------|
| Botón Corneo - escleral | Globo Ocular | Botón Corneo - escleral | Parche de esclera | Esclera Completa |
| 143                     | 2            | 140                     | 2                 | 1                |

| Rechazados              |              | Aprobados y Deshechados |                         |                  |               |
|-------------------------|--------------|-------------------------|-------------------------|------------------|---------------|
| Botón Corneo - escleral | Globo Ocular | Parche de Esclera       | Botón Corneo - escleral | Córnea Téctónica | Córnea Fresca |
| 13                      | 0            | 0                       | 0                       | 3                | 0             |

| Causa de rechazo del tejido extraído |                    |             |         |  |       | TOTAL |
|--------------------------------------|--------------------|-------------|---------|--|-------|-------|
| COVID-19                             | CRITERIOS TÉCNICOS | HEPATITIS B | SIFILIS |  | OTRAS | 13    |
| 10                                   |                    | 2           |         |  | 1     |       |

| Distribución  |                  |                     |                  |      | Tejidos Devueltos |                  |                   |                  |
|---------------|------------------|---------------------|------------------|------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
| Córnea Fresca | Córnea tectónica | Parche de Esclera o | Esclera completa | Otro | Córnea Fresca     | Córnea tectónica | Parche de Esclera | Esclera completa |
| 137           | 1                | 0                   | 1                | 0    | 0                 | 0                | 0                 | 0                |

## 5. PROGRAMA DE PROMOCIÓN A LA DONACIÓN.

### 5.1 Actividades estratégicas en promoción a la donación.

El plan de promoción año 2021 acorde a los lineamientos del INS, fue socializado de manera general al INS en el informe anual de 2020 para la CNRDT-INS. El Plan Regional de Promoción es integral, se desarrolla de manera articulada y concertada con los actores que hacen parte la Regional No.6





## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud


RDT, entre ellos, la IPS trasplantadora Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, la Asociación Surcolombiana de Trasplantados (ASTPR), la Fundación Renal y de Trasplantes (FUNRET), Bantejido, Secretarías de Salud Municipales (SSM), Direcciones Locales de Salud (DLS), la dimensión de CRÓNICAS NO TRASMISIBLES del área de Salud Pública de la SSDH y demás actores interesados en apoyar la promoción de la cultura de donación en la Regional No.6 RDT.

En el 2021 en la Regional No.6, se tenía programado realizar actividades de Promoción de la Cultura de Donación de componentes anatómicos con fines de trasplante de acuerdo a tres estrategias: Educación, Información y Comunicación.

Estrategia de Comunicación:

La Gobernación del Huila a través de Comunicación Social, viene desarrollando difusión de 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.

- Web de la Gobernación del Huila: [comunicaciones@gobernaciondelhuila.net](mailto:comunicaciones@gobernaciondelhuila.net)

 [www.huila.gov.co/inicio-salud/73220-salvemos-vidas,-donemos-organos](http://www.huila.gov.co/inicio-salud/73220-salvemos-vidas,-donemos-organos)

| ACTIVIDAD  | MES | # ACTIVIDADES | PERSONAS INF/EDU |
|--|-----|---------------|------------------|
| A TRAVÉS DE LA PÁGINA <a href="http://www.huila.gov.co/">www.huila.gov.co/</a> → Salud → CRUE Huila → Coordinación Regional No.6 RDT | NA  | 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.

En lo transcurrido del 2021 se realizó por los distintos actores de la Regional No.6 RDT:

1 actividad Información /educación a un número indefinido de personas (Entrevista radial a la RCORDT6 por Huila Estéreo). Febr 26/2021

Estrategia de Educación:

PERSONAL DE SALUD y ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS:



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría 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:

- ✓ 3 Profesionales / Referentes de áreas de la Salud. Febr 05/2021, Abr 05/2021, Mayo 13/2021
- ✓ 22 Estudiantes de la Facultad de Salud USCO. Febr 23/2021
- ✓ 67 Personas (Salud y Administrativos) de las IPS Generadoras, para socializar/aclarar la Circular No. 022 del 2020, del INS. Marzo 11/, Abril 22,
- ✓ 1 Médico del CRUE Huila. Marzo 23/2021
- ✓ 19 profesionales del SSO. Abril 27

#### OTRAS ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN / SENSIBILIZACIÓN A LA COMUNIDAD EN GNRAL

Reportadas por distintos actores de la Regional No.6 RDT:

| ENTIDAD           | No. Actividades | Usuarios Beneficiados |
|-------------------|-----------------|-----------------------|
| DLS – Acevedo     | 0               | 0                     |
| DLS – Aipe        | 0               | 0                     |
| DLS – Algeciras   | 0               | 0                     |
| DLS – Altamira    | 0               | 0                     |
| DLS – Baraya      | 0               | 0                     |
| DLS – Campoalegre | 0               | 0                     |
| DLS – Colombia    | 0               | 0                     |
| DLS- El Agrado    | 0               | 0                     |
| DLS – Elías       | 0               | 0                     |
| DLS- Garzón       | 0               | 0                     |
| DLS – Gigante     | 0               | 0                     |
| DLS – Guadalupe   | 0               | 0                     |
| DLS – Hobo        | 0               | 0                     |
| DLS – Íquira      | 0               | 0                     |
| DLS – Isnos       | 0               | 0                     |



**GOBERNACIÓN DEL HUILA**  
Secretaría de Salud

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| DLS – La Argentina | 0 | 0 |
| DLS – Nátaga       | 0 | 0 |
| DLS – La Plata     | 0 | 0 |
| DLS – Nátaga       | 0 | 0 |
| SSM – Neiva        | 0 | 0 |
| DLS – Oporapa      | 0 | 0 |
| DLS – Paicol       | 0 | 0 |
| DLS – Palermo      | 0 | 0 |
| DLS – Palestina    | 0 | 0 |
| DLS- Rivera        | 0 | 0 |
| DLS – Pital        | 0 | 0 |
| DLS – Saladoblanco | 0 | 0 |
| DLS – San Agustín  | 0 | 0 |
| DLS- Santa María   | 0 | 0 |
| DLS- Suaza         | 0 | 0 |
| DLS – Tarqui       | 0 | 0 |
| DLS – Tello        | 0 | 0 |
| DLS – Teruel       | 0 | 0 |
| DLS – Tesalia      | 0 | 0 |
| DLS – Villavieja   | 0 | 0 |
| SSM – Pitalito     | 0 | 0 |
| DLS – Timaná       | 0 | 0 |
| DLS – Yaguará      | 0 | 0 |
| Bantejido          | 0 | 0 |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

|   |           |                       |
|---|-----------|-----------------------|
| FUNRET (Fundación Renal y de Trasplantes) | 0         | 0                     |
| Bantejado                                 | 1         | 149                   |
| <b>Subtotal</b>                           | <b>1</b>  | <b>149</b>            |
| <b>Total General</b>                      | <b>10</b> | <b>261 + Indefin.</b> |

### RECURSOS

Para el cumplimiento de las actividades de Promoción en el año 2021 se cuenta con los siguientes recursos:

#### HUMANO:

- Profesionales de apoyo a la operatividad y auditoría de la Regional No. 6 de la RDT.
- Profesionales referentes de la dimensión Condiciones Crónicas Prevalentes del área de Salud Pública de la SSD Huila.
- Talento Humano de la FUNRET (Fundación Renal y de Trasplantes)
- Talento Humano 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 Secretarías Municipales y Direcciones Locales de Salud del Huila.
- Talento Humano de Bantejado
- Otros actores interesados en apoyar el desarrollo del Plan de Promoción.

#### MATERIALES:

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

#### 5.1.2. **Análisis de indicadores de las actividades de promoción realizadas en la regional.**

| META AÑO <b>2021</b>  | SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN: |                   |
|---|---|-------------------|
|   | Proyectó / Ejecutó                          | % de Cumplimiento |
| A 31 DE DICIEMBRE DE 2021 HABER REALIZADO <u>50 ACTIVIDADES</u> DE PROMOCIÓN PARA EL FOMENTO DE LA CULTURA DE DONACIÓN. | PROYECTÓ : 50                               | <b>20%</b>        |
|   | <b>EJECUTÓ : 10</b>                         |                   |
| A 31 DE DICIEMBRE DE 2021 HABER INFORMADO Y/O EDUCADO EN TEMAS DE LA DONACIÓN Y LOS TRASPLANTES A <u>1500 PERSONAS</u>  | PROYECTÓ: 1500                              | <b>17,4%</b>      |
|   | <b>EJECUTÓ: 261 + Indfn</b>                 |                   |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

En la SSD Huila como Rcordt6, se articulan actividades de las áreas de Prestación de Servicios y de Salud Pública para el apoyo a los objetivos de la dimensión **Vida Saludable y Condiciones No Trasmisibles** en su componente **Condiciones Crónicas Prevalentes**, encargado de las acciones de promoción de la donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante, en cumplimiento del artículo 41 del Decreto 2493 de 2004. La disminución en las actividades de Promoción y la cantidad de personas a informar/educar/sensibilizar, tiene su explicación por la situación actual de emergencia nacional por COVID-19, cumplimiento de los lineamientos nacionales de prevención respecto al COVID-19, debiendo priorizar la FUNRET, el HUHMP y la Rcordt6 las actividades de seguimiento a los trasplantados de órganos, por su situación de vulnerabilidad no sólo por el COVID-19, sino también, por la acentuación de su problemática, relacionada con la entrega de medicamentos.

#### 5.1.3 Análisis del impacto de las actividades de promoción.

El desarrollo del Plan Regional de Promoción de la Donación con fines de ha logrado:

- Fortalecer la participación de las Secretarías y Direcciones Locales Municipales 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);
- Implementación de la Formación en GOD por parte de la Fundación Universitaria Navarra de la ciudad de Neiva;
- La inclusión en los Planes Decenal y Sectorial de Salud Pública de indicadores, en cumplimiento del Plan Nacional Decenal de Salud Pública 2012-2021, que implican la definición y desarrollo de actividades de promoción de la donación con fines de trasplantes.
- Disminución dramática en los últimos dos años de los mitos tejidos acerca del proceso donación-trasplante como causa de Negativa Familiar a la Donación / Oposición Familiar a la aplicación de la presunción legal de la donación.

Teniendo en cuenta que en el 2020 se presentó un aumento dramático de la Negativa / Oposición familiar a la Donación, en la que podría haber impactado los mitos de corrupción en Salud, tejidos sobre el manejo de los recursos y los pacientes con COVID-19 (La Negativa/Oposición Familiar Sin más razón y Dudas sobre la M.Enc. representaron el 62% de las causas de Negación/Oposición a la Donación y PLD), para la disminución de la Negativa Familiar a la donación / Oposición a la PLD se considera importante continuar en lo posible con la Promoción de la Donación, siendo claro también, que sobre este indicador, no solamente influye la Promoción de la Donación; sino también, factores como lo son: el grado de satisfacción de la comunidad con el actual Sistema de Salud; la crisis actual en el Sistema de Salud, la insatisfacción por el servicio prestado en el proceso de atención a los posibles donantes (especialmente en lo relacionado a la oportunidad en la prestación del servicio al paciente urgido), las debilidades en la comunicación y/o conducta por el personal de



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

la Salud a la hora de comunicar malas noticias en situaciones críticas; el abordaje familiar; 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.

Sobre las Tasas de Donación y Trasplantes estaría influyendo también la desmotivación a causa de la pérdida económica, ocasionada por la prestación de servicios a los donantes elegibles, en el lapso de tiempo entre el diagnóstico de muerte encefálica y la toma de la decisión por parte de los familiares del potencial donante, cuando se cierra el proceso por negativa familiar a la donación y/u oposición a la aplicación de la PLD; ya que en estos casos, las EAPB-EPS no se hacen cargo del pago por la prestación de servicios a un cadáver. Dicha desmotivación, podría ser también una de las explicaciones del importante porcentaje de salidas del protocolo Glasgow < 5 por Parada Cardíaca, y muy posiblemente, de la marginalidad en donantes jóvenes. Si bien, el art. 25, Parágrafo 4, de la Resolución 3512 del 26 de diciembre de 2019, establece que la EPS del donante es responsable de la financiación de la estancia en UCI hasta por 24 horas, dicha norma, no aclara desde que momento comienza a contar dicho tiempo, ya que las IPS generadoras al menos de la Regional No.6 RDT, vienen manifestando que las glosas son a partir del diagnóstico de la muerte encefálica (fallecimiento por criterio neurológico). Y la norma contempla y da a entender, que la EAPB-EPS cubre el costo de la GOD, siempre y cuando el donante sea efectivo, que para efectos prácticos, sería que el donante sea utilizado, o sea, que a la EPS le trasplanten sus usuarios (Si no hay trasplante, no pagan). Con la Circular No. 022 de 2020 del INS, ya se aclara que las 24 horas del mantenimiento del donante elegible (posterior al diagnóstico formal de la muerte encefálica), son cubiertas por la EAPB-EPS del donante. En el 2do trimestre, el HUHMP brindó un curso de actualización en GOD, con participación de la RCORDT6 socializando la capacitación por el INS sobre la Circular No. 022 de 2020.

#### 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 para ese entonces (se puso en conocimiento del INS). Posteriormente, el Hospital Moncaleano continuó con la formación en Gestión Operativa de la Donación para médicos especialistas y residentes de Cuidados Intensivos. En el 2017, a la formación en GOD dirigida a médicos intensivistas, se sumó la Fundación Universitaria Navarra de la ciudad de Neiva.

Los programas de formación en el 2020 quedaron suspendidos, debido a la situación pandémica por COVID-19.



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

#### 5.2 Plan de Promoción año 2021.

La Rcordt6 presentó sus aspectos generales en el numeral 1.22 PLAN DE ACCIÓN AÑO 2021. El Plan Regional de Promoción año 2021 se envió al INS, quedando pendientes a la retroalimentación.

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

#### 6.1 Cronograma de actividades de auditoría por parte de la regional a las IPS trasplantadoras, generadoras y Bancos de tejidos – Año 2021.

El cronograma de actividades de auditoría a realizar en el año 2021 se encuentra dentro del cronograma de actividades de la Coordinación Regional No. 6 RDT, anexo al final del presente informe. El Plan Regional de auditoría se actualizó en diciembre de 2018 acorde a las sugerencias de Auditoría Nacional, se actualizó sin indicar el año, para efectos de no elaborar cada año un Plan de Auditoría.

##### 6.2.1 Acciones preventivas:

###### **A IPS posibles trasplantadoras no inscritas en la Rcordt6:**

Pendiente realizar nueva búsqueda.

###### **IPS habilitadas con servicio de trasplantes:**

Las 4 IPS trasplantadoras y el Banco de Tejidos actualmente inscritos en la Rcordt6, también lo están a través del aplicativo RedDataINS.

Se brindó asistencia técnica a las 4 IPS trasplantadoras y al Banco de Tejidos de la Regional No. 6, previa al inicio de las visitas de auditorías, programadas en cumplimiento de la normatividad vigente.

Se gestionó las novedades en la inscripción, reportadas por el Centro Oftalmológico Surcolombiano y el Hospital U. H. Moncaleano P (Ver numeral 1.15.11), quedando pendiente las visitas formales de auditoría. Está pendiente solucionar por parte de Soporte Técnico RedDataINS de los incidentes reportados en el aparte de Inscripción (Autoevaluación del Manual de Procedimientos, Numeral: 1.1.5.11).

IPS Generadoras:





## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

No se ha realizado la visita a las IPS generadoras, por motivo del COVID-19. Quedó aplazada hasta que las condiciones epidemiológicas permitan realizarla, con la posibilidad de realizar auditorías en el 2021 de manera virtual.

Se enfocará la auditoría en la importancia de contar con guía o protocolo de muerte encefálica, declaración de la muerte por especialidad clínica de neurociencias, reporte al CRUEH de los posibles / potenciales donantes para su registro y seguimiento en articulación con los médicos coordinadores operativos de trasplante de la Unidad de Trasplantes Renal del Hospital Universitario de Neiva. Además, acorde a la auditoría realizada en mayo por el INS a la RCORDT6, se solicitarán avances en lo relacionado con el cumplimiento de la Resolución 3100 en lo pertinente a formación de talento humano en el cuidado del potencial donante.

#### **SOCIALIZACIÓN DEL PNA:**

En las visitas programadas de auditoría, se socializará a las IPS generadoras y trasplantadoras de la Regional 6 RDT el Programa Nacional de Auditoría.

#### **EAPB – EPS y similares:**

Desde finales de marzo del 2020, se viene realizando seguimiento a los trasplantados de órganos, velando por que las EAPB-EPS cumplan con lo contemplado en la Resolución 521 de 2020, emitida por el MSPS, específicamente en lo que respecta a la atención y entrega en su domicilio de los medicamentos inmunosupresores a los trasplantados. La Rcordt6 viene socializando a la Superintendencia Nacional de Salud (Regional Sur) y al Instituto Nacional de Salud el registro actualizado consolidado del resultado del seguimiento a los trasplantados. La información se obtiene vía correo electrónico y telefónica por parte de la Fundación Renal y de Trasplantes (FUNRET), del Hospital U. H. Moncaleano P., de los Médicos Internos de la Facultad de Salud de la USCO y de los mismos pacientes. En lo transcurrido del 2021 las PQRS de los trasplantados renales por entrega de medicamentos disminuyó notablemente, por lo que no se ha reportado ni solicitado apoyo frecuente/regularmente al INS, EPS y SuperSalud para la solución de las dificultades al respecto.

**Se realizó auditoria a las EAPB: Comfamiliar del Huila 22 de junio, Coomeva 22 de junio, Asmet salud el 23 de junio, Ecoopsos 25 de junio, Emcosalud 30 de junio, Famisanar 21 de junio, Medimas EPS el 23 de junio, Nueva EPS 21 junio, dentro de las auditorias periódicas que realiza el CRUEH a las EAPB, en lo que tiene que ver con sus responsabilidades frente a los temas de la RDT:**

**Primero:** *La manifestación de oposición a la presunción legal a la donación.*

**Segundo:** *Todo paciente susceptible de trasplante deberá ser evaluado por una IPS habilitada con el servicio de trasplantes de órganos con el fin de saber si es o no apto para entrar a la lista de espera de Donación.*





## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

**Tercero:** *Cumplimiento de la Resolución 521 de marzo de 2020 por parte de las EAPB-EPS, específicamente en lo que se refiere a la entrega de medicamentos y toma de laboratorios a los trasplantados en su lugar de residencia.*

#### 6.2.2 Acciones coyunturales:

No se han presentaron novedades que requieran acciones coyunturales. Se han presentado PQRS de los trasplantados relacionadas con la entrega de medicamentos inmunosupresores, las cuales de inmediato se han puesto en conocimiento del INS, SuperSalud y la respectiva EAPB-EPS.

#### 6.2.3 Acciones de seguimiento:

- Seguimiento al cumplimiento por parte de las EAPB-EPS del cumplimiento a lo contemplado en la Resolución 521 de 2020, en lo que respecta a la atención y entrega domiciliaria de medicamentos a los pacientes vulnerables, específicamente a los trasplantados.

#### Encuesta de satisfacción a los trasplantados renales:

En cuanto sea posible, se iniciará la encuesta a trasplantados de manera presencial, como se ha hecho en años anteriores. De no ser posible, se hará mediante llamada telefónica.

#### 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, Grupo de w-app) y/o vía email ([crue.huila@huila.gov.co](mailto:crue.huila@huila.gov.co) , [cruehuila@gmail.com](mailto:cruehuila@gmail.com) y [coordinacionregional6@gmail.com](mailto:coordinacionregional6@gmail.com)), para reportar información de las alertas y GOD con donantes logrados, en tiempo lo más cercano a lo real, acorde a los lineamientos de la CNRDT-INS. 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 para la oferta de componentes anatómicos.

A junio 30 de 2021, en la Regional No.6 RDT se detectaron 51 alertas de posibles donantes ( $Glasgow \leq 5$ ), reportadas por los médicos COTx y/o las IPS generadoras. El reporte por parte del Hospital Moncaleano y la gestión de las alertas por parte del CRUEH (su registro y seguimiento) se llevó en el 100% de las alertas generadas (51 alertas gestionadas de 51 alertas generadas) y, en el 100% de las alertas reportadas al CRUEH (51 alertas gestionadas de 51 alertas reportadas). El Hospital Moncaleano envió a la Rcordt6 copia de 51 registros de las 51 alertas generadas (100% de cumplimiento). Acorde a las directrices del INS, ya no se cuenta como alerta, los reportes de posibles / potenciales donantes que son NN y de las personas que ingresan ilegalmente al país y no aparecen en la base de datos del INS. Cuatro (4) alertas están pendientes de cargar por el HUHMP a RedDataINS, dos incidentes al respecto se reportaron a Soporte Técnico RedDataINS para el apoyo respectivo.



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

En lo que respecta a los donantes reales, se realizaron dos rescates de donantes de riñón ( uno de ellos adicionalmente de córneas). Dos riñones que se descartaron para trasplante por tiempo prolongado de isquemia fría, debido a que los potenciales receptores resultaron con PCR Positiva para COVID-19.

Detección activa y visitas a unidades generadoras:

El Hospital Moncaleano a la fecha cuenta con cuatro (4) médicos COTx inscritos en la Rcordt6 a través de RedDataINS. La Regional No.6 cuenta con siete (7) IPS generadoras (Hospital Universitario Moncaleano P., Clínica Mediláser, Clínica Emcosalud, Clínica Uros, Clínica Belo Horizonte, Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón y el Hospital Dptal San Antonio de Pitalito).

Visitas unidades generadoras

La verificación del cumplimiento de dichas visitas quedó como actividad a realizar por Auditoría de la Unidad de Trasplantes, con seguimiento a su cumplimiento por parte de auditoría regional.

#### 6.2.4 Informe de auditoría

El Plan Regional de Auditoría fue revisado, aprobado, controlado y publicado en la Extranet de la Gobernación del Huila. Para la operatividad y cumplimiento de las funciones legales, la Coordinación Regional cuenta con Manual de Procedimientos del CRUE Huila, 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:

Lo ya relacionado en el numeral 6.2.2. (Se repite el numeral).

#### Auditorías externas a las IPS trasplantadoras:

En la auditoría a las IPS trasplantadoras se verifica el cumplimiento de los siguientes estándares:

- Verificar el cargue al aplicativo web RedDataINS de los soportes de inscripción, cuente con la certificación vigente de la inscripción y demás información requerida.
- Verificar la validez y oportunidad en el envío de la información reportada a la Coordinación Regional de acuerdo con los datos, variables, indicadores y herramientas definidas en la normatividad vigente, y demás lineamientos dispuestos por la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplante del INS (CNRDT-INS).



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

- Verificar que los comités de trasplantes institucionales realicen seguimiento a la calidad de la prestación de los servicios de trasplante y cumplan con las demás funciones establecidas en la normatividad vigente.
- Verificar el cumplimiento de los turnos para detección y rescate en las IPS generadoras.
- Verificar la calidad de las actividades y registros del proceso de gestión operativa de la donación adelantada por los coordinadores operativos de trasplante, y que los registros de la donación por presunción legal, se hagan acatando la normatividad vigente.
- Verificar que todos los componentes anatómicos trasplantados provengan de IPS o Bancos de Tejido debidamente inscritos en la RDT.
- Verificar que a todos los donantes se les practiquen las pruebas para garantizar la calidad de los órganos donados, de acuerdo con lo determinado en la normatividad vigente.
- Realizar auditoría a todos los casos de suministro de componentes anatómicos para la prestación de servicios de trasplante a extranjeros no residentes.
- Realizar auditoría a todos los casos de prestación de servicios de trasplante que son considerados como especiales o a las desviaciones significativas del estándar (trasplante con donantes vivos, trasplante a extranjeros no residentes en Colombia, mortalidad, pérdida de la función del injerto, eventos adversos, entre otros), verificando el cumplimiento de la normatividad vigente.
- Verificar que la IPS haga análisis de los indicadores de gestión y seguimiento a riesgos.
- Verificar los registros de la asignación de los componentes anatómicos trasplantados y el resumen de los datos del donante en la historia clínica del receptor, acatando el principio de confidencialidad donante cadavérico -receptor.
- Verificar la existencia de consentimiento informado en las historias clínicas de los receptores trasplantados.
- Verificar la implementación del programa de auditoría al servicio de trasplante de componentes anatómicos, en consonancia con el Programa Nacional de Auditoría (PNA).

#### DIMENSIONES A EVALUAR:

**ENFOQUE:** Se refiere a las directrices, métodos y procesos utilizados por el Auditado para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable evaluada. Documentación del estándar a evaluar.

**IMPLEMENTACION:** Se refiere a la aplicación de la estructura, a su alcance y extensión dentro de su área de influencia. Soporte documental que evidencie la aplicación del estándar a evaluar.

**RESULTADOS:** Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de las Estructuras. Análisis de datos, comparación, tendencia, consistencia, etc. Soporte documental que evidencie los logros y efectos de la aplicación del estándar.

La Rcordt6 realiza el ejercicio de semaforización para efectos de elaboración del presente informe, con la intención de que sea más práctico y menos voluminoso.

Se resalta en color verde la dimensión del estándar que se encuentre totalmente implementada, disponiendo de soportes de las actividades desarrolladas (implementadas). Se resalta en



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

amarillo la dimensión del estándar que se encontró parcialmente implementada y, en color rojo, la dimensión del estándar que requiere implementarse por parte del actor auditado.

| IPS TRASPLANTADORA: CENTRO OFTALMOLÓGICO SURCOLOMBIANO                   | CUMPLIMIENTO |     |     |
|--|--------------|-----|-----|
| ESTÁNDAR:  | Abril        | Ago | Nov |
| Inscripción ante la Rcordt6 según lineamientos nacionales                |              |     |     |
| Validez/oportunidad del reporte de la información estadística            |              |     |     |
| Cumplimiento de funciones del Comité Institucional de Trasplantes        |              |     |     |
| Tejidos provenientes de Bancos de Tejido debidamente inscritos en la RDT |              |     |     |
| Auditoría a casos considerados especiales                                |              |     |     |
| Indicadores de seguimiento a riesgos                                     |              |     |     |
| Consentimiento informado para Tx   |              |     |     |
| Programa de auditoría interna al servicio de Tx, acorde al PNA           |              |     |     |
| Registros  |              |     |     |
| Biovigilancia según lineamientos nacionales                              |              |     |     |

| IPS TRASPLANTADORA: CLÍNICA OFTALMOLÁSER                                 | CUMPLIMIENTO |     |     |
|--|--------------|-----|-----|
| ESTÁNDAR:  | Abr          | Ago | Nov |
| Inscripción ante la Rcordt6 según lineamientos nacionales                |              |     |     |
| Validez/oportunidad del reporte de la información estadística            |              |     |     |
| Cumplimiento de funciones del Comité Institucional de Trasplantes        |              |     |     |
| Tejidos provenientes de Bancos de Tejido debidamente inscritos en la RDT |              |     |     |
| Auditoría a casos considerados especiales                                |              |     |     |
| Indicadores de seguimiento a riesgos                                     |              |     |     |
| Consentimiento informado para Tx   |              |     |     |
| Programa de auditoría interna al servicio de Tx, acorde al PNA           |              |     |     |
| Registros  |              |     |     |
| Biovigilancia según lineamientos nacionales                              |              |     |     |

| IPS TRASPLANTADORA: SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DEL HUILA                      | CUMPLIMIENTO |     |     |
|--|--------------|-----|-----|
| ESTÁNDAR:  | Abr          | Ago | Nov |
| Inscripción ante la Rcordt6 según lineamientos nacionales                |              |     |     |
| Validez/oportunidad del reporte de la información estadística            |              |     |     |
| Cumplimiento de funciones del Comité Institucional de Trasplantes        |              |     |     |
| Tejidos provenientes de Bancos de Tejido debidamente inscritos en la RDT |              |     |     |
| Auditoría a casos considerados especiales                                |              |     |     |
| Indicadores de seguimiento a riesgos                                     |              |     |     |
| Consentimiento informado para Tx   |              |     |     |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Programa de auditoría interna al servicio de Tx, acorde al PNA |  |  |  |
| Registros  |  |  |  |
| Biovigilancia según lineamientos nacionales                    |  |  |  |

| IPS TRASPLANTADORA: HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO                        | CUMPLIMIENTO |     |     |
|---|--------------|-----|-----|
|   | Abr          | Ago | Nov |
| <b>ESTÁNDAR:</b>  |              |     |     |
| Inscripción ante la Rcordt6 según lineamientos nacionales                                     |              |     |     |
| Validez/oportunidad del reporte de la información estadística                                 |              |     |     |
| Cumplimiento de funciones del Comité Institucional de Trasplantes                             |              |     |     |
| Detección y Rescate en IPS Generadoras  |              |     |     |
| Registros de la GOD   |              |     |     |
| Pruebas de laboratorio para los Donantes, según normatividad vigente                          |              |     |     |
| Auditoría a casos considerados especiales, incluyendo a extranjeros no residentes en Colombia |              |     |     |
| Indicadores de seguimiento a riesgos  |              |     |     |
| Registros del donante en historia clínica del receptor, según lineamientos nacionales         |              |     |     |
| Consentimiento informado para Tx  |              |     |     |
| Programa de auditoría interna al servicio de Tx, acorde al PNA                                |              |     |     |
| Registros   |              |     |     |

#### Auditorías externas a los Bancos de Tejido:

En la auditoría a los Bancos de Tejido se verifica el cumplimiento de los siguientes estándares:

- Verificar el cargue al aplicativo web RedDataINS de los soportes de inscripción, cuente con la certificación vigente de la inscripción y demás información requerida.
- Verificar la validez y oportunidad en el envío de la información reportada a la Coordinación Regional de acuerdo con los datos, variables, indicadores y herramientas definidas en la normatividad vigente, y demás lineamientos dispuestos por la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplante del INS (CNRDT-INS).
- Verificar la existencia de consentimiento informado o de la registro de la presunción legal de donación acorde a normatividad vigente.
- Verificar el cumplimiento de los turnos para detección y rescate en las sedes generadoras.
- Verificar la calidad de las actividades y registros del proceso de gestión operativa de la donación adelantada por el Banco de Tejidos, y que los registros de la donación por presunción legal, se hagan acatando la normatividad vigente, que la información / codificación del donante enviadas a la IPS trasplantadora permita llevar la trazabilidad, acorde a los lineamientos nacionales.
- Verificar que todos los componentes anatómicos procesados se distribuyan a IPS trasplantadoras inscritas en las Coordinaciones Regionales, acatando los lineamientos regionales y nacionales cuando con ellos se cuente para la asignación / distribución de los mismos.
- Verificar que a todos los donantes se les practiquen las pruebas para garantizar la calidad de los tejidos donados, de acuerdo con lo determinado en la normatividad vigente.
- Realizar auditoría a todos los casos de eventos adversos.



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

- Verificar que el Banco de Tejidos haga análisis de los indicadores de gestión y seguimiento a riesgos.
- Verificar la implementación del programa de auditoría al Banco de Tejidos, en consonancia con el Programa Nacional de Auditoría (PNA).

La Rcordt6 realiza el ejercicio de semaforización para efectos de elaboración del presente informe, con la intención de que sea más práctico y menos voluminoso.

| BANCO DE TEJIDOS: CORPORACIÓN BANCO DE TEJIDOS REGIONAL SUR, BANTEJIDO | CUMPLIMIENTO |       |     |
|--|--------------|-------|-----|
|  | ESTÁNDAR:    | Abril | Ago |
| Inscripción ante la Rcordt6 según lineamientos nacionales              |              |       |     |
| Validez/oportunidad del reporte de la información estadística          |              |       |     |
| Consentimiento informado   |              |       |     |
| Tejidos suministrados a IPS debidamente inscritas en la RDT            |              |       |     |
| Auditoría a eventos adversos   |              |       |     |
| Indicadores de seguimiento a riesgos                                   |              |       |     |
| Cumplimiento de turnos para detección y rescate.                       |              |       |     |
| Programa de auditoría interna, acorde al PNA                           |              |       |     |
| Registros (Trazabilidad, Confidencialidad)                             |              |       |     |
| Biovigilancia según lineamientos nacionales                            |              |       |     |

### Auditorías de prevención y seguimiento:

#### Auditoría a IPS Generadoras:

En la auditoría de las IPS generadoras se verifica el cumplimiento de 6 estándares:

Estándar 1: Protocolo o guía para el diagnóstico de muerte encefálica. Su socialización con el personal de UCI para la debida gestión de la donación.

Estándar 2: Reportes de alertas a la Red de Donación y trasplantes. Proceso de verificación y el de notificación con ruta de llamada al CRUEH.

Estándar 3: Auditoría interna a los procesos y procedimientos relacionados con la gestión operativa de la donación a nivel intrahospitalario.

Estándar 4: Verificación de la certificación de los especialistas de la UCI en gestión operativa de la Donación (Resolución 2003 de 2014).

Estándar 5: Gestión de la IPS Generadora para la búsqueda de escapes de reporte de potenciales donantes (no reportados y no diagnosticados) en pacientes con signos clínicos de muerte encefálica.

Estándar 6: Gestión del directorio de contactos entre los servicios de UCI y la Rcordt6

La Rcordt6 realizará el ejercicio de semaforización para efectos de elaboración del presente informe, con la intención de que sea más práctico y menos voluminoso.





## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

Se resaltarán en color verde la dimensión del estándar que se encontró totalmente implementada, disponiendo de soportes de las actividades desarrolladas (implementadas). Se resaltarán en amarillo la dimensión del estándar que se encontró parcialmente implementada y, en color rojo, la dimensión del estándar que requiere implementarse por parte del actor auditado.

| IPS GENERADORA: EMCOSALUD – NEIVA   |  | CUMPLIMIENTO |         |
|---|--|--------------|---------|
| ESTÁNDAR:   |  | Mayo         | Octubre |
| Protocolo o guía para el diagnóstico de muerte encefálica. Socialización    |  |              |         |
| Reportes de alertas a la Red de Donación y trasplantes                      |  |              |         |
| Auditoría interna al proceso de la GOD                                      |  |              |         |
| Certificación de formación de especialistas UCI en GOD                      |  |              |         |
| Búsqueda de escapes: Potenciales donantes no reportados y no diagnosticados |  |              |         |
| Gestión del directorio de contactos entre los servicios de UCI y la Rcordt6 |  |              |         |

| IPS GENERADORA: CLÍNICA UROS  |  | CUMPLIMIENTO |         |
|---|--|--------------|---------|
| ESTÁNDAR:   |  | Mayo         | Octubre |
| Protocolo o guía para el diagnóstico de muerte encefálica. Socialización    |  |              |         |
| Reportes de alertas a la Red de Donación y trasplantes                      |  |              |         |
| Auditoría interna al proceso de la GOD                                      |  |              |         |
| Certificación de formación de especialistas UCI en GOD                      |  |              |         |
| Búsqueda de escapes: Potenciales donantes no reportados y no diagnosticados |  |              |         |
| Gestión del directorio de contactos entre los servicios de UCI y la Rcordt6 |  |              |         |

| IPS GENERADORA: CLÍNICA MEDILÁSER – NEIVA                                   |  | CUMPLIMIENTO |         |
|---|--|--------------|---------|
| ESTÁNDAR:   |  | Mayo         | Octubre |
| Protocolo o guía para el diagnóstico de muerte encefálica. Socialización    |  |              |         |
| Reportes de alertas a la Red de Donación y trasplantes                      |  |              |         |
| Auditoría interna al proceso de la GOD                                      |  |              |         |
| Certificación de formación de especialistas UCI en GOD                      |  |              |         |
| Búsqueda de escapes: Potenciales donantes no reportados y no diagnosticados |  |              |         |
| Gestión del directorio de contactos entre los servicios de UCI y la Rcordt6 |  |              |         |

| IPS GENERADORA: HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALENAO – NEIVA       |  | CUMPLIMIENTO |         |
|--|--|--------------|---------|
| ESTÁNDAR:  |  | Mayo         | Octubre |
| Protocolo o guía para el diagnóstico de muerte encefálica. Socialización |  |              |         |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

|   |  |  |
|---|--|--|
| Reportes de alertas a la Red de Donación y trasplantes                      |  |  |
| Auditoría interna al proceso de la GOD                                      |  |  |
| Certificación de formación de especialistas UCI en GOD                      |  |  |
| Búsqueda de escapes: Potenciales donantes no reportados y no diagnosticados |  |  |
| Gestión del directorio de contactos entre los servicios de UCI y la Rcordt6 |  |  |

| IPS GENERADORA: CLÍNICA BELO HORIZONTE                                      | CUMPLIMIENTO |         |
|---|--------------|---------|
| ESTÁNDAR:   | Mayo         | Octubre |
| Protocolo o guía para el diagnóstico de muerte encefálica. Socialización    |              |         |
| Reportes de alertas a la Red de Donación y trasplantes                      |              |         |
| Auditoría interna al proceso de la GOD                                      |              |         |
| Certificación de formación de especialistas UCI en GOD                      |              |         |
| Búsqueda de escapes: Potenciales donantes no reportados y no diagnosticados |              |         |
| Gestión del directorio de contactos entre los servicios de UCI y la Rcordt6 |              |         |

| IPS GENERADORA: HOSPITAL SAN ANTONIO DE PITALITO                            | CUMPLIMIENTO |         |
|---|--------------|---------|
| ESTÁNDAR:   | Mayo         | Octubre |
| Protocolo o guía para el diagnóstico de muerte encefálica. Socialización    |              |         |
| Reportes de alertas a la Red de Donación y trasplantes                      |              |         |
| Auditoría interna al proceso de la GOD                                      |              |         |
| Certificación de formación de especialistas UCI en GOD                      |              |         |
| Búsqueda de escapes: Potenciales donantes no reportados y no diagnosticados |              |         |
| Gestión del directorio de contactos entre los servicios de UCI y la Rcordt6 |              |         |

| IPS GENERADORA: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN                      | CUMPLIMIENTO |         |
|---|--------------|---------|
| ESTÁNDAR:   | Mayo         | Octubre |
| Protocolo o guía para el diagnóstico de muerte encefálica. Socialización    |              |         |
| Reportes de alertas a la Red de Donación y trasplantes                      |              |         |
| Auditoría interna al proceso de la GOD                                      |              |         |
| Certificación de formación de especialistas UCI en GOD                      |              |         |
| Búsqueda de escapes: Potenciales donantes no reportados y no diagnosticados |              |         |
| Gestión del directorio de contactos entre los servicios de UCI y la Rcordt6 |              |         |

Las IPS con UCI pero sin disponibilidad de especialistas en neurociencias (neurólogo y/o neurocirujano) se excluyeron de las visitas a IPS generadoras.





## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

#### 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 potenciales donantes, para la determinación del cual, se presenta el inconveniente de no contar con código CIE-10 para la muerte encefálica. En el CIE-10 se encuentra el código pero para muerte cerebral.

#### 7. NOVEDADES IDENTIFICADAS POR LA COORDINACIÓN REGIONAL:

En lo transcurrido del 2021 se han presentado las siguientes novedades:

- A- **Centro Oftalmológico Surcolombiano:** Enero 14 / 2021– Renovación del servicio de trasplantes de tejidos oculares.
- B- **Hospital Universitario H. Moncaleano Perdomo:** Marz 23 - Desvinculación de la Enfermera Jefe y de Auxiliar Administrativa, y vinculación de nueva Enfermera Jefe y Auxiliar Administrativo, para el servicio de Tx renal.
- C- **Centro Oftalmológico Surcolombiano:** Marzo 31 / 2021– Desvinculación de enfermera jefe e inscripción de la nueva enfermera jefe, en su remplazo.
- D- **Hospital U. H. Moncaleano P :** Mayo 14 - Desvinculación de la Enfermera Jefe y de Auxiliar Administrativa para el servicio de Tx renal.
- E- **Centro Oftalmológico Surcolombiano: Jun 16** – Solicitud de renovación de la inscripción del servicio de trasplante de membrana amniótica, por lo que se asesoró/recordó en materia de nuevos lineamientos respecto a inscripción de MA.
- F- **Hospital U. H. Moncaleano P:** Junio 24 – Desvinculación de la instrumentadora quirúrgica y vinculación de dos nuevas instrumentadoras Qx.
- G- Los incidentes con RedDataINS ya están relacionados al inicio del informe, en Estado de Inscripción.

#### 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 noviembre de 2017 (los que se cumplieron hace ya más de un año, se retiraron de la lista).



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

#### 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 de la Coordinación Nacional RDT-INS 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 Asociación Surcolombiana de Trasplantados y Pacientes Renales (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 quedó 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 Instituto Nacional de Salud, INS, funciones de máxima autoridad administrativa frente a la estructura y organización de la RDT. De esta manera, se entendería que sería ya el INS quien definiría sobre la solicitud hecha por la Rcordt6, de ampliación de su área de influencia. Se continúa sin realizar búsqueda / detección activa de posibles donantes en las unidades generadoras de la ciudad de Florencia por parte de las IPS trasplantadoras de la Regional No.1 RDT, a la cual pertenece el departamento del Caquetá.



**GOBERNACIÓN DEL HUILA**  
Secretaría de Salud

| Anexo No. 1 RCORDT6: ESTADO DE INSCRIPCIÓN Jun 30 de 2021 |  |                             |  |                            |   |   |
|---|--|-----------------------------|--|----------------------------|---|---|
| ÍTEM  | NOMBRE DE LA IPS                                     | PROGRAMA DE TRASPLANTES     | FECHA DE LA SOLICITUD en RedDataINS                | APROBADA EN RedData:       | FECHA DE AUDITORIA DE VERIFICACIÓN            | OBSERVACIONES y VIGENCIA  |
| 1   | Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo   | Riñón (Adulto y Pediátrico) | 06/10/2017   | RedDataINS Oct 07 de 2020  | Renovación por vencimiento de la inscripción  | <b>Vigencia en RedDataINS:</b> Hasta 07 de Octubre del 2023.  |
| 2   | Oftalmoláser Sociedad de Cirugía del Huila S.A.      | Tejidos Oculares            | Oct 25 de 2017 (solicitud de renovación vía email) | RedDataINS Sept 08 de 2020 | Renovación por vencimiento de la inscripción  | <b>Vigencia en RedDataINS:</b> Hasta 08 de Septiembre del 2023  |
| 3   | Centro Oftalmológico Surcolombiano Ltda              | Tejidos Oculares            | 12/02/2018   | RedDataINS Ene 14 de 2021  | Renovación por vencimiento de la inscripción  | <b>Vigencia en RedDataINS:</b> Hasta 14 de Enero del 2024.  |
| 4   | Sociedad Odontológica del Huila S.A.S                | Tejido Osteomuscular        | 18/10/2016 (RedData).                              | RedDataINS: Oct 09 de 2018 | Renovación por vencimiento de la inscripción. | <b>Vigencia en RedDataINS:</b> Hasta 09 de Octubre del 2021.  |
| 5   | Corporación Banco de Tejidos Regional Sur, Bantejido | Tejidos Oculares            | 01/11/2019   | 07/11/2019 –               | Inscripción por 1ra vez                       | <b>Vigencia en RedDataINS:</b> Hasta 07 de Noviembre del 2022. Pendiente visita formal de auditoría. Mayo 05/2020: Verificación de cargue a RedDataINS del Certificado en Buenas Prácticas. |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

Secretaría de Salud

Anexo No. 2: TALENTO HUMANO INSCRITO – **Jun 30 /2021**

| RECURSO HUMANO INSCRITO EN LA RCORDT6                 |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| 1. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO | NOMBRE                               | CARGO  |
| TRASPLANTE RENAL (ADULTO Y PEDIÁTRICO)                | Cristian Andrés Gómez Medina         | Coordinador Médico Unidad de Trasplante Renal    |
|   | Fermín Alonso Canal Daza             | Cirujano General, Cirujano de Trasplante Renal   |
|   | Darío Fernando Perdomo Tejada        | Cirujano General, Cirujano de Trasplante Renal   |
|   | Carlos Blanco González               | Cirujano Pediatra, Cirujano de Trasplante Renal. |
|   | Claudia Marcela Hernández Mojica     | Nefróloga  |
|   | Rolando Ferney Ríos Otálora          | Nefrólogo Pediatra                               |
|   | Jhónata Toro Atara                   | Nefrólogo  |
|   | Andrés Mauricio Gordillo Pachón      | Anestesiólogo                                    |
|   | Daniel Rivera Tocancipá              | Anestesiólogo                                    |
|   | Javier Mauricio Fernández Camacho    | Anestesiólogo                                    |
|   | Laura Valentina Montealegre Trujillo | Enfermera Jefe para la Unidad de Tx renal        |
|   | Gina Paola Quintero Perdomo          | Coordinadora Operativa de Trasplantes            |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

Secretaría de Salud

|   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
|   | Alexánder Nossa Rodríguez         | Coordinador Operativo de Trasplantes             |
|   | Gustavo Adolfo Muñoz Paz          | Coordinador Operativo de Trasplantes             |
|   | Néstor Daniel Ramírez             | Coordinador Operativo de Trasplantes             |
|   | Darly Yureidy Viveros             | Médica Auditora                                  |
|   | Nadia Katid Coronado Salazar      | Otros Profesionales (Psicóloga)                  |
|   | Sebastián Alejandro Leyva Murillo | Personal técnico, tecnólogo o auxiliar           |
|   | Milena Alejandra Herrera Peña     | Otros Profesionales (Instrumentadora quirúrgica) |
|   | Nátaly Barrera Motta              | Otros Profesionales (Instrumentadora quirúrgica) |
|   | Daniela Liceth Gaitán Muñoz       | Personal técnico, tecnólogo o auxiliar           |
| <b>2. OFTALMOLASER SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL HUILA S.A.</b> | <b>NOMBRE</b>                     | <b>CARGO</b>                                     |
| <b>TRASPLANTE DE TEJIDOS OCULARES</b>                     | Ingrid Constanza Pino Tejada      | Oftalmóloga                                      |
|   | Andrés Liévano Bahamón            | Oftalmólogo                                      |
|   | Félix Hernando Celis Victoria     | Oftalmólogo                                      |
|   | Régulo Hernando Nates             | Anestesiólogo                                    |
|   | Vilma Leonor Angulo               | Anestesióloga                                    |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

Secretaría de Salud

|  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
|  | Diana Constanza Perdomo Farfán    | Enfermera Jefe - Coordinadora Asistencial y Sistema de Información |
|  | Álvaro Díaz Plazas                | Oftalmólogo  |
|  | Ana Carolina Fernández            | Oftalmólogo  |
|  | Wilson Javier Jovel Plazas        | Oftalmólogo  |
|  | Diego Germán Quintero             | Oftalmólogo  |
| <b>3. CENTRO OFTALMOLÓGICO SURCOLOMBIANO</b> | <b>NOMBRE</b>                     | <b>CARGO</b>   |
| <b>TRASPLANTE DE TEJIDOS OCULARES</b>        | Luís Augusto Ramón Puentes Millán | Oftalmólogo  |
|  | Édgar Iván Morales Villarreal     | Oftalmólogo  |
|  | Hernán Polanía Suculaba           | Oftalmólogo  |
|  | Luís Guillermo Pérez Pérez        | Oftalmólogo  |
|  | Nátally Recalde Lucero            | Enfermera Jefe – Calidad y Sistema de Información                  |
| <b>4. SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DEL HUILA</b>    | <b>NOMBRE</b>                     | <b>CARGO</b>   |
| <b>TRASPLANTE DE TEJIDO OSTEOMUSCULAR</b>    | Alejandra Bobadilla Henao         | Odontóloga – Patología y Cirugía Bucal                             |
|  | Javier Montejo Tarazona           | Odontólogo- Cirujano Maxilofacial                                  |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

Secretaría de Salud

|   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
|   | Carlos Eduardo Díaz Pérez          | Odontólogo – Endodoncista                                       |
|   | Eloísa Archila Montañez            | Odontóloga -Endodoncista  |
|   | César Leandro Díaz Ramírez         | Odontólogo – Especialista en patología oral                     |
|   | Andrea Galindo Polanía             | Odontóloga – Periodoncista                                      |
| <b>5. CORPORACIÓN BANCO DE TEJIDOS REGIONAL SUR BANTEJIDO</b> | <b>NOMBRE</b>                      | <b>CARGO</b>  |
| <b>TEJIDOS OCULARES</b>                                       | Félix Hernando Celis Victoria      | Dirección Médica  |
|   | Maribel Martínez Yepes             | Dirección Técnico Científica                                    |
|   | Sonia Patricia Muñoz Calderón      | Dirección Técnico Científica                                    |
|   | Gloria Mercedes Celis Victoria     | Responsable del Sistema de Gestión de Calidad                   |
|   | Cristian Felipe Buitrago Rodríguez | Personal Técnico, Tecnólogo o Auxiliar                          |
|   | Gina Paola Oliveros Gutiérrez      | Personal Técnico, Tecnólogo o Auxiliar                          |
|   | Gina Paola Quintero                | Coordinadora Operativa de Trasplantes                           |
|   | Gustavo Adolfo Muñoz Paz           | Coordinador Operativo de Trasplantes                            |
|   | Alexánder Nossa Rodríguez          | Coordinador Operativo de Trasplantes                            |
|   | Cristian Felipe Buitrago Rodríguez | Personal Técnico, Tecnólogo o Auxiliar (Auxiliar de enfermería) |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

**Nota: Incidente con RedDataINS:** A Junio 30/2021 todavía aparece aprobado César Fabián Rodríguez, odontólogo de la IPS Tx Sociedad Odontológica del Huila, aprobación que se produjo al parecer automáticamente durante la coyuntura de ajustes al aplicativo web (diciembre de 2018), de lo cual se notificó al INS. La solicitud de inscripción había sido rechazada por la Rcordt6 en el 2018, por no soportar especialidad y, a la IPS se le había solicitado entonces inscribirlo en otra modalidad diferente a especialidad, pero volvieron a cometer el error, por lo que la solicitud fue rechazada nuevamente. La causa del error: RedDataINS no da a la IPS la opción de inscribir a un odontólogo general que no esté especializado, ya que no les despliega la opción de OTROS PROFESIONALES, y en el ítem de ESPECIALIDAD, no cuenta con la opción No aplica o No especialista. La IPS tiene dificultades para la inscripción de odontólogos no especializados, en calidad de ayudante de un especialista o de otro cargo relacionado con el servicio de trasplante, por lo que César Fabián Rodríguez sigue apareciendo inscrito en RedDataINS como especialista para trasplante de tejidos, sin serlo, no aprobado por la RCORDT6, pero por persistencia de incidente en RedDataINS sigue apareciendo en RedDataINS (Se solicita a la IPS desvincularlo, como solución al incidente, mientras se ajusta RedDataINS con la opción para la inscripción de un odontólogo general). Persiste incidente de modalidad de inscripción de Bantejido como IPS en lugar de modalidad de Banco de Tejidos.





## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

Gobernación del Huila > Inicio x | Recibidos - coordinacionregional x | RED DATA | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD x | +

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD [CO] | https://apps.ins.gov.co/Trasplantes/firm/ips/ipsVer?value=H4sIAAAAAAEAGNgZGBg%2bA8EIBoE2EAMvuT8IMz0%2fPjMgmJbQ2MDbgCku%2bOaJgAAAA%3d%3d

RedDataINS | MINSALUD | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | MINISTERIO DE SALUD | TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Herman Sarria v

CENTRO

|  |                               |  |  |
|--|-------------------------------|--|--|
| Correo Electronico:                                  | gerencia@odontoclinicasmr.com | Nombre Representante Legal:            | MARIA EUGENIA MELO ROJAS               |
| Cedula Representante Legal:                          | 51739267                      | Nombre laboratorio clinico:            | Laboratorio de Medicina GENOMICA NEIVA |
| Observaciones:                                       |                               | Nombre del laboratorio inmunogenetica: |  |
| Fecha de acta de constitucion comite de trasplantes: | 04/04/2017 0:00:00            | Fecha de certificado de cumplimiento:  | 14/10/2016 0:00:00                     |

Documentación requerida para la inscripción

| Nombre  | Tipo  | Ver documento                 |
|---|---|-------------------------------|
| Acta de Constitución del Comité de Trasplante | Acta de Constitución del Comité de Trasplante | <a href="#">Ver Documento</a> |
| Documento Representante Legal                 | Documento Representante Legal                 | <a href="#">Ver Documento</a> |
| NIT/RUT                                       | NIT/RUT                                       | <a href="#">Ver Documento</a> |
| Otro Documento                                | Otro Documento                                | <a href="#">Ver Documento</a> |

Seleccione el servicio habilitado: **Tejidos Osteomusculares**

Información del personal

| Estado                              | TIPO_IDENTIFICACION       | NO_IDENTIFICACION | NOMBRE         | APELLIDO         | PROFESION  | ESPECIALIDAD                        | NO_REGISTRO_PROFESION | CARGO                                   |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------------|----------------|------------------|------------|-------------------------------------|-----------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | CC (CÉDULA DE CIUDADANÍA) | 1075238979        | ALEJANDRA      | BOBADILLA HENAO  | Odontólogo | Patología y Cirugía bucal           | 252139                | Especialista para trasplante de tejidos |
| <input checked="" type="checkbox"/> | CC (CÉDULA DE CIUDADANÍA) | 80502546          | CARLOS EDUARDO | DÍAZ PEREZ       | Odontólogo | Endodoncia                          | 0449                  | Especialista para trasplante de tejidos |
| <input checked="" type="checkbox"/> | CC (CÉDULA DE CIUDADANÍA) | 55179897          | ANDREA         | GALINDO POLANIA  | Odontólogo | Periodoncia u osteointegración      | 0707                  | Especialista para trasplante de tejidos |
| <input checked="" type="checkbox"/> | CC (CÉDULA DE CIUDADANÍA) | 91213192          | JAVIER         | MONTEJO TADAZONA | Odontólogo | Cirugía Maxilofacial o Cirugía Oral | 585                   | Especialista para trasplante de tejidos |
| <input checked="" type="checkbox"/> | CC (CÉDULA DE CIUDADANÍA) | 79710804          | CÉSAR FABIÁN   | RODRÍGUEZ        | Odontólogo | Otra                                | 500025                | Especialista para trasplante de tejidos |



**GOBERNACIÓN DEL HUILA**  
Secretaría de Salud

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

| <b>SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO POR AUDITORÍAS DE LA CNRDT-INS A LA REGIONAL No.6 RDT</b>  |  |
|--|--|
| <b>PLAN:</b> Auditoría del <b>20 de Noviembre de 2017 y Mayo 18-19 de 2021</b>   | <b>SEGUIMIENTO:</b> <b>A 30 de Junio de 2021</b>   |
| Recomendación institucional para que, por parte de la Gobernación, se continúe con la gestión de las políticas de archivo y aseguramiento documental.<br>Se recuerda la importancia de la implementación de políticas de Cero papel y digitalización de la información, por el riesgo de mantenimiento de información de alta importancia en medios físicos. | TRD de la SSD Huila aprobada ya en este año por el Archivo General de la Nación  |
| Se recomienda hacer un trabajo continuo para que las alertas sean recibidas a través del CRUEH y de allí se direccionen a los médicos COT.   | En el 2021, se recordará nuevamente a las IPS generadoras sobre la importancia del reporte de las alertas de posibles/potenciales donantes al CRUE Huila, para su registro y seguimiento, con notificación a los Médicos Coordinadores Operativos de Trasplante.   |
| Realizar auditoría al Banco de Tejidos incluyendo el seguimiento al cumplimiento a los turnos de rescate de tejidos.   | Ya se solicitó mediante oficio a Bantejido cuadro de turnos por Técnicos (entre otras solicitudes), el cual fue enviado hasta el mes de octubre, siendo socializado al CRT-INS. Está pendiente que Bantejido envíe soporte del cumplimiento por parte de sus Técnicos de los turnos de detección en IPS / sedes ML de los potenciales donantes.                                    |
| Realizar seguimiento a pacientes en lista con fecha de ingreso 2014 y 2015 y presentar en visita próxima de auditoría los motivos del por qué no se ha realizado el trasplante   | Pendiente seguimiento por auditoría y sistema de información de la RCORDT6.  |
| Realizar seguimiento al interior de las IPS Trasplantadoras de la adopción de los criterios de consenso renal y de tejidos oculares. Realizar seguimiento al cumplimiento de Lineamiento Covid por parte de las IPS con programa de trasplante y los Bancos de Tejidos; hacer énfasis especial en la valoración de riesgo.                                   | Ya se actualizó el formato para el registro de la alerta, tanto por los médicos COTx como por el CRUE Huila, contemplando ítem para la caracterización del riesgo por COVID-19 o de otra infección de interés en Salud Pública. Se solicitó mediante oficio a las IPS trasplantadoras y a Bantejido reportar los casos positivos para COVID-19 al correo de Biovigilancia del INS. |



**GOBERNACIÓN DEL HUILA**  
Secretaría de Salud

Anexo No. 4: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REGIONAL No.6 RDT: **Estado a Junio 30 / 2021**

| 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.   |   |
| <b>Reportar mensual, trimestral y anualmente la información requerida por la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes</b>                        | Informe de Gestión y Reporte estadístico consolidado anual del 2020 <b>(Total año: 1)</b>  | Instituto Nacional de Salud, IPS Trasplantadoras y otros actores de la RDT, según pertinencia | X                |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       | 100%                                    |
|   | Informe de Gestión y Reporte estadístico consolidado Trimestral <b>(Total año: 4)</b>  | Instituto Nacional de Salud, IPS Trasplantadoras y otros actores de la RDT, según pertinencia | 4to del 2020     |     |     | X   |     |     | X   |     |     | X   |     |       | 50%                                     |
|   | Reporte estadístico mensual <b>(Total año: 12)</b>   | Instituto Nacional de Salud   | Dic de 2020<br>X | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X Nov | 50%                                     |
| <b>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</b> | Elaboración y reporte del cuadro de turnos para detección y rescate en IPS generadoras <b>(Total año: 12)</b>  | Instituto Nacional de Salud, IPS Trasplantadoras y Bancos de Tejido                           | X                | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X     | 50%                                     |
|   | Verificar mediante análisis de los registros hechos por las IPS trasplantadoras de órganos y médicos CRUEH, la asignación de componentes anatómicos. <b>(Total año: NA - Según trasplantes de órganos y tejidos (cuando aplique) realizados por las IPS trasplantadoras)</b> | Bancos de Tejido e IPS trasplantadoras inscritas en la Rcordt6                                | D                | I   | S   | P   | O   | N   | I   | B   | I   | L   | I   | D     | 100%<br>(2 de 2)<br><br>Donantes Reales |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

|  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Analizar los registros de la Gestión Operativa de la Donación con donante real, realizados tanto por los médicos COTx como por los médicos CRUEH</b>  | Verificar el correcto diligenciamiento de los formatos para el registro de la información de la Gestión Operativa de la Donación con donante real, 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%<br>(2 de 2)                              |
| <b>Dar asistencia técnica a las IPS trasplantadoras respecto al cumplimiento de sus funciones legales.</b>   | Asistencia Técnica en el cumplimiento de sus funciones legales (Total año: 5)   | Cinco (5): 4 IPS habilitadas y un Banco de Tejidos, inscritos en la RCORDT6  |   |   | X |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 100%  |
| <b>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)</b>  | 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)<br>(Total año: 50 actividades con 1500 personas informadas/educadas) | Recurso Humano de la RCORDT6   | D | I | S | P | O | N | I | B | I | L | I | D | Regional:                                     |
|  |   | El resto de comunidad: según demanda y programación por los distintos actores de la Regional No.6 RDT  | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 10 (20%)<br>y<br>261 +<br>Indefin.<br>(17,4%) |
| <b>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</b> | 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%<br>(5 /5)                                |
| <b>Convocar a las reuniones del Comité Asesor de la Rcordt6, acorde a lo contemplado en la normatividad vigente</b>  | 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%   |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

|  |   |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |                          |
|--|---|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| <b>Coordinar las actividades de consolidación, actualización, validación de las listas de espera de órganos sólidos de la Regional No.6</b>    | Validar y actualizar las listas de espera de las IPS trasplantadoras (Total año: <b>NA - Según novedades reportadas por las IPS trasplantadoras y Bancos de Tejidos Oculares</b> )  | IPS trasplantadoras de órganos inscritas en la Rcordt6  | D | I | S | P      | O | N | I | B | I | L | I | D | <b>100%</b><br>(14 / 14) |
| <b>Apoyar cuando se requiera las actividades propias de la Gestión Operativa de la Donación.</b>   | Apoyo cuando se requiera a la Gestión Operativa de la Donación (Total año: <b>NA - Según solicitud por las IPS trasplantadoras y disponibilidad en dicho momento del Coordinador Regional</b> )   | IPS trasplantadoras de órganos inscritas en la Rcordt6  | D | I | S | P      | O | N | I | B | I | L | I | D | <b>NA</b>                |
| <b>Registrar la información y hacer seguimiento a todas las alertas de posibles donantes, generadas en el área de influencia de la Rcordt6</b> | 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: <b>NA - Según número de alertas generadas en la Regional No.6 RDT</b> ) | 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 | <b>100%</b><br>(51 / 51) |
| <b>Auditoría Programada a las IPS trasplantadoras y Bancos de Tejido</b>   | 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: <b>15</b> )  | 4 IPS trasplantadoras de órganos inscritas en la Rcordt6 (Una IPS reportó cierre de servicios) y un banco de tejidos                |   |   |   | 4 de 5 |   |   | 5 |   |   |   |   | 5 | <b>26,7 %</b>            |



## GOBERNACIÓN DEL HUILA

### Secretaría de Salud

|   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |
|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|
| <b>Auditoría Programada a las IPS Generadoras</b>   | 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 <b>(Total año: 7 )</b> | IPS generadoras del área de influencia de la Rcordt6   |   |   |   |   |   | 7 |   |   |   |   | 7 |   |  | 0%  |
| <b>Auditoría Programada a las IPS que posiblemente estén trasplantando componentes anatómicos</b> | 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 <b>(Total año: NA )</b>   | IPS que posiblemente estén trasplantando componentes anatómicos sin la debida autorización           |   |   |   |   |   | X |   |   |   |   | X |   |  | NA ( 2 IPS con programa en el REPS pero no trasplantan) |
| <b>Auditorías coyunturales</b>  | 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 <b>(Total año: NA - Según eventos presentados )</b>  | 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 |  | NA% ( 0 de 0 )  |