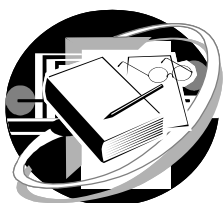


## EDITORIAL - Nueva Sección

### POSTERS

Iniciamos una nueva Sección, para la difusión de posters presentados en Congresos u otros ámbitos. En esta oportunidad iniciamos la sección con material referido a la Coordinación Hospitalaria de Trasplantes de Organos Sólidos.



### POSTERS

<https://doi.org/10.35954/SM2006.28.1.11>



## Inicio de la Coordinación de Trasplante en un Hospital Público

*Presentado en:*

*9° Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Trasplantes – 11 al 15 octubre 2005*

*18° Congreso Latinoamericano y del Caribe de Trasplantes – 11 al 15 Octubre 2005*

DRES. CACCIATORI A, QUINTERO C,  
INFANZÓN M, CARABALLO J, TERRA J, NOVERI S, BUCCINO E, MIZRAJI R, DA ROSA F, ALVAREZ I.  
Hospital Central de las FFAA - Coordinación de Trasplante INDT

### INTRODUCCION

La figura del Coordinador Hospitalario de Trasplante, es fundamental para la captación precoz del donante potencial, y una vez convertido éste en donante real, lograr el mayor número de órganos y tejidos para implantar.

### OBJETIVO

Analizaremos la actividad de la Coordinación Hospitalaria de Trasplante en un Hospital Público (Hospital Central de las FFAA), en los primeros ocho meses de actuación.

### MATERIAL Y METODOS

Analizaremos en forma prospectiva el desempeño en un Hospital con 485 camas. Hasta el año 2001 disponía de 12 camas de Cuidados Intensivos, todas con respirador. En el año 2002, aumenta el número de camas a 14 (8 de Polivalente y 6 de Cardiológico). Se analizará en el período 2000-2004: número (N°) de fallecidos, muertes encefálicas (ME) comunicadas, donantes reales, relación ME/cama de Unidad de Cuidados Intensivos(UCI), relación ME/fallecidos de la Unidad y ME/ total de fallecidos del Hospital. A partir del año 2005 se inicia el Programa de Coordinación Hospitalaria con el seguimiento de pacientes con Score Glasgow (GCS) menor ó igual a 8 y se muestran los resultados de los primeros ocho meses.

### RESULTADOS

ME en los años: 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 primeros ocho meses del 2005. Se enumeran en las Tablas adjuntas las siguientes Variables e Indicadores: ME, fallecidos del Hospital, fallecidos UCI, ME/Total fallecidos, ME/Fallecidos UCI, DR, DR/Camas UCI, ME/Camas UCI, ME/Fallecidos de Polivalente, ME/Cama Polivalente.

**DISCUSIÓN**

La figura del Coordinador Hospitalario de Trasplante es fundamental para aumentar la detección de los Donantes Potenciales y transformarlos en Donantes Reales, en aquellas áreas capaces de proporcionarlos, como son las UCI, en especial el sector Polivalente. Se destaca la tarea en equipo del Coordinador, con el resto de los integrantes del Equipo Asistencial y el apoyo del Hospital de referencia en la gestión. Todo esto ha influido en un franco aumento de la cultura de la donación, pilar fundamental para el desarrollo de la Procuración.

<b>Año</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005 *</b>
Muerte Encefálica (ME)	7	7	6	11	10	11
Fallecidos Hospital	457	437	441	477	488	318
Nº Fallecidos UCI	149	158	147	151	163	108
ME/Fallecidos Hospital	1,5	1,6	1,3	2,3	2,0	3,4
ME/Fallecidos UCI	0,047	0,044	0,041	0,073	0,061	0,102
Donante Real (DR)	2	3	2	3	4	5
DR/Camas UCI	0,16	0,25	0,14	0,21	0,28	0,36
ME/Camas UCI	0,58	0,58	0,43	0,8	0,71	0,8
* Del 01.01 al 31.08.2005. Coordinación Intrahospitalaria.						

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>ME</b>	7	7	6	11	10	11
Nº Fallecidos.Hospital	457	437	441	477	488	318
ME/Fallecidos Poli	5,9	5,5	4,8	8,7	8	15
ME/Cama Poli	1	1	0,75	1,375	1,25	1,375