



POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD

“EQUIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN ECUADOR”

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el Título de Especialista en Administración de
Instituciones de Salud

Prof. Guía

Eco. Javier Andrés Labbé Cid

Autores

María Alicia Mata Herrera
Julio César Parra Echeverría
Angela María Viteri Guerrero

Año

2013

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de comunicaciones virtuales con los estudiantes, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Eco. Javier Andrés Labbé Cid

Economista

CI 11.415.863-1

DECLARACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

“Declaramos que este trabajo es original, de nuestra autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

María Alicia Mata H
1710292739

Julio César Parra E
1721086469

Angela María Viteri G
1715193742

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios que nos ha permitido realizar esta investigación para poder tener una mirada más profunda y humana sobre el tema y poder ser actores de cambio desde cada uno de nuestros lugares de trabajo a fin de marcar la diferencia en el acceso a la información de las poblaciones más vulnerables.

Agradecemos a Javier Labbé quien contribuyó con su conocimiento y experticia sobre el tema a ayudarnos a descubrir las diferentes aristas de la equidad, enriqueciendo nuestro conocimiento académico a través de su guía y retroalimentación.

Agradecemos a los funcionarios públicos con quienes nos entrevistamos para facilitarnos información y compartir con nosotros sus puntos de vista en relación al tema de la donación de órganos; así como también a responsables de instituciones privadas que de manera informal conversaron con nosotros sobre el tema a pesar de las limitantes institucionales (factor que significó una gran dificultad para llevar a cabo la investigación).

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a todas las personas anónimas que permiten la continuidad de la vida a través de la donación de sus órganos.

También dedicamos este trabajo a nuestras familias que han compartido con nosotros algunos de los debates que tuvimos sobre el tema, ayudándonos a discernir ampliamente sobre esta compleja temática.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación, fue desarrollado para determinar el grado de equidad del trasplante hepático en el Ecuador, establecer sistemas y modelos de inclusión, acceso, evaluación y seguimiento, lo cual no ha sido una tarea sencilla, pues la falta de información y conocimiento del tema por parte de los encargados de las instituciones públicas, puso de manifiesto que no se cuenta con un sistema de monitoreo y seguimiento, otro factor importante fue el hermetismo para compartir la información por parte del hospital privado que ejecutaba este procedimiento, también se evidenció la negligencia de los gobiernos ecuatorianos en implementar una política pública eficiente, eficaz, económica y transparente, en lugar de simples parches coyunturales, asimismo se constató una inadecuada estrategia comunicacional por parte del ente rector; y, la carencia de formación de profesionales especializados y servidores públicos del Registro Civil que deberían estar capacitados en esta temática.

A fin de poder realizar un análisis metodológico científico adecuado que arroje resultados que permitan su análisis se elaboraron encuestas, tanto para los organismos públicos como privados responsables del tema, lamentablemente no se obtuvo la respuesta deseada, por lo que se implementó la herramienta de la entrevista para obtener información cualitativa. De igual manera se realizó una encuesta para algunas de las personas trasplantadas.

Se ha concluido que, existe inequidad en la administración, manejo, difusión de la información, así como el acceso a la misma por parte de la población en general referida al trasplante hepático y otros, razón por la cual se dedicó una parte importante de la tesina al análisis médico y las razones por las cuales se debería referir a una persona a dicho tratamiento. En las recomendaciones y propuesta se resume de manera sucinta aspectos coyunturales que se apliquen como política pública para lograr una genuina equidad como ser por ejemplo la conexión en línea del ECU 911 con el ente rector y la capacitación adecuada de este personal para realizar el procedimiento adecuado que permita salvar vidas.

ABSTRACT

This research was developed to determine the degree of fairness of liver transplantation in Ecuador, establish systems and models of inclusion, access, assessment and monitoring. This has not been an easy task, since the lack of information and knowledge about the topic by managers of public institutions showed that there is no monitoring and following up system. Furthermore, the lack of information sharing by the private hospital that ran this procedure and the lack of specialized professionals and servers is also evidence of the negligence of the Ecuadorian government and their reluctance to implement an efficient, effective, economical and transparent public policy rather than simply covering the problem temporarily. Also inadequate communication strategy by the governing body led to the lack of specialized professionals.

In order to conduct a proper scientific analysis that yields results which allows analysis of both public and private organizations responsible for the issue, surveys were carried out. Unfortunately the desired responses were not obtained, so interviews were implemented to obtain qualitative information. Similarly a survey on some transplant patients was performed.

It is concluded that there is inequality in the administration, management, information dissemination, and access to it by the general population referred to liver transplantation and many others, which is why an important part of it devoted to dissertation analyses the medical reasons behind whether someone should refer a person to such treatment. The recommendations and proposals summarized succinctly the cyclical aspects to be applied as public policy to achieve genuine equality, such as the connection line ECU 911 with the governing body and the appropriate training of these personnel to perform the appropriate procedure that allows the saving of lives.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	15
1. MARCO TEÓRICO	15
1.1. Equidad en salud.....	15
1.2. Desigualdades en Salud.....	18
1.2.1. La desigualdad en el Ecuador	20
CAPÍTULO II.....	22
2. EI TRASPLANTE HEPÁTICO	22
2.1. “Enfermedades Hepáticas	22
2.2. Enfermedades susceptibles de trasplante.....	25
2.2.1. Enfermedades congénitas.....	25
2.2.2. Enfermedades metabólicas de origen hepático.....	25
2.2.3 Insuficiencia hepática aguda	25
2.2.4. Hepatopatía crónica avanzada.....	26
2.2.5. Tumores hepáticos	26
2.2.6. Enfermedades vasculares hepáticas.....	26
2.3. Fracaso de un injerto previo	27
2.4. Situación de los trasplantes hepáticos en el Ecuador	28
2.4.1. Criterios de selección para trasplante hepático.....	30
2.4.2. Proceso de admisión	37
2.4.3. Indicaciones y contraindicaciones del trasplante hepático. ...	39
CAPITULO III.....	41
3. EQUIDAD O INEQUIDAD EN PACIENTES	
TRASPLANTADOS	41
3.1. Indicadores de la distribución de la renta.....	41

3.2. Listas de espera y criterios de asignación de los órganos.	45
3.3 Presentación y análisis de resultados	46
CAPITULO IV.....	53
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
4.1 Conclusiones.....	53
4.2. Recomendaciones.....	56
REFERENCIAS.....	61
ANEXOS	66

INTRODUCCIÓN

“Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guía la distribución de las oportunidades para el bienestar. La estrategia global de la OMS para lograr la Salud para Todos está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios”. (OMS, enero 1998, p.17).

“La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al estado de salud surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida” (msssi. gob. es, s. f.).

“Equidad en salud significa, tratar de reducir las brechas evitables en el estado de salud y en los servicios de salud entre los grupos con diferentes niveles de privilegios sociales, reflejados en las diferencias del nivel socioeconómico, género, localización geográfica, étnicas, religiosas y edad. La equidad en salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que aquello pueda evitarse”. En términos operacionales significa: reducir al mínimo posible los factores diferenciales de salud y de acceso a los servicios de salud” (Medicina Social, 2008, p.333).

Para efectos del presente estudio, se entenderá por equidad en trasplantes hepáticos aquella condición caracterizada por niveles de acceso al trasplante,

en todas las regiones y grupos socioeconómicos. Entendido como un proceso, equidad significa, entonces, reducir al mínimo las diferencias existentes, que puedan ser evitadas. Se entenderá por inequidad las diferencias injustas y evitables en la prestación, que se derivan de factores tales como el nivel socioeconómico (educación, ocupación y nivel de riqueza o ingresos de los hogares), la ubicación geográfica, el origen étnico y el sexo.

Antecedentes

“A partir del siglo XV aparece una de las primeras ideas de trasplante con un donante cadavérico con fines terapéuticos, los casos científicamente comprobados surgen en el siglo XIX que conjuntamente con otros avances médicos permitieron su desarrollo, es en el siglo XX que con el procedimiento para irrigar los órganos injertados abrieron la posibilidad técnica y quirúrgica para la realización de un trasplante. Algunas de las cirugías de trasplantes que se realizan a nivel mundial son: corazón, riñón, páncreas, pulmón, córnea e hígado” (incucal, s. f.).

Para el caso en estudio, el hígado constituye el órgano más noble por excelencia, el auténtico órgano de la vida. Además, el hígado es como órgano, más complejo que el corazón o el riñón. Su trasplante, requiere de un equipo multidisciplinario ya que es un proceso complejo.

“La historia del trasplante hepático va ligada al cirujano norteamericano Thomas Starzl, verdadero antecesor de las cirugías de trasplante, fue uno de los primeros cirujanos en hacer trasplantes renales al inicio de los sesenta. Preparó una técnica experimental de trasplantes en animales que validó hasta la saciedad y el 1 de Marzo de 1963, llevó a cabo el primer trasplante de hígado en el Veteran’s Hospital de Denver, Colorado, a un niño de 3 años con diagnóstico de atresia de vías biliares, al que implanta el órgano de otro niño fallecido como consecuencia de un tumor cerebral. Con una sobrevida de cinco horas. Dos meses después, el 5 de Mayo realiza el segundo en un hombre de

48 años con un cáncer de hígado, que recibe en este caso el órgano de un paciente de 55 años con un tumor cerebral. El paciente vive 22 días, pero muere por una embolia pulmonar. El camino comienza a abrirse. Pero solo un poco. Entre 1963 y 1967, en Francia (Demirleau en Noviembre de 1963), Inglaterra (Roy Calne) y los Estados Unidos se hicieron varias decenas de trasplantes hepáticos con resultados diversos, pero ninguno alcanzó el año de supervivencia.

La historia del trasplante de hígado está plagada de numerosos intentos en todo el mundo durante los sesenta y los setenta, pero con unos resultados muy pobres, que en las mejores manos apenas supone una supervivencia al año de un 30% de los pacientes.

En la década de los ochenta se evidencia mejoras de todo tipo: quirúrgicas, anestésicas, de manejo de la coagulación, pero sobre todo de inmunosupresión lleva a una verdadera explosión de la técnica.

Arturo Dib Kuri en mensaje del Director General del Centro Nacional de Trasplantes, ob. Cit, señala que:

“Los trasplantes de órganos y tejidos, constituyen el avance terapéutico más importante en los últimos 50 años en el campo de las ciencias de la salud. Su logro ha involucrado a prácticamente todas las especialidades de la medicina moderna. El trasplante es el reemplazo de un órgano que ya no funciona por otro sano proveniente de un donante vivo o cadavérico, esto con la finalidad de prolongar y mejorar la salud de un paciente con una enfermedad que puede ser tratada mediante un trasplante. Es evidente que los trasplantes alargan la vida. Pero sobre todo, añaden vida a los años” (Ont.es, s. f.).

“Los trasplantes se logran por la solidaridad y actitud positiva de las familias que decidieron respetar la voluntad de sus familiares que

fallecieron con diagnóstico de muerte encefálica, condición única para ser donantes de órganos. En el Ecuador se estableció una Ley de Trasplantes de Órganos y Tejidos el 27 de julio de 1994, en marzo del 2011 se implementa una nueva ley en el Ecuador que establece un sistema de consentimiento presunto de donación de órganos y se constituye un instrumento para normar y regular los procedimientos para la realización de trasplantes.

En el Ecuador El Instituto Nacional de Trasplante de Órganos y Tejidos (INDOT) acredita a hospitales públicos y privados para la realización de trasplantes, así como a médicos que cumplan con el perfil técnico en el tema.

Los médicos acreditados por el INDOT son los únicos autorizados para ejecutar los procedimientos de trasplantes, los mismos que tienen que realizarse en hospitales certificados porque cumplen con todas las garantías de seguridad, así como de infraestructura, tecnología y de atención especializada.

El Estado ecuatoriano garantiza el acceso y la cobertura de los costos del proceso de trasplantes a todos los ciudadanos que lo requieran, a través del Consejo de Política Sectorial de Desarrollo Social, que impulsa el Programa de Protección Social (PPS) y la Red de Protección Solidaria, que contempla el apoyo económico para las enfermedades catastróficas.

Dentro de las enfermedades catastróficas está la insuficiencia renal (pérdida de la funcionalidad del riñón), tratamiento de diálisis y los procedimientos de trasplante de médula ósea, riñón e hígado. Además suministra los medicamentos inmunosupresores, de alto costo, a los pacientes trasplantados.

El Programa de Protección Social - PPS cubre además a pacientes que se encuentran en la Lista de Espera Única Nacional y que no están afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad

Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y en casos específicos el Estado cubre el tratamiento fuera del país.

Citando nuevamente a Arturo Dib Kuri en el Mensaje del Director General del centro Nacional de Trasplantes, ob. Cit. “el progreso en ciencia y tecnología continuará igual o más rápido que hasta ahora, seguirá hasta conseguir más y mejores posibilidades de sobrevivida y salud para la humanidad”. Pero a qué precio, y quienes tienen acceso a estos procedimientos. La mayoría de la población ecuatoriana no tiene garantía explícita de acceso a los servicios de salud mínimos que necesita.

Existen desigualdades en la prestación de servicios, tanto en las zonas urbanas como en el área rural. Las familias de escasos recursos tienen menos acceso a servicios. Del mismo modo se presentan desigualdades entre las diferentes regiones del país, la Costa y el Oriente tienen coberturas más bajas que las que se registran en la Sierra. En el país aún fallecen cien personas al año por falta de trasplante de hígado, según datos del INDOT.

El primer trasplante de hígado en Ecuador se realizó el 21 de diciembre del 2009, y hasta la actualidad se han realizado 47 trasplantes, y existen veinte y cinco personas en lista de espera y más de 60 que se evalúan para integrar la lista una vez que se determine un estudio clínico. El déficit de donantes obliga a que muchas personas esperen un hígado en el país” (Indot, s. f.).

Justificación del problema

¿Cuáles son los fundamentos teóricos y metodológicos que caracterizan la introducción de la evaluación económica en las cirugías de trasplante hepático en Ecuador, cuál es la situación real de ésta y qué instrumentos desarrollar para promover su utilización en el proceso de toma de decisiones?

Esta investigación parte de la importancia de sustentar aquellos aspectos teóricos y metodológicos que constituyen las bases para desarrollar la evaluación de trasplantes hepáticos en el Ecuador. Independientemente de que en la literatura internacional aparecen desarrollados muchos temas de evaluación de trasplante hepático, estos no se refieren a las condiciones del sistema de salud ecuatoriano, ni al carácter de la economía ecuatoriana, por otro lado es necesario precisar la situación de la evaluación de trasplante hepático en salud en Ecuador, cuáles son sus fortalezas y debilidades, y qué instrumentos son necesarios para estimular su acceso a la población que lo necesita, ya que no existe en el Ecuador un modelo de evaluación del trasplante hepático y es justamente lo que pretende esta investigación, establecer un modelo que permita evaluar la equidad del trasplante hepático.

Las cirugías de trasplante hepático se vienen realizando desde 2009 pero no se ha realizado un estudio que permita establecer la equidad social en el acceso a este tipo de intervenciones, razón por la que se realiza la presente investigación.

“El principal reto será buscar la equidad en la atención médica en trasplantes, dándole a ésta su más alta calidad, dentro de un proceso continuo de innovación y regulación sanitaria, que permita por un lado consolidar los logros alcanzados y por el otro impulsar el desarrollo organizado y coordinado de los sectores público, social y privado, optimizando los recursos humanos, físicos y materiales” (Secretaría de Salud (2001) Mensaje del Director General del Centro Nacional de Trasplantes, México, p. s/n.).

Objetivos

General

Determinar el grado de equidad por parte de la población que lo necesite, en la obtención de un trasplante hepático en el Ecuador a fin de establecer sistemas y modelos de inclusión, acceso, evaluación y seguimiento.

Específicos

- a. Diagnosticar y evaluar la situación de los trasplantes hepáticos en Ecuador.
- b. Identificar los criterios de selección que se aplican para que un paciente sea sometido a un trasplante en el Ecuador.
- c. Establecer los niveles de equidad o inequidad en pacientes trasplantados, haciendo un análisis de los pacientes trasplantados en el país, y determinando las variables claves mediante una encuesta.

Presentación

El presente estudio pretende determinar los macro-determinantes de la equidad en el trasplante hepático en el Sistema de salud ecuatoriano, e influenciar a la generación de políticas de salud correctivas. La iniciativa incluye investigación, desarrollo conceptual y metodológico, así como colección, análisis y diseminación de literatura científica sobre la equidad de los trasplantes.

A pesar de que la situación general de los trasplantes en Latinoamérica ha tenido logros importantes, en el Ecuador las inversiones para aumentar el número de trasplantes por millón de habitantes, no es suficiente, ya que actualmente sigue existiendo una gran disparidad en la situación de salud con los diferentes países y grupos sociales.

“Es conocido que los grupos con peores condiciones socioeconómicas no solo sufren una mayor carga de enfermedad, sino que, además, presentan enfermedades crónicas e incapacidades a edades más tempranas, tienen menos acceso a los servicios de salud y estos son de peor calidad” (UNICEF, 2012).

La medición de las desigualdades en el campo de los trasplantes es una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación en nuestra población, donde el análisis del total de trasplantados ha dejado de ser suficiente. Este tipo de análisis es una herramienta fundamental para la acción en búsqueda de una mayor equidad en el acceso a los trasplantes. En general, los sistemas de información y los análisis de la situación de salud de los individuos no toman en cuenta la evaluación de las desigualdades. Medir las desigualdades en las condiciones de vida, y salud de los pacientes sometidos a trasplantes hepáticos constituye un paso hacia la identificación de inequidades en este campo.

En la Constitución de la República del Ecuador en el Art. 50, señala que “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.” Con esto se establece para la medicina de nuestro país una nueva etapa con la declaración de las enfermedades catastróficas al contemplar en la ley el acceso oportuno y preferente como derecho a la salud de todos los componentes del Sistema Nacional de Salud destinados a este campo, para que se optimice los recursos existentes y se otorgue una respuesta eficiente, equitativa y justa a los miles de ecuatorianos que han puesto su esperanza de vida, en un trasplante de órganos.

“La regulación del aseguramiento en salud es ejercida por el Ministerio de Salud Pública, a través de la Subsecretaría de Extensión de Protección Social en Salud cuyo grado de desarrollo es incipiente. El

marco regulador existente para las instituciones que participan de la protección social está dado por los convenios firmados con proveedores de primero y segundo nivel donde se detallan las actividades de salud, individuales y colectivas, que deben ejecutarse en prevención y curación así como las actividades de promoción de la salud” (OMS Enero 1998, p.47.).

“El progreso notable de la farmacología inmunosupresora, los procedimientos diagnósticos y la experiencia clínica, han provocado en los últimos 15 años resultados que pueden considerarse espectaculares, lo que ha repercutido en un significativo incremento en la práctica de trasplantes en casi todos los países del mundo pero quienes tienen acceso a estos procedimientos es un campo que no se ha investigado lo suficiente.

Tienen acceso al trasplante las personas que sufren daño irreversible en uno de sus órganos (hígado, corazón, pulmón, intestino, páncreas y riñón) y no pueden curarse con otro tipo de tratamiento médico. El trasplante es la única solución para evitar su muerte o para llevar una mejor calidad de vida. Cada paciente incluido en lista de espera es valorado de forma individual por el equipo de trasplante de su hospital de referencia”. (Secretaría de Salud 2001, p.11.)

El órgano donado es trasplantado gratuitamente, sin costo alguno para el paciente. Toda la terapéutica que implica un trasplante (incluida la medicación inmunosupresora post-trasplante), es sufragada por el Sistema Nacional de Salud, independientemente de donde se lleven a cabo los trasplantes.

“En Ecuador la donación y el trasplante se encuentran regulados por la Ley Orgánica de Donación y Trasplantes que garantiza entre otros, dos aspectos fundamentales:

1.- Altruismo de la donación: nadie puede donar ni recibir un trasplante con otras intenciones o medios que no sea la solidaridad altruista.

2.- Equidad en el acceso al trasplante: todos tenemos el mismo derecho y las mismas posibilidades de recibir un trasplante, existe una red nacional de coordinación y trasplantes, sometida a rigurosos controles para verificar la igualdad de todos los ciudadanos”.(INDOT, s. f.).

La equidad se identifica con indicadores de la condición socioeconómica de los individuos (educación, condición económica del hogar), limitando el acceso a la información de las familias para conocer la enfermedad y las distintas posibilidades de tratamiento; y del contexto de la comunidad (urbanización y grado de desarrollo), así como otros indicadores como la equidad de género, grupo etario.

Metodología

Para realizar esta investigación se utilizarán varios métodos de investigación para conseguir los objetivos propuestos, estos pueden ser:

- Método científico.- Uno de los postulados básicos del método científico es rehusar la autoridad, o sea que no acepta ninguna ley o teoría por el simple hecho de que alguien lo afirme. El científico es escéptico. La esencia del método científico consiste en el planteamiento de preguntas y búsqueda de respuestas, las cuales deben ser susceptibles de comprobación.
- El método científico o experimental es una manera de recopilar información y comprobar ideas. Es la forma en que un científico trata de hallar respuestas a sus interrogantes sobre la naturaleza. A pesar de que el procedimiento puede variar, el método científico consta de los siguientes pasos generales: hacer observaciones; formular hipótesis; someter a prueba las hipótesis y llegar a conclusiones. El método científico es lo que distingue a la ciencia de los otros campos de estudio.

- Método sistémico, está dirigido a modelar el objeto mediante la determinación de sus componentes, así como las relaciones entre ellos. Esas relaciones determinan por un lado la estructura del objeto y por otro su dinámica. Esta metodología se pondrá en práctica en el estudio, ya que se deberán desarrollar una serie de actividades que ayudarán a determinar cuál es el verdadero potencial del proyecto al momento de su implementación.
- Método analítico.- El Método analítico es aquel método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. El análisis es la observación y examen de un hecho en particular. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia.

Técnicas

Una técnica es un procedimiento que tiene como objetivo la obtención de un resultado determinado, ya sea en la ciencia, en la tecnología, en el arte o en cualquier otro campo. En otras palabras, una técnica es un conjunto de reglas, normas o protocolos que se utiliza como medio para llegar a un cierto fin.

Las técnicas son los aspectos más específicos y concreto del método que se usa en cada investigación, las cuales constituyen herramientas valiosas para la obtención de la información de las diferentes fuentes, sean estas primarias o secundarias. En la presente investigación se emplearán

La Observación

Es el examen ocular, constituye el método clásico de obtención de información, permite conocer la realidad objetivamente, la percepción directa del objeto, tales como, operaciones que involucren al personal, procedimientos, procesos, entre otros.

Comparación o Confrontación

Acto de observar la similitud o diferencia existente entre dos o más elementos, pudiéndose citar, la comparación de resultados, contra criterios aceptables, lineamientos normativos, técnicos y prácticos establecidos, esto permite al investigador determinar la veracidad de las operaciones registradas.

Revisión selectiva

Consiste en el examen ocular rápido de los datos o partidas que conforman un universo homogéneo en ciertas áreas, actividades o documentos elaborados, con fines de separar mentalmente asuntos que no son normales.

Encuestas y cuestionarios

Se les llama método interrogativo o de opinión, se efectúa con un propósito específico. La información que se obtenga por estas vías es poco confiable, menos que la recolectada por los investigadores en base a entrevistas. Por lo tanto debe ser utilizada con mucho cuidado, a no ser que cuente con evidencia que la corrobore.

Entrevistas

Esta técnica consiste en realizar entrevistas y discusiones con funcionarios de la entidad y con otras personas. La información recopilada por medio de esta técnica, puede utilizarse para completar, explicar, interpretar o contradecir otra obtenida por otras fuentes.

Técnicas de procesamiento

Las tablas y gráficos son normalmente las herramientas usados para presentar y dar a conocer información leer y comprender los datos que nos entregan las

distintas fuentes investigadas, es importante para poder manejar, analizar y comprender la información que éstos nos entregan.

Tablas de datos

Son medios para presentar información de manera clara, con el fin de que cualquier persona al verlas sea capaz de entender los datos que ellas entregan.

Gráficos

Para expresarla en forma más clara y evidente es conveniente llevarla a un gráfico apropiado. Los gráficos permiten visualizar mejor la información obtenida al recolectar los datos.

Población

El propósito del caso de estudio es seleccionar la metodología más apropiada para determinar si existe equidad en los trasplantes hepáticos.

Para la selección de la población se tomó como referencia, que las personas hacia las cuales está dirigido el estudio, en este caso 40 personas que han recibido el trasplante hepático a los cuales se les realizó una encuesta. La selección de esta población tiene como función:

- Hacer un análisis de las principales características que han influido en el tiempo de espera de un trasplante.
- Probar que existe una o varias características que influyen en el acceso de los trasplantes hepáticos.

Universo: Población nacional, urbano/rural, TRASPLANTADOS HEPATICOS

Tipo de muestreo: Aleatorio, multietápico, urbano/rural

Tamaño muestral: 40 observaciones

Unidad muestral: contacto telefónico

Unidad de análisis: individuos

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Equidad en salud

Para poder tratar este tema, es necesario en primer término definir qué se entiende por salud, como lo plantea el Dr. Francisco Maglio quien dice:

“Existen dos posiciones claramente antagónicas: la salud como derecho humano personalísimo y la salud como mercancía en la economía de mercado. Para la primera, jurídicamente es un derecho positivo y en consecuencia una decisión política, en tanto el Estado interviene activa y sustantivamente para asegurar a toda la población no sólo la promoción y protección de la salud, sino el derecho a la atención de la enfermedad en forma igualitaria en cantidad y calidad independientemente de la situación social, económica o cultural.

En cambio, para la segunda posición ideológica, la salud entra en el sistema de oferta y demanda. Es un derecho, en términos jurídicos, negativo: el Estado simplemente tutela la promoción y protección de la salud, mientras que la atención de la enfermedad entra como mercancía en la economía.

Quienes poseen los medios económicos entran en ella y los que no, serán provistos por la beneficencia pública o privada. En esta posición, la salud de la población también es una decisión política pero enmarcada por las leyes del mercado.

Para encuadrarnos dentro de la primera concepción de la salud, podríamos optar por la definición de salud propuesta por el X Congreso Catalán de Médicos y Biólogos, Barcelona, 1988: “Salud es la manera de vivir libre, solidaria, responsable y feliz. Es un bien ser y no un bienestar” (OPS, Boletín Epidemiológico, Vol. 25 No. 4, diciembre 2004).

Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. La estrategia global de la OMS para lograr la Salud para todos está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios. (...) Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el estado de salud.

Las desigualdades en cuanto al estado de salud entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de diferentes condiciones sociales y económicas o de elecciones de un estilo de vida personal. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al estado de salud surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida” Informe Mundial de la OMS dedicado a las desigualdades sociales.

Es importante precisar que la dimensión de equidad se centra en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios según necesidad sanitaria. Este énfasis en la distribución equitativa de recursos y servicios de acuerdo a necesidad intenta enfrentar de manera justa los problemas de salud que surgen en la sociedad.

Este énfasis en la distribución equitativa de recursos y servicios de acuerdo a necesidad intenta enfrentar de manera justa los problemas de salud que surgen en la sociedad.

Alcanzar la equidad en salud significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales.

La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad.

La equidad en salud según un enfoque más amplio, centrado en la disminución de las desigualdades en salud, surge como principio rector que busca una reforma en los sistemas de salud que propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayor protección social y acceso universal a la atención de salud. Existen diferencias significativas en cuanto a expectativa de vida y discapacidad relacionadas con niveles de instrucción, ingreso y ocupación, que son producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación que abarca muchas esferas de la vida de las personas. Sin embargo, es en el ámbito de la salud donde se expresa con singular dureza la disminución de la esperanza y calidad de la vida de las personas y un aumento en la discapacidad y dependencia.

Según David Acurio Páez en el artículo: Las desigualdades en el Ecuador y su efecto en la salud, publicado en el libro La Equidad en la Mira: La salud pública en el Ecuador durante las últimas décadas, realiza una investigación de los datos existentes hasta el año 2000 analizando las condiciones de desigualdad en el país y estableciendo los desafíos que se debe afrontar.

David Acurio toma la definición de Braveman 1999 sobre la equidad “como la ausencia de disparidades, tanto en los resultados de salud como en sus determinantes socioeconómicos, entre grupos sociales que tienen diferentes niveles de desarrollo. En una similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a las inequidades como aquellas “diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que, además, se las consideran correctas e injustas” (Whitehead, 1992). Como lo confirman éstas y otras referencias, las personas más prósperas y mejor educadas dentro de la sociedad tienden a llevar una vida más sana y prolongada. Nuestra salud, en efecto, se ve influida no sólo por la facilidad para consultar a un médico sino también por nuestra posición social, o bien, por la desigualdad subyacente en

nuestra sociedad (Kennedy, 2002). Dado que los factores sociales desempeñan un papel importante en la determinación de nuestra salud, los esfuerzos por alcanzar mayores grados de justicia en el disfrute de la salud no deben centrarse solamente en analizar el alcance de los servicios frente a la atención de la enfermedad. Más allá de esta dimensión curativa, la lucha por la equidad dentro del campo de la salud debe desentrañar la acumulación de condiciones sociales que determinan el estado de la salud de las personas. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2007, La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas (Quito: OPS/MSP/CONASA) pp. 441).

1.2. Desigualdades en Salud

Los dos valores básicos sobre los que gira el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) son la equidad y el panamericanismo. Estos valores son la base para la cooperación con los países, por lo tanto el medir y monitorear las desigualdades en este campo es una actividad fundamental para la toma de decisiones. La cooperación técnica con los países debe concentrarse en la identificación de las inequidades y en la definición de estrategias eficaces para reducirlas y, eventualmente, eliminarlas.

A pesar de que la situación general de la salud en la Región de las Américas ha tenido logros importantes, continúa siendo la región del mundo que presenta la mayor inequidad en la distribución de los ingresos. Actualmente sigue existiendo una gran disparidad en la situación de salud de los diferentes países y grupos sociales.

Los grupos con peores condiciones socioeconómicas no solo sufren una mayor carga de enfermedad, sino que, además, presentan enfermedades crónicas e incapacidades a edades más tempranas, tienen menos acceso a los servicios de salud y estos son de peor calidad.

La medición de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación de salud de la Región, donde el análisis de los valores promedios ha dejado de ser suficiente. Este tipo de análisis es una herramienta fundamental para la acción en busca de una mayor equidad en salud. En general, los sistemas de información y los análisis de la situación de salud no toman en cuenta la evaluación de las desigualdades. Medir las desigualdades en las condiciones de vida y salud constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud. De acuerdo a Whitehead (1991) y Schneider (2002) desigualdad no es sinónimo de inequidad. La inequidad es una desigualdad injusta y evitable, y en esto radica su importancia para las instancias decisorias. Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas". (Boletín Epidemiológico, Revista Panamericana de Salud Pública diciembre 2002, Vol. 12, No. 6).

“Además, retomará la publicación de uno de los artículos, los métodos de medición de las desigualdades en salud de Schneider y Col., el cual trata de forma sencilla cada una de las metodologías para el abordaje de las desigualdades en salud.

En ese sentido, debe mencionarse el concepto de equidad en servicios de salud, que implica que no existan diferencias en los servicios de salud donde las necesidades sean iguales (equidad horizontal) o que existan servicios de salud mejorados donde estén presentes mayores necesidades (equidad vertical). Obviamente, las desigualdades en salud y su marcada determinación socioeconómica no son un tema que se agota dentro del sector salud, tanto en lo que se refiere a su abordaje conceptual como en lo referente a la identificación y desarrollo de intervenciones efectivas para su solución.

Debido a la variedad de factores determinantes que compone la red de causalidad de las desigualdades en salud, se requiere que su abordaje sea multisectorial, con políticas, programas e intervenciones dirigidas a disminuir o limitar los efectos negativos en salud” (Organización

Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Quito: OPS/MSP/CONASA), pp. 441-442).

El tema de las desigualdades en salud ha sido objeto de importante atención en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) oportunamente, integrando el concepto en su misión de fortalecimiento del uso y análisis de la información sobre desigualdades en la gestión de la salud pública en las Américas.

“Además, se han adoptado varias iniciativas para incentivar el debate teórico-conceptual sobre el tema y dedicado gran esfuerzo para promover la institucionalización de prácticas basadas en evidencia, que busquen mayor equidad en salud entre los grupos humanos de nuestras sociedades. Entre estas prácticas, se destaca el necesario monitoreo y vigilancia de las desigualdades en salud y la evaluación de su etiología, las cuales frecuentemente muestran especificidades locales importantes. Considerando este tema, la OPS ha puesto a disposición información técnica, metodologías y otros materiales para optimizar el abordaje de las desigualdades en salud dentro de la práctica de los servicios de salud, y para sensibilización de los profesionales de salud, en especial a los tomadores de decisión” (World Health Organization 1998).

1.2.1. La desigualdad en el Ecuador

De acuerdo al INEC (2001), Ecuador tiene una población de 13'408.270 habitantes. Aproximadamente 75% de la población vive en el área urbana y 25% en el área rural. La concentración de la riqueza en el país es bastante marcada: el 10% más rico de la población capta casi el 43% del ingreso, mientras que el 10% de los más pobres recibe apenas el 0,6% del ingreso (Badillo, 2000). Tales desigualdades de ingresos se han incrementado permanentemente durante las últimas décadas. La proporción de población

pobre en el país se ha incrementado de un 47% en 1975 a un 70% en 1999, hasta bordear un 80% en el año 2002. Después del proceso de dolarización (1999-2000) se profundizó la exclusión de varios sectores sociales: como lo registra el siguiente gráfico, durante este periodo las personas más pobres recibían 28 veces menos ingresos que aquellas que vivían en las mejores condiciones. En 1995, los trabajadores (hombres y mujeres) que vivían en las ciudades ganaban algo más del doble que aquellos que vivían en las áreas rurales. Junto a esta brecha de ingresos entre el campo y la ciudad, la gran disparidad en la remuneración que perciben las mujeres con respecto a los hombres ha sido una constante en el país. En promedio, los ingresos laborales de las mujeres son una tercera parte (27%) menores que los de los hombres. Al respecto, cabe destacar que estas cifras se refieren solamente a quienes tienen un trabajo remunerado y no a los trabajadores sin pago; por ello, la diferencia real en la remuneración entre mujeres y hombres es todavía mayor a la señalada. Por otro lado, únicamente el 56% de la población tiene acceso a los servicios básicos (agua potable, energía eléctrica y alcantarillado). En el área rural esta situación es todavía peor: allí únicamente el 44% de familias cuentan con servicios básicos. Asimismo, las diferencias existentes entre los niveles de educación de la población urbana y rural son sumamente altas: el Índice de Educación¹ es de 69 puntos sobre 100 en la ciudad y apenas de 44 puntos sobre 100 en el campo. Algo similar ocurre con el Índice de salud²: en la ciudad este indicador alcanza los 68 puntos sobre 100 y en el campo sólo 43 puntos sobre 100 (SIISE versión 3.5, 2003). Por su parte, los indicadores macroeconómicos indican una mejoría en las condiciones de desarrollo. Sin embargo, este diagnóstico alentador se modifica si observamos el estado de algunos sectores frente a otros. Así, por ejemplo, si bien los niveles de alfabetización se han incrementado en el Ecuador, todavía se mantienen porcentajes de 5,5% de analfabetismo en el área urbana y de 18% en el sector rural”

CAPÍTULO II

2. EI TRASPLANTE HEPÁTICO

“El Trasplante Hepático es el tratamiento de elección actual para un gran número de enfermedades hepatobiliares agudas y crónicas. Sin embargo, el Trasplante Hepático es un procedimiento muy dinámico, por lo que las indicaciones y los criterios de selección se han modificado a medida que los resultados han ido progresivamente mejorando.

La valoración inicial para trasplante hepático viene determinada por el diagnóstico del paciente por lo que es importante reconocer las enfermedades hepáticas crónicas susceptibles de un trasplante, que se enumeran a continuación, las cuales han sido tomadas del (Protocolo de Trasplante Hepático del Hospital Carlos Haya, Málaga, 2001, p 37)

2.1. “Enfermedades Hepáticas

2.1.1. Enfermedades hepáticas crónicas

Colestáticas

- Cirrosis Biliar Primaria
- Cirrosis Biliar Secundaria
- Colangitis Esclerosante Primaria
- Atresia de Vías Biliares
- Enfermedad de Caroli
- Síndromes Colestáticos Familiares

Parenquimatosas

- Cirrosis Hepática de etiología viral (B,C,D,)
- Cirrosis Hepática Alcohólica
- Cirrosis Hepática inducida por Drogas

- Cirrosis Hepática Autoinmune
- Cirrosis Criptogenética

Vasculares

- Enfermedad Venó-Oclusiva
- Síndrome de Budd-Chiari
- Fibrosis Hepática Congénita

2.1.2. Enfermedades neoplásicas hepáticas

- Hepatocarcinomas
- Otras Neoplasias Hepáticas
- Colangiocarcinoma
- Metástasis de Tumores Neuroendocrinos

2.1.3. Enfermedades metabólicas

- Déficit de Alfa-1 Antitripsina
- Enfermedad de Wilson
- Hemocromatosis
- Protoporfiria
- Hiperlipoproteinemia Homocigótica del tipo II
- Tirosinemia
- Síndrome de Cligger-Najjar tipo I
- Deficiencias enzimáticas en el ciclo de la Urea
- Aciduria Orgánica
- Hemofilia
- Galactosemia
- Colestasis Familiar
- Síndrome de Sanfilippo
- Deficiencias de factores de la coagulación.

2.1.4. Causas prioritarias

- Disfunción hepática primaria post trasplante
- Trombosis de arteria hepática post trasplante
- Insuficiencia hepática aguda fulminante
- Secundaria a Virus (A, B, C, D,...)
- Drogas
- Enfermedad de Wilson
- Síndrome de Reye
- Criptogenética

2.1.5. CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- SIDA
- Enfermedad maligna extrahepática
- Enfermedad cardiopulmonar avanzada
- Edad superior a 70 años
- Abstinencia alcohólica inferior a 6 meses.
- Enfermedad psiquiátrica grave

2.1.6. CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- HIV positivo
- Sepsis de origen distinto al árbol biliar
- DNA-VHB positivo
- Trombosis del Sistema Porta
- Edad superior a 65 años
- Hipertensión pulmonar
- Tumores hepáticos
- Colangiocarcinoma”

2.2. Enfermedades susceptibles de trasplante

2.2.1. Enfermedades congénitas

- Atresia biliar
- Síndromes colestásicos familiares
- Fibrosis hepática congénita
- Enfermedad de Caroli

2.2.2. Enfermedades metabólicas de origen hepático

- Enfermedad de Wilson
- Déficit de alfa-1-antitripsina
- Amiloidosis heredo-familiar
- Hipercolesterolemia familiar homocigótica
- Tirosinemia
- Glucogenosis tipo I y IV
- Síndrome de Cligler-Najjar tipo I
- Déficit del ciclo de la urea
- Hemofilia A y B
- Déficit de proteína C y S

2.2.3 Insuficiencia hepática aguda

- De origen vírico
- Tóxicos
- Enfermedad de Wilson
- Vasculares
- Síndrome de Reyé
- Idiosincrásica

2.2.4. Hepatopatía crónica avanzada

- Cirrosis por virus C o B
- Cirrosis alcohólica
- Enfermedades de origen auto inmune
 - Cirrosis biliar primaria
 - Colangitis esclerosante primaria
 - Cirrosis auto inmune
- Cirrosis secundaria a hemocromatosis

2.2.5. Tumores hepáticos

2.2.5.1. Malignos

- Hepatocarcinoma y su variante fibrolamelar
- Colangiocarcinoma
- Otros (hepatoblastoma, adenoma gigante)

2.2.5.2. Benignos

- Hemangioma gigante, sin posibilidad de resección
- Hepatoma benigno gigante sin posibilidad de resección
- Poliquistosis con insuficiencia hepática.

2.2.6. Enfermedades vasculares hepáticas

- Síndrome de Budd-Chiari
- Enfermedad veno- oclusiva

2.3. Fracaso de un injerto previo

- Fallo primario del injerto
- Problemas técnicos
- Rechazo
- Recidiva de la enfermedad primaria. Discutibles la hepatitis C y la cirrosis alcohólica.

Estas contraindicaciones pueden cambiarse de forma dinámica, pasando hacia una parte ó hacia otra según vaya sucediendo.

El Protocolo de Trasplante Hepático del Hospital Carlos Haya, Málaga, 2001, p. 38 establece que “esto es lo que ha sucedido con la Trombosis Portal, que de ser considerada en un principio como contraindicación absoluta ha pasado a relativa, influyendo grandemente la experiencia adquirida por los grupos de trasplante, quienes en la actualidad son capaces de solventar estos problemas.

Existen también **unos factores de riesgo** que van a gravar la morbi-mortalidad en el trasplante algunos de los cuales se *van* a enumerar a continuación:

- Edad superior a 60 años
- Fallo Hepático fulminante
- Fallo Hepático Subfulminante
- DNA-VHB +
- RNA-VHC +
- Hepatocarcinomas
- Retrasplante
- Diabetes Insulinodependiente
- Trasplante Combinado
- Días de UCI
- Cirugía abdominal alta

- Enfermedad Cardiopulmonar
- Obesidad Mórbida
- Grado C de Child-Pugh
- Insuficiencia renal
- Trombosis Portal
- Encefalopatía Hepática
- Riesgo de complicaciones Neurológicas
- Trombosis del Eje espleno-portal

La suma de varios factores de riesgo puede llevar aparejada la contraindicación absoluta ó relativa según sea mejorable en el tiempo ó no”.

2.4. Situación de los trasplantes hepáticos en el Ecuador

“En situaciones de escasez de recursos debemos reflexionar ante los criterios de distribución, y priorización esto implica que necesariamente los pacientes no seleccionados fallecerán por no poder ser atendidos. La gravedad de la situación viene determinada por el progresivo descenso en las probabilidades de trasplante anuales para los pacientes y una creciente mortalidad en lista de espera” Natividad Cuende Melero et al, en Criterios de priorización para el acceso al trasplanta. El caso del trasplante hemático en España, disponible en URL: <http://www.elseveier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/criterios-priorizacion-acceso-al-trasplante-elcaso-130447-articulos-especiales2003> [consulta octubre 2012]. Lamentablemente en el Ecuador, no existen registros de reporte desde los niveles primarios de atención sobre los pacientes con problemas hepáticos y mucho menos su transferencia, Según datos estadísticos levantados por el Dr. Reinaldo Burgos tomando como fuente el INEC durante los años 1996 a 2004 en el Ecuador se han reportado 12856 muertes de causa hepática lo que corresponde a 1400 por año, de estos aproximadamente el 10-20% con indicación de TxH lo que significaría 11- 22 TxH por mes, de aquí parte la necesidad de un centro especializado en TxH según datos INDOT.

“En las situaciones de enfermedades catastróficas probablemente tendremos las probabilidades de priorizar en función de la necesidad social o en función de la gravedad (...). Los trasplantes son posibles gracias a la voluntad positiva y generosa colaboración de todos los individuos de nuestra sociedad que, de un modo altruista, deciden donar sus órganos, y toda la sociedad es la beneficiaria de dicha acción. En ningún caso sería éticamente aceptable, ni socialmente admisible, que los individuos que pudiesen ser considerados más «influyentes» o «necesarios» en la sociedad tuviesen un trato preferencial en el acceso al trasplante. Natividad Cuende Melero et al, en Criterios de priorización para el acceso al trasplante. El caso del trasplante hemático en España.

Rescatando lo que señala Natividad Cuende, (ob.Cit) “Sin embargo, el criterio de la gravedad sí ha sido y es utilizado como un criterio de priorización. (...) La priorización de los pacientes más graves implica una menor supervivencia del paciente y del injerto (...), lo que conduce a una mayor tasa de retrasplantes, es decir, a la utilización con mayor frecuencia de dos, tres o más órganos para el mismo paciente, y a su vez dichos retrasplantes tienen una supervivencia significativamente inferior con lo que se incrementa el coste, tanto en términos económicos como de órganos, que es el bien máspreciado, por su escasez. La priorización de los pacientes menos graves conduce a la situación opuesta, lo que significa que, bajo el prisma de un análisis de coste-utilidad, claramente se debería dar prioridad a los pacientes menos graves”. El deber es optimizar los resultados y ser más eficientes desde una perspectiva de coste-utilidad, pero también lo es ayudar a los más desfavorecidos.

Desde el punto de vista médico, “la tendencia generalizada es a no limitar de forma importante la indicación del trasplante, junto con la búsqueda de sistemas de ordenación de la lista de espera lo más objetivos posibles. De esta forma, progresivamente se ha ido ampliando la indicación de trasplante a pacientes con un peor o incierto pronóstico vital. Respecto a los criterios de ordenación de las listas de espera, fundamentalmente son dos los que se utilizan en mayor o menor medida: la antigüedad y la gravedad. Para garantizar la equidad en trasplante debemos tomar en cuenta: la indicación de trasplante (inclusión en lista de espera), en la distribución de los órganos y en la gestión de la lista están

íntimamente ligados” Natividad Cuende Melero et al, en Criterios de priorización para el acceso al trasplante. El caso del trasplante hemático en España, disponible en: (URL: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/criterios-priorizacion-acceso-al-trasplante-elcaso-130447-articulos-especiales2003>) [consulta octubre 2012/]

2.4.1. Criterios de selección para trasplante hepático

Los criterios de selección que se aplican para que un paciente sea sometido a un trasplante dependen de los países, de los centros de trasplante y del órgano que va a ser trasplantado, existen criterios médicos y criterios no médicos.

Natividad Cuende Melero et al, en Criterios de priorización para el acceso al trasplante. El caso del trasplante hemático en España, disponible en URL: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/criterios-priorizacion-acceso-al-trasplante-elcaso-130447-articulos-especiales2003> [consulta octubre 2012] señala que entre los criterios médicos se encuentran el grupo ABO, la tipificación HLA, las pruebas cruzadas, el tamaño del órgano, la edad y el estado virológico del donante y del receptor, el tiempo de isquemia, la gravedad y el grado de sensibilización HLA del receptor.

Como lo establece Natividad Cuende Melero et al, en Criterios de priorización para el acceso al trasplante. El caso del trasplante hemático en España, disponible en URL: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/criterios-priorizacion-acceso-al-trasplante-elcaso-130447-articulos-especiales2003> [consulta octubre 2012] Entre los criterios no médicos, fundamentalmente figuran el tiempo en lista de espera orientada a los pacientes.

El INDOT distribuye los órganos según criterios médicos, que se consensuan con los equipos de trasplante y se revisan con ellos de forma anual.

Según los criterios médicos, en el caso del trasplante hepático, un paciente puede estar en código 0 (pacientes con insuficiencia hepática aguda grave en

ausencia de hepatopatía previa o que requieren un trasplante agudo), en situación crítica (pacientes también en una situación de extrema gravedad pero que no cumplen criterios de código 0), o en código electivo, que es la situación en la que se encuentra el resto de los pacientes, que representan más del 90% de los que se incluye en lista de espera. Cuando un paciente se encuentra en código 0, tiene prioridad nacional, lo que significa que el primer donante que surge es ofrecido por el INDOT al equipo de trasplante donde se encuentra dicho receptor, y la oferta se hace directamente para ese paciente, por lo que en estas situaciones la oferta de órganos se hace por paciente.

Hay que tener en cuenta como lo dice Natividad Cuendo ob. Cit. Que:

“En el caso de los pacientes que se hallan en situación de espera de un trasplante electivo que representan más del 90% de los casos, la oferta de órganos se realiza siguiendo los turnos establecidos en la lista de espera única nacional, siempre que se cumplan los criterios médicos que fundamentalmente hacen referencia a grupo sanguíneo, edad y peso de donante y receptor. Estos criterios de acuerdo a las probabilidades de trasplantes de los distintos grupos de receptores según estas características, con el objeto de evitar o corregir la posibilidad de que la oferta del órgano tenga más de un receptor que cumpla con los requisitos médicos establecidos, situación habitual, es decisión del equipo de trasplante seleccionar al receptor que va a ser trasplantado”.

“Los principales criterios que aplican los equipos de trasplante en la gestión de la lista de espera son la gravedad y el tiempo en lista de espera, si bien mayoritariamente se combinan ambos criterios junto con la búsqueda de la mejor adecuación entre el donante y el receptor. No obstante, la suma de factores de riesgo del donante con factores de riesgo del receptor nos conduce a una menor probabilidad de supervivencia y, por tanto, a una menor eficiencia (...).

La puntuación MELD Model for End-stage Liver Disease o PELD Pediatric End-stage Liver Disease es una escala continua de la gravedad de la enfermedad, que se obtiene a partir de los valores de creatinina, bilirrubina e Index Normalized Ratio (INR) según una fórmula matemática basada en el riesgo de morir en tres meses de los pacientes con enfermedad hepática. Esta fórmula

no se aplica a los pacientes que se encuentran en código 0 (...).

De cada grupo sanguíneo se ordena a los pacientes según la puntuación MELD. En caso de empate, se considera el tiempo en lista de espera. Por otra parte, la puntuación MELD debe ser recertificada por los médicos responsables de los pacientes con una periodicidad variable según el cómputo de puntos” Natividad Cuende Melero et al, en Criterios de priorización para el acceso al trasplante. El caso del trasplante hemático en España, disponible en URL: <http://www.elseveier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/criterios-priorizacion-acceso-al-trasplante-elcaso-130447-articulos-especiales2003> [consulta octubre 2012].

Cada paciente que necesita un trasplante en nuestro país ingresa a una Lista de espera única Nacional la misma que registra a pacientes según el órgano o tejido a ser trasplantado.

Se asigna a cada paciente una ficha y un código que es actualizado con periodicidad. El Instituto Nacional de donación y Trasplante es la institución que se encarga del manejo técnico de la Lista.

Los médicos de las Unidades acreditadas por el INDOT registran a los pacientes candidatos a trasplante luego de una evaluación clínica. El profesional informa al paciente acerca de los beneficios, riesgos, cuidados, controles necesarios y solicita el consentimiento del paciente para iniciar el proceso de inscripción. Si el paciente acepta ingresar a Lista de Espera para

trasplante, su voluntad puede modificarse en el momento que se desee, incluso horas antes del trasplante.

“Se evalúa no sólo la probabilidad de trasplante, sino también la evolución temporal de las listas de espera. Existe una clara relación entre ambos aspectos, de modo que las probabilidades de trasplante tienen un reflejo en el tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera” Natividad Cuende Melero et al, en Criterios de priorización para el acceso al trasplante. El caso del trasplante hemático en España, disponible en (URL: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/criterios-priorizacion-acceso-al-trasplante-elcaso-130447-articulos-especiales2003> [consulta octubre 2012/]).

En los retrasplantes crónicos, como lo menciona Natividad Conde et al, ob. Cit., “la asignación de donantes para este tipo de receptores a veces requiere características específicas que condicionan una priorización con criterios diferentes de los primeros trasplantes”.

La evolución del tiempo en lista de los pacientes que reciben un trasplante, los que permanecen en activo en el momento del análisis, los que fallecen y los que son excluidos por causas que podríamos calificar de desfavorables (por empeoramiento, o evolución de la enfermedad, y por contraindicación médica), también se excluye a los pacientes por mejoría, por traslado a otra lista de espera o que de forma voluntaria abandonan la lista.

La disyuntiva planteada entre priorizar por gravedad o antigüedad a la hora de gestionar las listas de espera concretas de cada centro no es fácil de solucionar si no analizamos sus consecuencias, especialmente en términos de mortalidad tanto en lista de espera como pos trasplante.

Los criterios de inclusión de los pacientes en lista de espera, no sólo respecto a las enfermedades que pueden ser incluidas, sino también respecto al momento

en el que deben serlo. Criterios de aceptación de donantes, debido a que existe una variabilidad importante entre centros respecto a los donantes que aceptan en función de la edad, tiempo de isquemia. Técnicas quirúrgicas y tratamientos médicos e inmunosupresores recibidos por los pacientes.

Se necesita el aporte de elementos de objetividad para la toma de decisiones. Por lo que todavía queda un camino por recorrer para conseguir que el acceso a un trasplante sea completamente equitativo.

El criterio de la gravedad sí ha sido y es utilizado como un criterio de priorización. La priorización de los pacientes más graves implica una menor supervivencia del paciente y del injerto, lo que conduce a una mayor tasa de retrasplantes, es decir, a la utilización con mayor frecuencia de dos, tres o más órganos para el mismo paciente, y a su vez dichos retrasplantes tienen una supervivencia significativamente inferior, con lo que se incrementa el coste, tanto en términos económicos como de órganos, que es el bien más preciado, por su escasez. La priorización de los pacientes menos graves conduce a la situación opuesta, lo que significa que, bajo el análisis de coste-utilidad, claramente deberíamos dar prioridad a los pacientes menos graves.

No obstante, profundizando en las consecuencias de ambos modelos de priorización, somos conscientes de que dar preferencia a los más graves implica favorecer a los más desprotegidos, entre ellos los más ancianos o pacientes con conductas de riesgo, mientras que la priorización de los menos graves optimiza los resultados, a la vez que da preferencia a los más jóvenes y, en cierta medida, a personas de mejor posición social y cultural.

“Consideramos que nuestro deber es optimizar los resultados y ser más eficientes desde una perspectiva de coste-utilidad, pero también lo es ayudar a los más desfavorecidos, de modo que no podemos promocionar la supervivencia sólo de los más aptos, ya que entraríamos en un terreno resbaladizo hacia la discriminación: si decidiéramos

trasplantar a los individuos con un mejor pronóstico, sería relativamente fácil saber que inicialmente restringiríamos el acceso al trasplante a los pacientes muy graves” (Natividad Cuende Melero et al, en Criterios de priorización para el acceso al trasplante. El caso del trasplante hemático en España, disponible en:

(URL: <http://www.elseveier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/criterios-priorizacion-acceso-al-trasplante-elcaso-130447-articulos-especiales2003> [consulta octubre 2012]).

Para garantizar la equidad en el acceso al trasplante, se valorara tres aspectos fundamentales: en la indicación de trasplante (inclusión en lista de espera), en la distribución de los órganos y en la gestión de la lista de espera. Cuando la distribución de órganos se hace orientada a pacientes, la vinculación entre distribución y gestión de lista de espera es máxima. Como lo recoge en su artículo Natividad Conde ob. Cit, en las recomendaciones del Consejo de Europa:

- “Debe existir una lista de espera oficial para todo el país y por órganos. Ningún paciente podrá ser trasplantado con un órgano de donante cadáver si no está previamente inscrito en dicha lista.
- Deben existir unos criterios de entrada en lista de espera consensuados y basados en aspectos médicos.
- Los pacientes deben recibir información sobre su situación en lista de espera.
- La lista de espera debe ser gestionada por una organización independiente de las unidades de trasplante, según reglas transparentes y previamente establecidas con dichas unidades.
- No debe haber diferencias en los tiempos de espera para los distintos grupos de pacientes, dentro de cada tipo de órgano.
- Se debe dar información anual sobre los criterios de inclusión en lista de espera, normas de asignación de órganos, flujos de pacientes y tiempos de espera.

- Las diversas organizaciones deben intercambiar información para mejorar su práctica.
- Corresponde a las Administraciones Sanitarias garantizar el cumplimiento de estas recomendaciones”.

A partir de la ley reformativa al trasplante de órganos del año 2011 en el Ecuador, se confeccionó la lista de espera, sin embargo se debe recalcar que en esta lista, no se encuentran todas las personas que podrían beneficiarse de un trasplante por los aspectos ya anotados anteriormente (acceso a la información, referencia y contra referencia del médico, nivel cultural o de educación, nivel socioeconómico) y se determinó una sola entidad para la administración de la información que es el Instituto Nacional de Donación y Trasplante INDOT.

Respecto a la equidad en la distribución de órganos, en el INDOT se analizan las probabilidades de trasplante de los pacientes en lista de espera para cada uno de los diferentes órganos, en función de las principales características de los mismos edad, sexo, grupo sanguíneo, peso, enfermedad de base, grado de urgencia.

“Por grupos de edad, de modo que los niños tienen una menor probabilidad de trasplante como consecuencia de que en nuestro país no existe la priorización que se hace de este tipo de pacientes en los criterios de distribución” Natividad Cuende Melero et al, en Criterios de priorización para el acceso al trasplante. El caso del trasplante hemático en España, disponible en URL: (<http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/criterios-priorizacion-acceso-al-trasplante-elcaso-130447-articulos-especiales2003>), [consulta octubre 2012], esto sería cierto en otros países pero en nuestro país no se ha establecido todavía la donación con donante vivo, y no hay un equipo que se especialice en cirugía de trasplante hepático pediátrico.

Respecto al grupo sanguíneo, las probabilidades siempre son superiores en el caso del grupo O, a pesar de que en situación de trasplante electivo la distribución de órganos se hace isogrupo (en adultos), debido a que en los casos de urgencia O se ofrece los órganos independientemente del grupo sanguíneo, y el grupo AB es el más favorecido por la compatibilidad ABO.

“Los pacientes en código de urgencia O tienen una probabilidad de trasplante superior a los pacientes en código electivo (si se logra conseguir un donante en el momento que lo requiere) como consecuencia de los criterios de distribución utilizados, en que se prioriza la gravedad, debido a que si estos pacientes no reciben rápidamente el trasplante, no tienen ninguna posibilidad de supervivencia” Natividad Cuende Melero et al, en Criterios de priorización para el acceso al trasplanta. El caso del trasplante hemático en España, disponible en URL: (<http://www.elseveier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/criterios-priorizacion-acceso-al-trasplante-elcaso-130447-articulos-especiales2003>), [consulta octubre 2012].

2.4.2. Proceso de admisión

Del sistema de salud primario se refiere a pacientes con afecciones hepáticas, generalmente referidos con diagnóstico de enfermedad terminal.

Se realiza estudios de los pacientes con diagnóstico de afección hepática, y basado en el resultado de estos se determina si los pacientes son:

- candidatos a trasplante
- no candidato a trasplante

En los pacientes no candidatos a trasplante se indica seguimiento del enfermo en su consulta o se realiza una contra referencia con las recomendaciones terapéuticas necesarias.

Con los candidatos, completa el estudio pre trasplante protocolizado por el grupo de trasplante, al cual pertenece.

Lleva al paciente al Comité de Trasplante Hepático y se decide si se coloca en lista de espera, activa o pasiva.

El segundo paso, considerado de importancia capital, pues sabemos que “sin donantes no hay trasplantes”, es la estructuración de un sistema nacional de donación de órganos.

Es el INDOT (Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células) el responsable de esta actividad, a través de los coordinadores de hospitales y regionales, lograr la captación, mantenimiento y obtención de los órganos, necesarios para el desarrollo del programa.

La obtención de órganos es un proceso complejo que depende de muchos factores:

1. La detección de un paciente en muerte encefálica
2. El mantenimiento de las constantes del potencial donante
3. El altruismo y voluntad, tanto del paciente, como de sus familiares
4. La preparación del personal que hace la procuración de los órganos
5. La correcta organización del sistema encargado de dirigir todo el proceso INDOT.

En cualesquiera de los factores antes mencionados, puede ocurrir la pérdida de los órganos, y por tanto la disminución del número de trasplantes y de oportunidades de vida de los enfermos, que es en definitiva la razón de ser de este organismo.

La detección de un donante potencial ocurre en las unidades de atención de salud como terapia intensiva y emergencias, al igual que el correcto mantenimiento durante el período que transcurre hasta su diagnóstico definitivo

y la donación. De ahí la importancia del papel que desempeñan los intensivistas en este proceso.

Luego del diagnóstico de muerte encefálica, realizado por los neurólogos/neurocirujanos, de conjunto con el intensivista y de ser posible otro clínico, corresponde al coordinador del hospital, apoyado en el médico de cabecera y un sicólogo hacer la entrevista familiar. Es éste otro paso de vital importancia para lograr el objetivo primordial.

El tercer paso es la acreditación de los hospitales públicos del tercer nivel en la actividad de trasplantes: renales y renales y hepáticos.

El cuarto paso es la realización del trasplante.

2.4.3. Indicaciones y contraindicaciones del trasplante hepático.

Tomado del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, Mayo 2001, Protocolo de Trasplante Hepático, disponible en la URL: (<http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/protocolohepatico.doc.doc>, p.36), [consultado noviembre del 2012]

“Para mejorar los resultados que duda cabe que lo primero es elegir bien tanto a los donantes como a los receptores. En este apartado debemos decidir quiénes son los candidatos a un trasplante de hígado, y cuál es el mejor momento para realizarlo. Las indicaciones y contraindicaciones han variado en el tiempo de forma muy importante, debido principalmente a los hallazgos de nuevas opciones terapéuticas ó adelantos en las técnicas quirúrgicas. Los principales criterios que debemos valorar para seleccionar a nuestros candidatos son tres:

1. La categoría de la enfermedad
2. El estado clínico del enfermo
3. La presencia de contraindicaciones y/o factores de riesgo.

Por lo tanto los pacientes deben cumplir tres condiciones:

- Tener enfermedad incurable y mortal a corto plazo.
- No tener contraindicación
- Ser capaz de comprender y aceptar lo que representa el trasplante.

Se entiende por enfermedad incurable y mortal a corto plazo aquella que es progresiva e irreversible, con escasa ó nula respuesta al tratamiento, con una mala calidad de vida y que presenta un bajo porcentaje de supervivencia en un año. El paciente debe aceptar las recomendaciones que se le indiquen así como tener un apoyo familiar y social suficiente para el buen control de su enfermedad tanto en el periodo de espera como en el pos trasplante”.

CAPITULO III

3. EQUIDAD O INEQUIDAD EN PACIENTES TRASPLANTADOS

“El Estado garantiza el acceso y la cobertura de los costos del proceso de trasplantes a todos los ciudadanos que lo requieran, a través del Consejo de Política Sectorial de Desarrollo Social, que impulsó el Programa de Protección Social (PPS) y la Red de Protección Solidaria, que contempla el apoyo económico para las enfermedades catastróficas en los procedimientos de trasplante de médula ósea, riñón e hígado. Además suministra los medicamentos inmunosupresores, de alto costo, a los pacientes trasplantados.

El PPS cubre además a pacientes que se encuentran en la Lista de Espera Única Nacional y que no están afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y en casos específicos el Estado cubre el tratamiento fuera del país” .(ONTOT, s. f.)

3.1. Indicadores de la distribución de la renta

“El grado de desigualdad existente en una sociedad y su evolución en el tiempo son temas que mantienen el interés permanente de la opinión pública y de los especialistas en el estudio del bienestar colectivo. En este contexto, es práctica común que los académicos y especialistas en el tema, así como los funcionarios de oficinas de gobierno y de organismos internacionales, y el público en general, se preocupen por conocer la manera en que los distintos grupos de hogares participan en la formación del ingreso nacional.

Se han propuesto diversos indicadores para el estudio de la desigualdad; sin embargo, parece existir consenso en el hecho de que el indicador que ha tenido mayor aceptación en los trabajos empíricos es el

denominado coeficiente de concentración de Gini. Este índice, de fácil interpretación, es una referencia común en los debates sobre el bienestar y la equidad.

En el estudio de la desigualdad, se dispone de diversos métodos para describir la forma en que se distribuye el ingreso entre los diferentes grupos de individuos en una sociedad: los diagramas de dispersión, los indicadores de desigualdad y los ordenamientos de la información.

Tal vez la forma más habitual de representar la desigualdad sea a partir de la

Curva de Lorenz. Esta medida fue propuesta en 1905 con el propósito de ilustrar la desigualdad en la distribución de la salud y, desde su aparición, su uso se ha popularizado entre los estudiosos de la desigualdad económica. Desde el punto de vista empírico, la curva de Lorenz se construye graficando los porcentajes acumulados de ingresos que reciben los distintos grupos de la población, con la única condición de que estos se definan con la misma amplitud, a efectos de evitar problemas asociados al número de observaciones agrupadas en cada intervalo. En el ámbito del análisis de la distribución del ingreso de las familias, es común que la curva de Lorenz se construya a partir de datos agrupados en subconjuntos iguales de tamaño 10%, denominados deciles de hogares, y que se utilicen diversos conceptos de ingreso para efectuar el ordenamiento de las observaciones.

Las curvas de Lorenz permiten comparar niveles de desigualdad relativa, cumpliendo el principio de preferencia por la igualdad y simetría, sin tener que calcular ningún índice adicional. Finalmente, cabe señalar que un índice de desigualdad será consistente con el orden de Lorenz, cuando su valor sea menor en la distribución dominante que en la dominada.

A diferencia de las medidas estadísticas que tradicionalmente son utilizadas para estudiar la dispersión de un conjunto de datos -donde la media es el parámetro de localización que se utiliza como referencia-, el índice de Gini se construye al comparar la distribución empírica que se

forma con los datos observados y la línea de igualdad perfecta que supone la distribución teórica derivada de la curva de Lorenz.

Índice de Gini

Este coeficiente es una medida de concentración del ingreso entre los individuos de una región, en un determinado período.

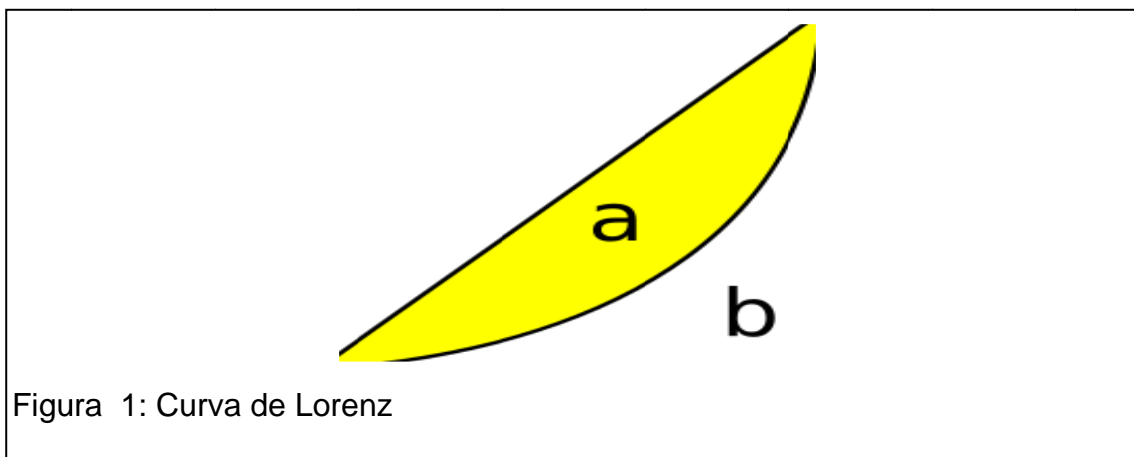
Mide El grado de desigualdad de la distribución del ingreso o la desigualdad de la riqueza de una región.

No mide el bienestar de una sociedad. Tampoco permite, por sí sólo, determinar la forma como está concentrado el ingreso; ni indica la diferencia en mejores condiciones de vida en un país u otro.

Se calcula partiendo de una Curva de Lorenz, el coeficiente de Gini mide la proporción del área entre la diagonal que representa la equi distribución y la curva de Lorenz (a), como proporción del área bajo la diagonal (a+b). Es decir:

Gini = $a / a + b$. (Ecuación 1)

Así, entre más cerca de la línea diagonal (distribución del ingreso igualitaria) se encuentre la Curva de Lorenz, más cercano a 0 estará el coeficiente de Gini.



Lo anterior indica que el coeficiente de Gini depende de la suma ponderada de los ingresos de todos los individuos, siendo las ponderaciones la posición en el orden del rango de más rico a más pobre de cada uno de los individuos.

Para tener en cuenta el coeficiente es insensible ante cambios en la distribución de ingreso que no generen cambios en el área a. Es más sensible a aumentos en el ingreso de los individuos más pobres. Adicionalmente, no tiene sentido sumar o promediar varios coeficientes de Gini.

Comúnmente, se calcula a partir de la encuestas de Hogares.

Este índice se calcula aplicando la siguiente fórmula:

$$IG = \frac{\sum (p_i - q_i)}{\sum p_i} \quad (\text{Ecuación 1})$$

(i toma valores entre 1 y n-1)

En donde p_i mide el porcentaje de individuos de la muestra que presentan un valor igual o inferior al de x_i .

$$p_i = \frac{n_1 + n_2 + n_3 + \dots + N_i}{N} \times 100 \quad (\text{Ecuación 2})$$

Mientras que aquí se calcula aplicando la siguiente fórmula:

$$q_i = \frac{(X_1 \cdot n_1) + (X_2 \cdot n_2) + \dots + (X_i \cdot n_i)}{(X_1 \cdot n_1) + (X_2 \cdot n_2) + \dots + (X_n \cdot n_n)} \times 100 \quad (\text{Ecuación 3})$$

El **Índice Gini** (IG) puede tomar valores entre 0 y 1:

IG = 0: concentración mínima. La muestra está uniformemente repartida a lo largo de todo su rango.

IG = 1: concentración máxima. Un sólo valor de la muestra acumula el 100% de los resultados” CEPAL, División Estadística y proyecciones económicas, Consideraciones sobre el Índice de Gini para medir la concentración del Ingreso. Disponible en la URL: (<http://www.eclac.cl/deype/mecovi/docs/TALLER6/20.PDF>).

3.2. Listas de espera y criterios de asignación de los órganos.

“Con el fin de garantizar los principios de igualdad y equidad los criterios se establecen teniendo en cuenta aspectos fundamentales son criterios clínicos que contemplan la compatibilidad donante/receptor y la gravedad del paciente. Existe un criterio clínico que está por encima de cualquier otro criterio, la “urgencia 0”. Un paciente en “urgencia 0” tiene prioridad absoluta en todo el territorio nacional. Si no hay “urgencia 0”, los órganos se asignan respetando los criterios de la lista de espera única nacional. El equipo de trasplante decide, dentro de su lista de espera, qué paciente es el más indicado para recibir el órgano, siguiendo los criterios clínicos: compatibilidad del grupo sanguíneo, características antropométricas, la gravedad del paciente.

Algunos países de ingresos bajos y medios han demostrado que también es posible ofrecer de forma más equitativa esos tratamientos fuera de los países de ingresos altos.

Para otros países de ingresos bajos y medios, la educación, la formulación de políticas públicas acertadas y un entorno internacional propicio son fundamentales.

El modelo de donación de órganos para trasplante y todas aquellas etapas que permiten el éxito de este procedimiento debe fundamentarse en el principio ético central que es la equidad, eficiencia, transparencia y credibilidad” (INDOT, s. f.)

3.3 Presentación y análisis de resultados

A través de esta investigación el resultado esperado es medir si el acceso a los trasplantes hepáticos en el Ecuador es equitativo, de la investigación realizada, se obtuvieron los siguientes datos:

En la encuesta se analizaron tanto variables cualitativas como cuantitativas:

Para las variables cuantitativas se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1. Distribución por género

Género	
Masculino	25
Femenino	21
TOTAL	46

Adaptado de las Encuestas realizadas a pacientes trasplantados. Octubre 2012.

En relación a las variables cuantitativas se analizaron las siguientes variables y se calculó el coeficiente de Gini.

Tabla 2. Atención por edad

EDAD											
Li-1	Li	Ni	f%	X	Ni	xi*ni	(X-X')^2	ui	qi	pi	pi-qi
1	10	1	2%	5,5	1	5,5	1.600	5,5	0,2627807	2,174	1,911
11	20	1	2%	15,5	2	15,5	900	21	1,00334448	4,348	3,344
21	30	2	4%	25,5	4	51	800	72	3,44003822	8,696	5,256
31	40	10	22%	35,5	14	355	1.000	427	20,4013378	30,435	10,033
41	50	15	33%	45,5	29	682,5	-	1109,5	53,0100334	63,043	10,033
51	60	13	28%	55,5	42	721,5	1.300	1831	87,4820831	91,304	3,822
61	70	4	9%	65,5	46	262	1.600	2093	100	100,000	-
Total		46				2093	7.200			200,000	34,400
					MEDIA	46					
					DESVIACION	12,51			INDICE DE GINI		0,172

Adaptado de las Encuestas realizadas a pacientes trasplantados. Octubre 2012

Tabla 3. Atención de acuerdo a la distancia

DISTANCIA											
INFERIOR	SUPERIOR	F	f%	X	FA	FX	$(X-X')^2$	ui	qi	Pi	pi-qi
1	100	20	43%	50,5	20	1010	748676,75	1010	8,99937628	43,478	34,479
101	200	1	2%	150,5	21	150,5	8738,19	1160,5	10,3403724	45,652	35,312
201	300	-	0%	250,5	21	0	0,00	1160,5	10,3403724	45,652	35,312
301	400	13	28%	350,5	34	4556,5	147509,45	5717	50,9400339	73,913	22,973
401	500	11	24%	450,5	45	4955,5	469163,52	10672,5	95,0948944	97,826	2,731
501	600	1	2%	550,5	46	550,5	93955,58	11223	100	100,000	-
Total		46				11223	1468043,48			306,522	130,807
					MEDIA	244					

Adaptado de las Encuestas realizadas apacientes trasplantados, Octubre 2012

Tabla 4. Atención por ingresos

INFERIOR	SUPERIOR	F	f%	X	FA	FX	(X-X')^2	Ui	qi	Pi	pi-qi
1	392	2	4%	196,5	2	393	466494,00	393	1,25739882	4,348	3,090
393	500	15	33%	446,5	17	6697,5	814031,12	7090,5	22,6859702	36,957	14,271
501	700	5	11%	600,5	22	3002,5	31170,66	10093	32,2924332	47,826	15,534
701	900	20	43%	800,5	42	16010	293030,47	26103	83,5162374	91,304	7,788
901	1200	3	7%	1050,5	45	3151,5	413019,79	29254,5	93,5994241	97,826	4,227
1201	1500	-	0%	1350,5	45	0	0,00	29254,5	93,5994241	97,826	4,227
1501	2500	1	2%	2000,5	46	2000,5	1745155,87	31255	100	100,000	-
Total		46				31255	3762901,91			376,087	49,136
						MEDIA	679				
						DESVIACION	286,01				

INDICE DE
GINI 0,131

Adaptado de las Encuestas realizadas a pacientes trasplantados. Octubre 2012

Tabla 5. Atención por tiempo de espera

INFERIOR	SUPERIOR	F	f%	X	FA	FX	(X-X')^2	ui	qi	pi	pi-qi
1	4	8	17%	2,5	8	20	225,09	20	5,57103064	17,391	11,820
5	8	22	48%	6,5	30	143	37,43	163	45,4038997	65,217	19,813
9	12	12	26%	10,5	42	126	87,20	289	80,5013928	91,304	10,803
13	16	2	4%	14,5	44	29	89,66	318	88,5793872	95,652	7,073
17	20	1	2%	18,5	45	18,5	114,40	336,5	93,7325905	97,826	4,093
21	24	1	2%	22,5	46	22,5	215,96	359	100	100,000	-
Total	46				359	769,74			367,391	53,603	
					MEDIA	8					
					DESVIACION	4,09					

INDICE DE
GINI 0,146

Adaptado de las Encuestas realizadas a pacientes trasplantados. Octubre 2012

Tabla 6. Atención por años de estudio

INFERIO R	SUPERIO R	F	f%	X	FA	FX	$(X-X')^2$	ui	Qi	pi	pi-qi
1	6	6	13%	3,5	6	21	2741503,3 2	21	4,1257367 4	13,043	8,918
7	12	22	48%	9,5	28	209	9874518,3 0	230	45,186640 5	60,870	15,683
13	18	18	39%	15,5	46	279	7935088,7 3	509	100 100	100,000	-
Total	46				509	5	20551110,3 5		173,913	24,601	
					MEDIA	11					
					DESVIACIO N	668,40					

INDICE DE
GINI 0,141

Adaptado de las Encuestas realizadas a pacientes trasplantados. Octubre 2012

Tabla 7. Resumen de IG calculados

INDICE DE GINI	Edad	0,172
INDICE DE GINI	Distancia	0,427
INDICE DE GINI	Ingresos	0,131
INDICE DE GINI	Tiempo de Espera	0,146
INDICE DE GINI	Años de estudio	0,141

Adaptado de las Encuestas realizadas a pacientes trasplantados. Octubre 2012

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Con estos datos se puede concluir lo siguiente:

1. En la variable edad se observó que existe una distribución equitativa en todos los grupos de edad con un índice de Gini calculado de 0,172. Demostrando que todos los grupos de edad han tenido acceso al trasplante hepático. En el Ecuador el límite de edad para acceder a un trasplante son los 65 años.
2. El mayor número de pacientes trasplantados provienen de las ciudades de Quito 44%, Guayaquil 28% y Cuenca 24%. Siendo el coeficiente de Gini para esta variable casi del 42%, siendo este el indicador de mayor desigualdad al momento de acceder a un trasplante, ya que la atención médica de tercer nivel que se necesita para estos procedimientos se encuentra centralizada en estas ciudades del Ecuador. Los Pacientes trasplantados que han acudido a la ciudad de Quito desde otras provincias del país, por motivos de distancia de su lugar de procedencia, han requerido mantener gastos operativos (pasajes, hospedaje, traslados), ya que requieren estar cerca del centro de implante para su evaluación, tratamiento y controles periódicos y sus redes de apoyo social e institucional son insuficientes o inadecuadas, ya que deben permanecer un mínimo de 3 a 6 meses, lo cual puede ser una limitante considerable ya que genera gastos económicos al paciente y su familia, muchas veces no sustentables por los mismos y no tomado en cuenta por el gobierno, evidenciándose inequidad en el acceso al trasplante por la distancia geográfica.

3. El rango de ingresos económicos de los pacientes sometidos a un trasplante hepático no fue un limitante para el acceso al trasplante, ya que el índice de Gini calculado fue de 0,131; esto está determinado porque en la constitución de la República del Ecuador y la ley orgánica de donación y trasplante se contempla que se trata de una enfermedad catastrófica estableciéndose por tanto la gratuidad del tratamiento, por lo que en este sentido es diferente para los otros países vecinos en donde cada paciente o su seguro médico debe mantener los altísimos costos de la cirugía y sus medicamento.
4. En la variable tiempo de espera con un índice de Gini calculado de 0,146 se demostró que desde el momento de ingresar al programa de trasplante hasta la cirugía, el tiempo de espera transcurrido para la mayoría de pacientes se mantuvo en rangos similares.
5. Los pacientes que accedieron al proceso de trasplante hepático de acuerdo al grado de escolaridad afirman que han terminado la primaria 13%, secundaria 48%, superior 39% con un índice de Gini calculado de 0,141 indicándonos que la distribución fue equitativa en todos estos grupos.
6. De acuerdo a distribución o acceso al trasplante por género de los 46 pacientes encuestados se determinó que 25 pacientes son masculinos y 21 pacientes femeninos, no se ha visto un predominio marcado de género en el acceso al trasplante, porque los pacientes trasplantados han presentado diversa patologías y etiología que ha terminado en cirrosis, dependiendo más de varios factores clínicos antes que del género per se.
7. En cuanto al acceso a la información, la mayoría de pacientes 89% afirma estar informado de los criterios de selección e inclusión para trasplante. El 93% de pacientes afirma tener información sobre el tiempo

de espera. Al realizar el análisis para establecer si existe equidad en los trasplantes, se puede concluir lo siguiente: las personas que viven en el lugar donde se realiza el trasplante son quienes más se benefician. Las personas de las ciudades grandes son quienes acceden al trasplante. Una vez ingresado a la lista de espera, se puede considerar que existe equidad en la información sobre los criterios de selección y exclusión.

8. La principal causa de inequidad en el trasplante hepático es la falta de comunicación por parte del órgano rector de la política de salud la cual no establece una estrategia comunicacional para toda la población a nivel nacional, esto se evidencia por la falta de una cultura de donación de órganos y conocimiento sobre trasplantes.
9. Es relevante que el acceso a la información se obtiene luego de ingresar a la lista de espera, lo que implica que muchos pacientes con diagnóstico de enfermedades hepáticas susceptibles de trasplantes no son informados en el nivel primario de atención sobre esta posibilidad, esto concuerda con la mortalidad importante detectada por cirrosis hepática, pudiendo disminuir esta si se realiza una detección oportuna de estos pacientes refiriéndolos a unidades especializadas de salud para su tratamiento oportuno y definitivo.
10. Otro de los aspectos a tener en cuenta es que dentro de las cinco principales causas de muerte en el Ecuador establecidas desde el 2000-2011 se encuentra la Cirrosis y otras enfermedades del hígado. Y se debe establecer ¿Cuántos de ellos accedieron al trasplante por la información proporcionada por el INDOT?

4.2. Recomendaciones

1. La esperanza de vida es mayor con el trasplante que sin él. La calidad de vida que tiene el paciente es muy mala y ésta puede mejorar con el trasplante, si no existen otros tratamientos curativos diferentes al trasplante. Por tanto es muy importante que en el nivel primario de Salud del país se establezcan criterios o protocolos para diagnosticar y referir de manera oportuna a los pacientes hacia el tercer nivel de Salud, aumentando así las probabilidades de supervivencia de pacientes con enfermedades hepáticas terminales.
2. En cuanto a grupos de edad se evidencia que los niños tendrían mayor probabilidad de trasplante si se implementa la donación con donante vivo, por tanto se debe fortalecer la capacitación de profesionales en cirugía de trasplante hepático pediátrico.
3. El desarraigo, la preocupación y el estrés quirúrgico son algunas de las vivencias por las que atraviesa un paciente trasplantado. Estas circunstancias tienden a condicionar e influir negativamente en el éxito de la convalecencia del paciente. La población beneficiaria en su mayoría se caracteriza por no poseer los recursos económicos suficientes tanto para afrontar los gastos que de esto se desprende. Las estadías de los pacientes varían de una semana como mínimo hasta periodos continuados de 6 meses para sus controles médicos, ambulatorios y/o tratamientos periódicos. Por lo que es recomendable implementar centros de alojamiento o de estancia mientras dure el período de convalecencia y se asegure así el éxito del proceso de trasplante.
4. El trasplante es el tratamiento de elección actual para un gran número de enfermedades hepáticas. La atención de estos pacientes supone un gran reto, ya que son pacientes con antecedentes largos de enfermedad

crónica, sometidos a una cirugía mayor que requiere múltiples cuidados y que además tienen asociado un componente de limitación económica lo que no les permite contar con los recursos necesarios para su subsistencia en un lugar apropiado en la instancia de pre y pos trasplante por lo que han tenido que recurrir en muchos casos a albergues que han sido lugares transitorios para su alojamiento, pero surge un gran problema ya que un paciente luego de haber recibido un trasplante recibe medicación inmunosupresora y la primera recomendación es no estar en contacto con muchas otras personas por el nivel de inmunosupresión esto quiere decir que necesita de un área exclusiva para garantizar su adecuada recuperación y hasta el momento no se cuenta con esta área, la cual debería ser proporcionada por el Estado.

5. Para disminuir a futuro el tiempo de espera se debe gestionar listas de espera en función de la gravedad de los pacientes, lo ideal sería disponer de parámetros objetivos, fáciles de medir por métodos disponibles en los hospitales, que tengan un alto valor predictivo del grado de gravedad de la enfermedad y que sean aplicables a todos los pacientes de la lista de espera.

6. Como lo señala Natividad Cuendo Melero et al, en Criterios de priorización para el acceso al trasplanta. El caso del trasplante hemático en España, disponible en URL:
<http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/criterios-priorizacion-acceso-al-trasplante-elcaso-130447-articulos-especiales2003> [consulta octubre 2012]., “no existe ningún criterio consensuado a nivel internacional para la distribución de los órganos ni para la gestión de las listas de espera, de otra manera, todos los países y todos los centros aplicarían los mismos criterios. Sin embargo, es necesario un mayor esfuerzo de consenso que debe abarcar no sólo la distribución de órganos y gestión de listas de espera, sino que debe empezar por

homogeneizar más las indicaciones de este tratamiento, de modo que se pueda garantizar una mayor equidad en el acceso a las listas de espera.

La escasez de órganos para trasplante conduce inevitablemente a plantear algún sistema de priorización de los pacientes en lista de espera para ser trasplantados. A la hora de aplicar criterios de preferencia, es imprescindible tener en cuenta las posibles consecuencias éticas de las posturas que se adopten, de forma que se eviten actitudes discriminatorias, pero teniendo en cuenta la obligación de optimizar los recursos de que disponemos”

Se deberá homogeneizar más las indicaciones del trasplante hepático de modo que se pueda garantizar una mayor equidad en el acceso a las listas de espera y de esta manera al trasplante.

7. “La disyuntiva planteada entre priorizar por gravedad o antigüedad a la hora de gestionar las listas de espera concretas de cada centro no es fácil de solucionar, este análisis requiere de una mayor uniformidad entre centros, al menos en los siguientes aspectos:

- Criterios de inclusión de los pacientes en lista de espera, no sólo respecto a las enfermedades que pueden ser incluidas, sino también respecto al momento en el que deben serlo.
- Criterios de aceptación de donantes, debido a que existe una variabilidad importante entre centros respecto a los donantes que aceptan en función de la edad, tiempo de isquemia, etcétera.
- Balance existente en cada centro entre los donantes que tienen y aceptan, con el número de receptores.
- Técnicas quirúrgicas y tratamientos médicos e inmunosupresores recibidos por los pacientes. La cuestión de si la gestión de las listas de espera debe recaer en una organización independiente a los centros de trasplantes puede resultar un punto de gran controversia.

Lo cierto es que si la gestión sigue haciéndose por cada uno de los centros de trasplante, se requiere de un mayor esfuerzo de homogeneidad de criterios” Natividad Cuendo Melero et al, ob. Cit.

8. El INDOT debería establecer la estrategia integral de comunicación y capacitación donde se facilite y viabilice el material, necesario para la referencia de los pacientes y la información a especialistas, así como a la comunidad. La entidad evidenció no tener la capacidad administrativa, económica y logística para administrar la información, para lo cual se debería utilizar los sistemas administrativos gubernamentales, nacionales, regionales y locales (municipio, escuelas, centros deportivos, etc,) con el objetivo de difundir la información a toda la población sea esta urbana o rural, por lo que se detalla los mecanismos propuestos para solucionar este problema:
9. Que el INDOT genere una estrategia comunicacional clara, precisa y comprensible para toda la población, de fácil acceso y que no existan trabas burocráticas para acceder a la misma.
10. Mantener actualizada la página web del INDOT y que incluya toda la información necesaria para la población de acuerdo a los parámetros establecidos en el anterior inciso.
11. Establecer convenios interinstitucionales tanto públicos como privados para difundir la información sobre trasplante hepático.
12. Crear centros de información en las provincias donde las personas puedan tener un fácil acceso a la información.
13. Incorporar en la malla curricular de la carrera de medicina para que el médico esté en la capacidad de informar a los pacientes sobre los procedimientos adecuados y referir a los pacientes de manera oportuna a centros especializados.

14. Incluir en la malla curricular de las escuelas y colegios para informar y concienciar, sobre la importancia de la donación y trasplantes.
15. Entrenamiento sobre la importancia de la donación de órganos al personal del Registro Civil para sensibilizar y concientizar a la población y generar una cultura de donación altruista y voluntaria.
16. La ley establece equidad, por lo que es fundamental que se socialice, sensibilice, capacite y entrene a los servidores públicos y muy especialmente al personal médico en todos los entes involucrados, como también a la sociedad en general ya que por desconocimiento de la normativa y procedimientos existe una inaplicabilidad de la ley, lo que genera inequidad.
17. Capacitar e instruir al personal del ECU 911 quienes tienen el primer contacto con el potencial donante para tener el criterio y discernir la probable muerte encefálica, informar inmediatamente al sistema y llevarlo en las condiciones adecuadas para ser susceptible de donación.
18. Establecer un sistema de comunicación inmediata entre el ECU911 y el INDOT como parte de la política pública, para derivar de manera eficiente, eficaz, económica y transparente a los donantes e incrementar el porcentaje de trasplantes en el país.
19. Es urgente que el Estado invierta en la formación de profesionales especializados en el trasplante hepático tanto de niños como de adultos.

A partir de las conclusiones, recomendaciones y propuestas planteadas en este trabajo de investigación se pretende la aplicabilidad de la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en su totalidad e integridad, a fin de poder generar cambios positivos y necesarios para mejorar la calidad de vida de todos los ecuatorianos.

REFERENCIAS

- Addressing Inequalities-The Heart of the Post 2015 Development Agenda and the Future We Want for All,”(UNICEF UN Women), septiembre de 2012
- Boletín Epidemiológico, Vol. 25 No. 4, diciembre 2004
- Boletín Epidemiológico, Vol. 25 No. 4, diciembre 2004*
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. Informe final. Quito: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, 2005.
- CEPAL, División Estadística y proyecciones económicas, Consideraciones sobre el Índice de Gini para medir la concentración del Ingreso. Disponible en la URL: <http://www.eclac.cl/deype/mecovi/docs/TALLER6/20.PDF>).
- Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 2008 (20 de octubre); 449.
- Criterios de priorización para el acceso al trasplante. *MedClin (Barc)* a. 2003; 120(10):380-6.
- Equidad en Salud y Asistencia Sanitaria, OMS 1996
- Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Protocolo de trasplante Hepático, Málaga, Mayo 2001
- <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/protocolohepatico.doc.doc>, p.36 [recuperado 15 noviembre del 2012]
- <http://economia.unmsm.edu.pe/Docentes/CSanabriaM/publicacione/EQUIDAD%20%20EN%20SALUD-CSM-200100.pdf>
- <http://economia.unmsm.edu.pe/Docentes/CSanabriaM/publicaciones/EQUIDAD%20%20EN%20SALUD-CSM-200100.pdf>
- http://www.ccc.cl/mailling_m/junio/presentacion.pdf
- <http://www.elseveier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/criterios-priorizacion-acceso-al-trasplante-elcaso-130447-articulos-especiales2003> [recuperado el 15 octubre 2012].
- <http://www.incucai.gov.ar/home>, recuperado 20 de agosto 2012
- <http://www.indot.gob.ec/indotweb/index.php>, recuperado, 15 de agosto 2012

- <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf>, recuperado 15 agosto 2012
- <http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm/Whitehead>, 1992; OPS, 1991, recuperado 15 agosto 2012
- <http://www.ont.es/home/Paginas/HistoriadelosTrasplantes.aspx>, recuperado 3 septiembre 2012
- <http://www.ont.es/home/Paginas/Trasplantedehigado.aspx>, recuperado 20 agosto 2012
- <http://www.ontot.gob.ec/index.php/unidadesacreditadas>, recuperado 17 septiembre 2012
- <http://www.paho.org/Spanish/Hdp/HDR/serie36composite.pdf>, recuperado 28 agosto 2012
- <http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medical/Trasplantes.%20PROGRAMA%20DE%20ACCION.PDF>, recuperado 13 septiembre 2012
- http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1020-498920020012&Ing=en&nrm=iso recuperado 8 agosto 2012
- http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table8.pdf recuperado 5 septiembre 2012.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Registros institucionales 2010. Quito: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2010.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Indicadores básicos de salud. Ecuador 2009. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2009.
- Kunst AE & Mackenbach JP. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1994. 115 p. Kawachi I, Subramanian SV & Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. J. Epidemiol Community Health. 2002; 56:647-652. Macinko J & Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. International Journal for Equity in Health. 2002; 1(1).
- International Society for Equity in Health. The Toronto Declaration on Equity in Health. Conference Statment: 2nd International Conference. Toronto, June 2002.

- Lucey M et al. Liver Trasplante Surgery 1997; Devlin J, O'Grady J, Gut 1999.
- Medicina Social, volumen 3, número 3, septiembre 2008, p 333.
- OMS, enero 1998, p.17, Don Nutbeam, Promoción de la Salud, Ginebra
- Organización Panamericana de la Salud, "Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma", Washington, D.C.: OPS, 2008
- Starfield B. Improving equity in health: A research agenda. International Journal Services. 2001; 31(3):545-566.
- Lozada P, Aguinaga L, Páez R, Olmedo C, Pozo A. El peso de la enfermedad en el Ecuador. Quito: CEPAR, 1999.
- Lozada P. El peso de la enfermedad en las provincias del Ecuador. Quito: CEPAR, 2000.
- Lucio R. Modelo de salud en Ecuador. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2010.
- Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social del Ecuador. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador 2010. [Recuperado agosto 15, 2012]. Disponible en: <http://www.siise.gob.ec/Principal.aspx>.
- OMS,(enero 1998), Don Nutbeam Promoción de la Salud, Ginebra,
- Organización Mundial de la Salud. Cuentas nacionales de salud. Ecuador [recuperado 6 noviembre, 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/ecu/en>.
- Organización Mundial de la Salud. Ecuador. [Recuperado 15 noviembre, 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/countries/ecu/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Ginebra: OMS, 2011.
- Organización Nacional de Trasplantes. Madrid. España.* El caso del trasplante hepático en España Natividad Cuende Melero, Blanca Miranda Serrano, José Francisco Cañón Campos, Teresa Naya Nieto y Gregorio Garrido Cantarero.
- Organización Nacional de Trasplantes en la obra Indicaciones y Contrataciones del Trasplante Hepático (1995) disponible en la URL:

http://bvs.isciii.es/mono/pdf/AETS_21.pdf /recuperado 10 septiembre 2013/

Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de Sistemas de Salud, Washington, D.C., EUA.

Ortiz P, Albán E. Ecuador: estimaciones y proyecciones de población 1950-2025. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2003.

Pan American Health Organization. Health system profile. Ecuador. Monitoring and analysis of the change and reform processes. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2008.

Rawls J. La justicia como imparcialidad. Teoría de la Justicia. México. Fondo de Cultura Económica. 1995 (segunda edición en español): pág. 20 – <http://www.indot.gob.ec/indotweb/index.php/ingreso-a-la-lista-de-espera>

Glosario

ABO clasificaciones más importantes para describir grupos sanguíneos en humanos son **los antígenos** (el sistema ABO) y el **factor Rh**.

CIE10 Código Internacional de Enfermedades

Código 0 pacientes con insuficiencia hepática aguda grave en ausencia de hepatopatía previa o que requieren un trasplante agudo,

(CEP) COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA

(CHC), Carcinoma Hepatocelular

HLA Antígenos leucocitarios humanos;

(IESS) Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

(INDOT) Instituto Nacional de Trasplante de Órganos y Tejidos

(INEC) Instituto Nacional de Estadística y Censos

(INR) Índice nacional de radio

(ISSFA) Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas

(ISSPOL) Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

MELD Model for End-stage Liver Disease = Modelo para la enfermedad hepática en fase terminal

(MIES) Ministerio de Inclusión Económica y Social

(MSP) Ministerio de Salud Pública

(PPS) Programa de Protección Social

(THO) Trasplante hepático orto tópico

ANEXOS

Anexo 1. Procedimiento esencial para la realización del trasplante hepático

Un operativo de trasplante hepático requiere un engranaje perfecto entre un grupo de profesionales, medios de comunicación, de transporte, de seguridad vial, de recursos materiales, que garanticen el éxito, es decir, devolverle a un enfermo la esperanza de vida y futuro. Es importante que todo el personal implicado en el operativo conozca cómo se desarrolla el mismo y fundamentalmente, su parte en el proceso. Comienza con el aviso del coordinador de un hospital acreditado para la procuración de órganos al INDOT, de la existencia de un potencial donante multiorgánico. Ese aviso lleva implícito informar las características generales del donante.

El INDOT debe contactar con el equipo de trasplante hepático e informarle todo lo referente al donante, y éste contactará con la Unidad de Cuidados Intensivos para conocer la existencia de una cama para el trasplante, y decide el inicio del proceso. El equipo de trasplante hepático designa su equipo extractor, que acudirá al hospital generador del donante a efectuar la procuraduría de los órganos.

El hepatólogo, de acuerdo a las características del donante decide cual será el receptor y se pone en contacto con el mismo para conocer su estado actual y le indica ingresar para realizarle el trasplante. Al ingreso del paciente se hace un estudio clínico y se le realizan complementarios indispensables para determinar si está apto para la intervención y se fijará una hora de comienzo de la intervención en el receptor, que llamaremos hora "0". A través de la coordinación se alerta al resto del equipo: anestesista, unidad quirúrgica, banco de sangre, laboratorios y farmacia.

El tiempo previo a la hora "0", es para la preparación del quirófano, preparación del paciente y traslado a dicha unidad, y la preparación anestésica.

El inicio de la cirugía en el receptor estará en dependencia de la observación del hígado por el cirujano extractor, que dará el válido. Se inicia la operación sin dar pasos irreversibles hasta la llegada del órgano al hospital.

Terminada la intervención quirúrgica, se traslada el enfermo a la sala de Terapia Intensiva, donde la permanencia dependerá de su estabilidad hemodinámica.

Mientras el enfermo esté en UCI, será valorado por un colectivo integrado por los cirujanos, el hepatólogo, el intensivista y profesionales de aquellos servicios que por la evolución del enfermo, sea necesario solicitar sus servicios.

Estabilizado el paciente, pasa a la sala de hospitalización, donde será atendido por los cirujanos, el hepatólogo, mínimo, dos veces al día, 08.00h y 16.00h, y se solicitará la presencia de algún especialista que sea necesario consultar. Luego del alta hospitalaria será consultado una vez al mes, en la consulta de cirugía y hepatología.

Anexo 2. Protocolo para el manejo clínico y quirúrgico en el trasplante hepático

La ONT ob. Cit., p 7 indica que “El Trasplante hepático ortotópico (THO) consiste en la *extirpación* de un hígado enfermo y su *sustitución*, en la misma localización anatómica, *por un hígado sano o parte de él*, procedente de un donante *cadáver o donante vivo*”. El trasplante hepático es el tratamiento de elección de cualquier enfermedad hepática crónica terminal o aguda en hígado previamente sano y en enfermedades benignas o malignas, en las que otro tratamiento no es posible para curar o mejorar la calidad de vida del paciente.

Como bien lo señala la Organización Nacional de Trasplantes en la obra Indicaciones y Contrataciones del Trasplante Hepático (1995) disponible en la URL: http://bvs.isciii.es/mono/pdf/AETS_21.pdf /consultado septiembre 2013/ “Se trata de un procedimiento médico-quirúrgico complejo que precisa de una amplia participación de los servicios de un centro médico avanzado” p 7. El Trasplante Hepático representa en una modalidad terapéutica, englobada en el conjunto de las opciones técnicas que se lleva a cabo para el tratamiento de los pacientes con enfermedades hepáticas progresivas e irreversibles.

“El THO puede estar indicado en una persona con enfermedad hepatobiliar progresiva e irreversible, cuando se hayan agotado otras terapéuticas, y cuya esperanza de supervivencia al año sea inferior a la del propio trasplante, cuando cumpla una serie de criterios de indicación y no presente contraindicación.

Estas indicaciones y contraindicaciones generales del THO pueden sufrir modificaciones dependiendo de la situación clínica de cada paciente, el diagnóstico y repercusión sistémica de su enfermedad y el momento adecuado para recibir el injerto hepático. Estos factores condicionan cada una de las indicaciones de THO” Organización Nacional de Trasplantes en la obra Indicaciones y Contrataciones del Trasplante Hepático (1995) disponible en la URL: http://bvs.isciii.es/mono/pdf/AETS_21.pdf /consultado septiembre 2013/

p.12. Otro aspecto importante es la disponibilidad de órganos para trasplante, que obliga a establecer criterios de prioridad dentro de la lista de espera creada al efecto.

Consideraciones generales ante un candidato a trasplante

- La esperanza de vida es mayor con el trasplante que sin él.
- La calidad de vida que tiene el paciente es muy mala y ésta puede mejorar con el trasplante.
- Los síntomas que presenta el paciente se deben exclusivamente a la enfermedad por la que se indica el trasplante, y estos mejorarán tras la cirugía.
- No existen otros tratamientos curativos diferentes al trasplante.
- El trasplante hepático puede curar la enfermedad, o prolongar de una manera clara la supervivencia.
- No existen contraindicaciones.

“Factores de riesgo pretrasplante hepático

- Edad biológica avanzada
- Cirugía previa de abdomen superior
- Afectación multiorgánica grave
- Síndrome hepato-renal
- Riesgo de complicación neurológica, epilepsia, aneurismas cerebrales
- Etiología por fallo hepático fulminante
- Curso fulminante del fallo agudo
- Etiología por virus B
- Etiología por virus C con RNA-VHC positivo en suero
- Hepatocarcinoma
- Alcoholismo con abstinencia reciente
- Grado C de Child-Pugh
- Encefalopatía hepática

- Insuficiencia renal con creatinina en suero de más de 2mg/dl y aclaramiento menor de 50 ml/min
- Trombosis portal/hipoplasia/calcificación vena porta
- Obesidad, malnutrición grave
- Diabetes mellitus con requerimiento de insulina
- Retrasplante crónico
- Trasplante combinado
- Requerimiento de UCI” Organización Nacional de Trasplantes en la obra Indicaciones y Contrataciones del Trasplante Hepático (1995) disponible en la URL: http://bvs.isciii.es/mono/pdf/AETS_21.pdf [consultado octubre 2013/] p.14

Contraindicaciones

Absolutas:

Son aquellas circunstancias que hacen el trasplante técnicamente imposible o que disminuyen de modo importante, y en plazo corto de tiempo, la supervivencia del paciente después del trasplante.

- **Enfermedad maligna extrahepática (primaria o metastásica).** En los pacientes con antecedentes de enfermedad maligna de origen no hepático se recomienda dejar un período de **dos años** desde el momento teórico de la curación del tumor hasta la realización del trasplante, y **más de dos años** en caso de que el tumor previo sea un carcinoma de colon, carcinoma de mama o melanoma.
- **Enfermedad maligna hepática** que no esté dentro de los estadios tumorales T1, T2 y T3 y que presente metástasis ganglionares o a distancia.
- Enfermedad cardíaca, pulmonar, vascular, neurológica o renal grave (excepto los casos susceptibles a trasplantes combinados: hígado-corazón, hígado- corazón-pulmón, hígado-riñón).

- **Síndrome hepato-pulmonar** con $PO_2 < 50 \text{ mmHg}$
- Hipertensión arterial grave (definida por una presión arterial media superior a 35 mmHg)
- **Infección activa fuera del árbol hepatobiliar**
- **Infección por virus B en fase replicativa** (ADN-VHB detectable en sangre).
- **Enfermedad grave o infección extrahepática no controlada, incluido VIH**

Transitorias

- Trombosis completa del árbol es pleno-mesentérico-portal.
- Alcoholismo o consumo de drogas con menos de 6 meses de abstinencia o con 3 meses con informe psiquiátrico favorable.

Relativas

Edad mayor de 65 años

Momento de indicar el trasplante

Se considera que ha llegado el momento del trasplante si se cumplen las siguientes premisas:

- La función hepática actual pronostica una peor supervivencia sin el trasplante que con él.
- Si, independientemente de la función hepática, existe un deterioro importante de la calidad de vida.
- Ambas circunstancias varían de acuerdo a la etiología y del estado evolutivo de la enfermedad.
- Pacientes con insuficiencia hepática crónica parenquimatosa en fase descompensada, que han tenido alguna o varias de las complicaciones mayores de la cirrosis (hemorragia digestiva por várices esofágicas, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, encefalopatía). Es decir pacientes con hepatopatía crónica en estadio B de la clasificación de Child-Pugh, ya que

la supervivencia al año, sin trasplante, es menor del 90% y a los dos años es inferior a la obtenida con el trasplante.

- Pacientes con hepatopatía crónica en estadio C de la clasificación de Child-Pugh

Indicación de trasplante con buen funcionalismo:

- Child A + Hepatocarcinoma
- Prurito intratable.
- Ascitis o Hidrotórax intratable.

Valoración de receptores

Enfermedad hepática crónica avanzada

Hepatocelular

La evaluación se realizará mediante la clasificación de Child:

CLASIFICACION DE CHILD- PUGH

PARAMETRO	1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS
ALBUMINA	35 g/l	28-35 g/l	< 28 g/l
BILIRRUBINA	< 20 g/l	20-30 g/l	> 30 g/l
ENCEFALOPATIA	NO	I-II	III-IV
ASCITIS	NO	LEVE- MODERADA	TENSION
T PROTROMBINA (SEG > CONTROL)	1-4	5-6	> DE 6

GRADO A: 5-6

GRADO B: 7-9

GRADO C: 10-15

La ONT, ob. Cit, p. Indicaciones de THO en cirróticos

Cirrosis descompensada que cumplan algunas de estas características:

- Grado B o C de Child-Pugh.
- Tensión arterial media < 82 mm Hg.
- Hiponatremia (Na sérico < 135 mEq/l)
- Filtrado glomerular < 50 ml/min.
- Sodio urinario < 10 mEq/24 horas
- Tendencia a la desnutrición
- Antecedentes de peritonitis bacteriana espontánea.
- Albúmina sérica < 28 g/l
- Encefalopatía hepática
- Pacientes con HDA por várices esofágicas grado C de Child o grado B con ascitis importante o encefalopatía durante el episodio”.

La existencia de los anteriores criterios se asocia con una probabilidad de supervivencia de menos del 50% a los 2 años de seguimiento y con mala calidad de vida.

Cirrosis de etiología etílica

Los enfermos con hepatopatía alcohólica deben ser evaluados en función de la presencia de alteraciones a nivel de otros órganos que pudieran limitar la eficacia del trasplante, deben ser controlados por psiquiatría y permanecer en abstinencia etílica durante más de 6 meses. Se establece como excepción, la indicación por deterioro clínico en aquellos pacientes que tienen un soporte familiar importante, son abstemios en el momento de la indicación, al menos durante tres meses y tienen un informe favorable psicológico y/o psiquiátrico. El control psicológico debe mantenerse después del trasplante para evitar recidiva de la enfermedad.

Factores pronósticos negativos:

- * Desórdenes sicóticos previos
- * Carácter inestable
- * Poli drogadicto
- * Múltiples intentos de abandono del hábito alcohólico
- * Aislamiento social

Contraindicaciones absolutas:

- * Alcoholismo activo o factores de riesgo de recidiva del alcoholismo (abstinencia inferior a 6 meses).
- * Deterioro neuropsicológico importante.
- * Existencia de enfermedades asociadas que impidan la realización del trasplante hepático.
- * Aislamiento social irrecuperable.

Cirrosis de etiología viral (B, B+D, C)

Virus B

La indicación de trasplante hepático en estos pacientes requiere la determinación del DNA del VHB para conocer su estado explicativo. Si ésta es positiva cuando es determinada por hibridación molecular, dado que la recidiva viral es prácticamente la regla, el TH se encuentra contraindicado.

En un intento por disminuir la recidiva se encuentran en desarrollo protocolos de tratamiento pre y post-TH.

Protocolos pre-TH, con administración de Interferón + lamivudina, a aquellos pacientes en los que el DNA VHB por PCR es positivo.

Para disminuir la recidiva viral, administramos gamma globulina hiperinmune B (HBIG) en el post-TH.

Virus C

La indicación de TH por cirrosis hepática por VHC es la más frecuente dentro de la etiología viral.

En estos pacientes la indicación es independiente de la situación de replicación viral, RNA VHC positiva, dado que existen publicaciones recientes que evidencian que la supervivencia de estos pacientes es similar a la del resto a los 3 y 5 años de seguimiento. A pesar de lo anterior, la recidiva viral sobre el injerto es prácticamente del 100%, con desarrollo de formas graves.

Se están desarrollando protocolos que intentan disminuir y preferentemente negativizar la replicación pre-TH, para evitar / disminuir la recidiva sobre el injerto, dada la importante trascendencia que en un futuro tendrá sobre la indicación de trasplantes.

En nuestro grupo se realizará el trasplante independientemente del estado replicativo del virus previo al trasplante.

Colestásica

La siguiente tabla puede ser relativamente útil en la valoración de los receptores:

Bilirrubina	1 (<5-10 mg%)	2 (5-10 mg%)	3 (>10 mg%)
Prurito	1 (No)	2 (Control)	3 (Intratable)
Colangitis	1 (No)	2 (Única)	3 (Recurrente)

BAREMO: **Clase A:** 4-9 puntos. Inclusión en lista activa.

Clase B: < 4 puntos. Demasiado estable.

Clases C y D: Se aplican contraindicaciones generales del T.H.

Cirrosis biliar primaria

Índice pronóstico de la Clínica Mayo en la CBP:

R (puntuación de riesgo) = $0.871 \times \ln$ bilirrubina (en mg/dl) + $(2.53 \times \ln$ albúmina en g/dl) + $0.039 \times$ edad (en años) + $2.38 \times \ln$ tiempo de protrombina (en seg) + $0.859 \times$ edema.

Una vez obtenida R se calcula la probabilidad de supervivencia para un determinado tiempo de acuerdo con la tabla y fórmula:

t (años)	1	2	3	4	5	6	7
S (t)	0.97	0.94	0.88	0.83	0.77	0.72	0.65

INDICACIONES DE THO EN LA CIRROSIS BILIAR PRIMARIA

Es suficiente cumplir **uno** de los siguientes criterios:

1. Bilirrubina sérica superior a 6 g/l.
2. Disfunción hepática grado B/C de Child-Pugh.
3. *HDA por várices* / grado B/C de Child.
4. Prurito intratable / astenia invalidante.
5. Enfermedad ósea grave / osteodistrofia.
6. Desarrollo de Hepatocarcinoma.(...)
7. Ascitis /peritonitis bacteriana espontánea
8. Los criterios de las hepatopatías parenquimatosas.
9. Índice pronóstico de la Clínica Mayo superior a 7.5

Organización Nacional de Trasplantes en la obra Indicaciones y Contrataciones del Trasplante Hepático (1995) disponible en la URL: http://bvs.isciii.es/mono/pdf/AETS_21.pdf [consultado octubre 2013] p.14

No existe tratamiento médico actual que mejore la supervivencia de estos pacientes. En ellos la indicación del TH puede ser por la colestasis que provoca o por la evolución y el desarrollo de complicaciones que pueden aparecer durante la fase de cirrosis. En la primera situación es el prurito intratable, la astenia, las elevaciones de la bilirrubina o la aparición de enfermedad ósea grave las que por

su predominio clínico avalarán la necesidad de trasplante hepático. En el caso de las complicaciones de la cirrosis la indicación vendrá dada por la existencia de ascitis refractaria o de difícil control, el desarrollo de peritonitis bacteriana espontánea, HDA no controlable por otros métodos o aparecida en fases avanzadas de la cirrosis y en general todas aquellas indicaciones de la enfermedad hepática parenquimatosa.

La indicación en la CBP se realiza en situación terminal hepática y de forma simple se puede definir:

*BILIRRUBINA > 100 G/L

(Criterio suficiente independientemente de los siguientes)

- Ascitis resistente a la administración de diuréticos
- Peritonitis bacteriana espontánea
- Encefalopatía hepática
- Consunción muscular progresiva
- Hemorragia recurrente por várices

“Tras el trasplante la supervivencia de estos pacientes es del 75% a los 5 años, *claramente* superior a la esperada según la historia natural de esta enfermedad, además (...), la mejora de la calidad de vida es *evidente*” Organización Nacional de Trasplantes en la obra Indicaciones y Contrataciones del Trasplante Hepático (1995) disponible en la URL: http://bvs.isciii.es/mono/pdf/AETS_21.pdf [consultado septiembre 2013/] p.14.

La ONT ob. Cit p. 15 define: “Colangitis esclerosante primaria (*CEP*)

La *CEP* es una enfermedad crónica, colestática y de etiología desconocida. Se produce por la inflamación, necrosis y consecuente destrucción de los conductos biliares tanto intrahepáticos como extrahepáticos. Suele afectar a varones y en su evolución da lugar a cirrosis biliar”.

En ella son frecuentes los episodios de Colangitis y dado el desarrollo de cirrosis no es infrecuente el desarrollo de hipertensión portal, hemorragia digestiva por várices, ascitis y sus complicaciones.

Puede asociarse a la existencia de enfermedad inflamatoria intestinal, no contraindicando la realización de trasplante hepático.

Es de gran trascendencia descartar la asociación con colangiocarcinoma, que aparece entre un 5 y 25% de los pacientes. Esta situación contraindica la realización del TH dado que recidiva en prácticamente el 100% de los pacientes. En esta enfermedad se han intentado igualmente índices pronósticos de supervivencia.

Uno de los más utilizados es el de Wiesner

$IP = 0,06 \times EDAD + 0,85 \times \log e (\text{Br en mg/dl [máx. 10]}) - 4,39 \times \log e (\text{Hb en gr/dl [máx. 12]}) + 0,51 \times \text{Estadio histológico (cambios en espacio porta=1; necrosis parcelar periférica y fibrosis portal=2; septos fibrosos porta-porta o puentes de necrosis=3; cirrosis biliar=4)} + 1,59 \times \text{EEI (no=0; si=1)}$.

BAJO RIESGO: IP=-9,74 y -5,14 (SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS 90%)

MODERADO RIESGO: IP=-5,12 y -3,26 (SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS 50%)

ALTO RIESGO: IP=-3,23 y 0,45 (SUPERVIVENCIA AL AÑO 30%)

“El TH es el tratamiento de elección en la fase de cirrosis biliar e insuficiencia hepática avanzada. La repetición de los episodios de Colangitis es igualmente una indicación de TH.

Otras colestasis

Como lo señala la ONT, ob. Cit. Aunque su frecuencia es escasa en ocasiones la indicación del TH puede ser por desarrollo de cirrosis biliar secundaria en relación

con manipulación /cirugía de la vía biliar, complicaciones en el tratamiento de hidatidosis biliar, etc.

La indicación de TH es similar al de CBP.

Más rara aún es la indicación por enfermedad de Caroli u otras complicaciones de la vía biliar, que dando lugar a episodios repetidos de Colangitis (indicación de TH), puede desencadenar finalmente disfunción hepática grave (indicación de TH).

Tumores

Hepatocarcinoma

El carcinoma Hepatocelular (CHC), suele presentarse en nuestro medio en el contexto de una cirrosis hepática, implicando mal pronóstico.

No todos los CHC son candidatos a TH ya que se han desarrollado terapéuticas (cirugía, alcoholización, embolización, etc.) que estando bien seleccionados los pacientes presentan elevada supervivencia. Es evidente que la indicación puede estar en relación con la enfermedad cirrótica sobre la que asienta pero hay que valorar en estos casos la posibilidad de recidiva tumoral tras la realización del TH. El grupo más favorable para el TH estaría formado por aquellos pacientes del Grado A de Child, que tengan a su vez **nódulo único y menor de 3 cm.**

Estos pacientes solo serian candidatos de TH en caso de irresecabilidad tumoral o que el gradiente de presión a nivel de venas suprahepáticas sea de 10 mm de Hg., ya que es en ese grupo de pacientes donde menores complicaciones post-cirugía se producen. (Castells A. Gastroent y Hepatol 1995; 18: 241-2).

El diagnóstico de extensión tumoral intra hepático puede realizarse mediante la clasificación TNM y la de Bismuth (Ann Surg 1993; 218: 145-53), basada en el número de nódulos y su tamaño. La dificultad pre-TH siempre viene dada por la dificultad de evidenciar todos los nódulos satélites, la presencia o no de cápsula y

la existencia o no de invasión vascular dado que todos esos datos son principalmente histológicos y por lo tanto solo evidenciables tras el TH.

La indicación de TH además de por la situación funcional de la enfermedad cirrótica se realizara en base a todo lo anterior. Siguiendo la clasificación TNM el TH se indicara ante todo paciente que se encuentre encuadrado dentro de los estadios tumorales T1, T2 y T3 que no presenten metástasis ganglionares ni a distancia.

Fallo hepático fulminante

En cada caso se hará una valoración individual, teniendo en cuenta que el periodo para la realización del trasplante hepático puede ser corto por la aparición de coma profundo y fallo multisistémico.

Considerando que la supervivencia es aproximadamente del 39-67%, en pacientes con hepatitis A y B o intoxicación con paracetamol, a pesar de la encefalopatía grado III-IV, la selección de pacientes debe ser "lo más segura posible".

Se deberá realizar **biopsia hepática transyugular** valorando el porcentaje de hepatonecrosis y los signos de regeneración hepática.

Hemos seleccionado los criterios del King'sCollege Hospital de Londres como los más completos a tener en cuenta en las indicaciones de trasplante

Grados de encefalopatía

1. Asterixis bilateral e intermitente, fallo en mantener postura fija (extensión de brazos con dorsiflexión de muñeca y dedos extendidos), alteración del intelecto con dificultad para la concentración, inversión del ritmo del sueño.

2. Confusión, agitación y alteraciones de conducta. Desorientación témporo-espacial. Grave alteración de movimientos coordinados.
3. Empeoramiento del grado 2. Estupor. Agitación espontánea o por estímulos agudos. No hay comunicación interpersonal.
4. "Coma hepático" Tono muscular aumentado con rigidez en rueda dentada. Espasmos mio-clónicos. Aumento de reflejos tendinosos profundos. Respuesta palmar extensora. Pupilas en posición intermedia. Ritmo respiratorio por encima de 20/ min.

Causas de fallo hepático fulminante

Viral

- Hepatitis aguda A
- Hepatitis aguda B con o sin coinfección D
- Portador crónico B con sobre infección D
- Reactivación de hepatitis crónica B
- Hepatitis aguda C
- Hepatitis viral presumiblemente no A, no B, no C
- Hepatitis aguda E
- Hepatitis G y GB?
- Herpes virus 6 y Herpes simplex 1 y 2
- Virus varicela Zóster
- Epstein-Barr virus

Drogas y tóxicos

- Sobre dosificación de paracetamol
- Anestésicos halogenados: halotano, enflurano, isoflurano
- Reacciones idiosincrásicas: isoniacida, rifampicina, AINES, oro, sulfonamidas, tetraciclinas, fenitoína, ketoconazol, IMAO, tricíclicos, alopurinol, valproato, disulfiran, metildopa, amiodarona, propiltiouracilo, dideoxiinosina

Misceláneas

Hígado graso agudo del embarazo

Síndrome de Reyé

Hepatitis crónica autoinmune

Enfermedad de Wilson

Síndrome de Budd-Chiari

Infiltración maligna hepática

Hipertermia

Sepsis

Isquemia hepática

Hepatectomía parcial

Retrasplante

“En España existe menor tasa (10%) que en Europa (12%) o Estados Unidos (16%) y mayor supervivencia al año (62,5% frente al 50%). La causa de retrasplante, si se exceptúa el fallo primario del injerto, es el rechazo crónico (49%), complicaciones vasculares (22%), recidiva de la enfermedad (19%) y otros. Se puede esperar un incremento en la tasa de retrasplante en los próximos años, fundamentalmente por evolución a insuficiencia hepática en las hepatopatías crónicas de origen vírico tratadas con trasplante hepático” Organización Nacional de Trasplantes en la obra Indicaciones y Contrataciones del Trasplante Hepático (1995) disponible en la URL: http://bvs.isciii.es/mono/pdf/AETS_21.pdf [consultado octubre 2013] p.10. Dada la escasez de órganos como lo señala la ONT, ob. Cit, p.26 “la disminución tan importante en la supervivencia *que los retrasplantados presentan* a partir del 2º retrasplante (...), debe valorarse la no realización de más de un retrasplante e incluso contraindicarlo en determinadas circunstancias”. Si existe disponibilidad de órganos, valorar individualmente cada caso.

Manejo del paciente en lista de espera

Medidas generales

- Soporte emocional
- Cuidados nutricionales
- Vacunaciones
- Tratamiento de la osteopenia

Barcena R. (21/07/2008) Manejo del paciente en lista de espera, disponible

URL: <http://www.aeeh.org> "**Medidas en relación a la etiología de la hepatopatía**

- **Etilismo:** Incluye período de abstinencia y valoración por el siquiatra

- **Cirrosis víricas:**

a)- *Pacientes con cirrosis por VHB sin actividad replicativa en el momento de la evaluación y entrada en lista de espera, comenzar con Lamivudina 100 mg/d que se mantendrá después del trasplante junto con gammaglobulina específica anti-hepatitis B.*

b)- *Pacientes que se encuentren en fase de replicación viral en el momento de la evaluación se comenzará con Lamivudina en dosis de 100 mg/d y se evaluará un mes más tarde. Si el DNA del VHB es negativo PCR, se aceptará en lista y continuará con Lamivudina,*

c)- *Pacientes con cirrosis por virus C: No está indicado tratamiento antiviral preventivo debido a su baja eficacia en el seguimiento clínico.*

Carcinoma Hepatocelular:

a)- *Valoración continua de la posibilidad de diseminación o extensión intra hepática mientras está en lista.*

b)- *Valorar realización de quimioembolización con mitomicina, hidrocortisona, doxorubicina o cisplatino y lipiodol, y posteriormente sesiones de alcoholización percutánea mientras el paciente está en lista, al tiempo que se le controla mensualmente con US y determinación de Alfafetoproteína*

c)- Si el tumor, pese al tratamiento pre-TH o sin él, aumenta a mas de 5 cm., aparecen datos de trombosis portal (se debe realizar PAAF del coágulo para demostrar su carácter neoplásico), o aparecen mas de 3 lesiones o una nueva lesión en el otro lóbulo, el trasplante no constituye una opción terapéutica en estos pacientes y, por tanto se les retira de lista de espera.

d)- Realizar un estudio de extensión cada tres meses si permanecen más de este tiempo sin ser trasplantados o se produce un aumento llamativo de las cifras de Alfafetoproteína.

e) Si a un paciente se le detecta una lesión ocupante de espacio en el hígado, no es necesario realizar siempre una BAAF o micro biopsia, para confirmar su malignidad, pues la BAAF tiene riesgos de hemorragia y de diseminación de la neoplasia o de siembra en el trayecto de la aguja. En estos casos se debe realizar un estudio de extensión con TAC craneal y toraco-abdominal, gammagrafía ósea y si no hay mas lesiones hepáticas, y tampoco extensión extrahepática, se le mantiene en lista, valorando actuaciones sobre el tumor con relación al tiempo en lista de espera, al tamaño y a la situación del tumor.

Otras complicaciones

1. - En caso de hemorragia por hipertensión portal que no ceda a esclerosis, colocación de bandas, o colocación de un TIPS y se considere necesario la cirugía se intentará siempre una derivación esplenorrenal distal o una anastomosis mesocava, pues no alteran la anatomía del hilio hepático y, por tanto, no dificultan la realización posterior del trasplante.

2. - Si el paciente desarrolla una PBE mientras está en lista se considerará una contraindicación temporal y no se replanteará el colocarlo nuevamente en lista hasta después de estar afebril y demostrarse en una nueva paracentesis, 48 horas después de la inicial, una disminución franca del número de neutrófilos. Los antibióticos se administrarán durante 5 días como mínimo, y

posteriormente se le mantendrá, mientras esté en lista, con una quinolona en dosis diaria y de forma continua hasta el momento del trasplante

3. - En caso de pacientes con Colangitis esclerosante primaria, se tendrá en cuenta la posibilidad de aparición de un colangiocarcinoma.

Controles

Revisión mensual o bimensual mientras está en lista con estudios hematológicos que incluyan estudio de la coagulación así como controles bioquímicos de la función hepática. Además se les realizarán Ultrasonidos para valorar la posible aparición de trombosis portal o Hepatocarcinoma, así como para valorar la presencia y cantidad de ascitis”.

Protocolo preoperatorio

Preparación del paciente candidato a trasplante

- En cuanto se reciba la alerta de trasplante, mantener al paciente a dieta absoluta. Si no está hospitalizado, el coordinador notificará la hora prevista de ingreso. La preparación se iniciará lo más rápidamente posible.
- La posibilidad de trasplante será comunicada al paciente y familia por el coordinador, hepatólogo o cirujano del trasplante.
- Recuperación de la historia clínica, revisión de la misma y de posibles alergias. Se incluirán todos los estudios que se realicen, el informe de enfermería y la autorización firmada.

Exploraciones previas al trasplante

- Controles: TA
 - Temperatura
 - Frecuencia cardiaca
 - Peso corporal
- Analíticas: Hemograma con diferencial

Estudio de coagulación y plaquetas

Iones, glucemia, Urea, TGO, TGP, BT, Proteínas, Creatinina

Rectificar grupo sanguíneo.

- EKG
- Rx de tórax: AP y L

En función del tiempo transcurrido de la última radiografía, el médico responsable de su preparación decidirá su realización.

- Banco de sangre: Tipificación y reservar 20 unidades de concentrado de hematíes, 20 unidades de plasma y 20 de plaquetas.

Asepsia y Desinfección del campo quirúrgico

- Enema de limpieza.
- Rasurado de tórax, axilas, abdomen y pubis.
- Ducha con jabón antiséptico.
- Desinfección del campo quirúrgico con Povidona yodada.
- Cubrir al paciente con bata verde estéril, con las cintas hacia atrás y sin anudar.

Medicación

Se administra, una vez notificada la validez del órgano y 15 minutos antes de trasladar el paciente al quirófano.

El médico responsable de la preparación del paciente prescribirá la pauta a seguir. El protocolo habitual es:

- Solución oral spear: Polimicina + nistatina + tobramicina
- Antibiótico de amplio espectro como profilaxis. Valorar posibles alergias.
- La hora programada de la intervención será notificada por el coordinador del trasplante. El paciente estará totalmente preparado 15 minutos antes de dicha hora, junto con la documentación clínica y muestras.

El Hospital Carlos Haya, ob, Cit, p. 38 se pregunta **¿Cuál es el momento de trasplantar a los enfermos?**

Evidentemente el momento es aquel en que los riesgos de muerte son altos ó bien aquellos en los que la calidad de vida del paciente se ha deteriorado tanto que se hace insostenible”.

El MELD (Model for End Stage Liver Disease) es otra forma actualizada para indicar el mejor momento para realizar el TxH y es así que a nivel mundial se considera que pacientes que tienen un MELD igual o mayor a 15 serian los que más se benefician del trasplante hepático, y aquellos con puntuación inferior a 15 la expectativa de vida es mayores sin el trasplante pero en algunos casos el MELD no va de la mano con la calidad de vida.

El cálculo está basado en la siguiente fórmula:

$$\text{MELD Score} = 9,57 \text{ Ln(Creat)} + 3,78 \text{ Ln(Bili)} + 11,2 \text{ Ln(INR)} + 6,43$$

Puntuación	Mortalidad en tres meses
<10	2-8%
10-20	6-29%
20-29	50-76%
30-39	62-83%
>40	100%

Consideraciones:

- El rango de valores va de 6 a 40.
- El valor mínimo es 1 para cada una de las variables.
- Se usa para pacientes mayores de 12 años.
- El valor se redondea al entero más cercano.
- Si el paciente ha sido sometido a diálisis (al menos 2 veces durante la semana anterior), el valor de creatinina a considerar es 4 mg/dL

El Hospital Carlos Haya, ob. Cit, p. 38 establece que: “Otro criterio, admitido ampliamente, para determinar esta situación es la Clasificación de Child-Pugh. Se ha visto que aquellos enfermos que presentan una buena función del hígado y que por tanto tienen un Grado de Child-Pugh A (5-6), y que no han presentado episodios de complicaciones mayores como son la Hemorragia Digestiva por Varices Esofágicas ó Ascitis presentan una posibilidad de supervivencia a los 2 años del 85%, porcentaje que baja de forma importante cuando se ha presentado algún episodio de complicación mayor.

Por tanto deberían ser incluidos en lista aquellos pacientes con deterioro de la función de síntesis, aquellos que han experimentado una complicación mayor (Ascitis, Encefalopatía, HDA por varices), ó bien que presenten malnutrición”.

Clasificación Child-Pugh de Severidad de Enfermedad Hepática.

La clasificación modificada Child-Pugh de severidad de enfermedad hepática se realiza de acuerdo al grado de ascitis, las concentraciones plasmáticas de bilirrubina y albúmina, el tiempo de protrombina, y el grado de encefalopatía.

Parámetros	Puntos asignados		
	1	2	3
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada
Bilirrubina, mg/dL	<= 2	2-3	>3
Albúmina, g/dL	>3,5	2,8-3,5	<2,8
Tiempo de protrombina * Segundos sobre el control * RIN	1-3 <1,8	4-6 1,8-2,3	>6 >2,3
Encefalopatía	No	Grado 1-2	Grado 3-4

Una puntuación total de 5-6 es considerada grado A (enfermedad bien compensada); 7-9 es grado B (compromiso funcional significativo); y 10-15 es grado C (enfermedad descompensada). Estos grados se correlacionan con una sobrevida del paciente al año y a los 2 años.

Grado	Puntos	Sobrevida del paciente al año (%)	Sobrevida del paciente a los 2 años (%)
A: enfermedad bien compensada	5-6	100	85
B: compromiso funcional significativo	7-9	80	60
C: enfermedad descompensada	10-15	45	35

Debemos considerar el momento del trasplante, por lo tanto, en aquellos enfermos que presentan:

- Ascitis refractaria al tratamiento médico.
- Hiponatremias mantenidas crónicamente por debajo de 130 mEq/dl.
- Peritonitis Bacteriana Espontanea.
- Encefalopatía Hepática recurrente ó grave.
- Síndrome Hepatorrenal.
- Coagulopatías sin tratamiento posible.
- Fatiga y debilidad crónica.
- Enfermedad Ósea progresiva.
- Prurito Intratable.
- Hiperbilirrubinemias superiores a 10 mg/dl.
- Neuropatía Xantomatosa.
- Fracaso Hepático Agudo ó Subagudo.
- Hepatocarcinomas.

“Valoración de candidatos a trasplante hepático

Una vez detectado el posible candidato a trasplante hepático deberá ser valorado en la consulta de Hepatología, donde se le explicará al paciente en qué consiste el trasplante hepático, las dificultades, los riesgos y los beneficios que conlleva, así como los gastos que acarrea, pues deberá depender de una medicación que no debe omitir, los problemas que pueden surgir y lo que debe realizar en caso de que aparezcan problemas.

En la consulta de Hepatología se realizará y solicitará:

1. Historia Clínica
2. Exploración Física
3. Laboratorio completo según protocolo
4. Exploraciones Radiológicas
5. Exploraciones Endoscópicas
6. Estudios Microbiológicos
7. Informes de:

- Cardiología
- Neumología
- Psiquiatría-Psicología
- Ginecología
- Odontología
- Nutrición
- Dermatología
- Anestesia

Todo ello según el Protocolo que se adjuntará con posterioridad.

Una vez concluido el estudio se presentará en la Reunión Clínica donde se valoraran las condiciones individuales de cada candidato (...).

Evaluación psicológica en el trasplante hepático

El trasplante de órganos únicos se podría considerar, en el campo de la medicina, un método de intervención susceptible de generar alteraciones psicológicas que abarcan desde la propuesta de trasplante hasta la adaptación tras el alta médica.

Las etapas por las que el paciente atraviesa frente a un trasplante son:

- I.- Etapa de candidato a trasplante.
- II.- Postrasplante inmediato (hasta los 6 meses).
- III.-Postrasplante tardío (después de los 6 meses).

Asociadas a las alteraciones físicas que impone la enfermedad, características en cada una de sus fases, el sujeto tiene que adaptarse a una serie de procedimientos, diagnósticos, complicaciones que conllevan un cambio en el estilo de vida provocando alteraciones en el entorno familiar, social y ético lo que genera un desajuste psicológico.

La intervención multidisciplinar de los profesionales de salud mental junto a profesionales de la salud: médicos especialistas, enfermeros, trabajadores sociales, estará encaminada a:

- Procurar la adaptación adecuada del paciente en el proceso de trasplante.
- Evitar la aparición o atenuar la sintomatología psiquiátrica que pueda presentarse durante el mismo” Hospital Carlos Maya, (2001), Protocolo Trasplante Hepático, Málaga, p. 47

Contraindicaciones

Strouse et al (1996) proponen como contraindicaciones psicosociales absolutas:

- Presencia de abuso de sustancias.
- Trastorno psicótico que pueda dificultar la comprensión o el cumplimiento del tratamiento.
- Rechazo de la alternativa de trasplante.
- Idea suicida.

“Admisión y evaluación preoperatoria

El enfermo acude al hospital tras el aviso de trasplante y una vez comprobada la validez del órgano, nuestra primera misión será:

1. Iniciar los trámites de ingreso hospitalario (en el Servicio de gastroenterología).
2. Tras la admisión, se comenzará haciéndole una pequeña historia y exploración física, para conocer su situación clínica en ese momento y detectar posibles problemas que impidan ó dificulten la cirugía.

En caso de detectar algún problema, se debería dar de alta ó ingresarlo en una planta normal para mejorar su situación, sacándolo de forma preventiva de lista activa de trasplante, en ese caso se procederá a llamar a otro paciente que cumpla los requisitos precisos.

Una vez que no se encuentren motivos que contraindiquen el trasplante se procederá a la realización de pruebas complementarias, que serán:

- Electrocardiograma
- Radiografía de Tórax.
- Laboratorio general, que permita conocer como se encuentra en ese momento, y que se compondrá de:
 1. Hematimetría completa.
 2. Act. de Protrombina, TPTA, Fibrinógeno, Factor V, von Kaulla.
 3. Glucosa, Urea, Iones.
 4. AST, ALT, FA, GGT, LDH.
 5. Bilirrubina, Proteínas totales y Albúmina
 6. Calcio y Fósforo.

Además se obtendrán muestras de sangre para pruebas cruzadas, en cantidad suficiente. (...)

También se obtendrán muestras (3-4 tubos) que se centrifugarán y se guardarán en el congelador *del banco de sangre por 2 años*, rotulándolos con el número del Trasplante, y que se podrán utilizar para estudios ó comprobaciones posteriores.

Tras todo este proceso, se procederá a la preparación física del enfermo, administrando en primer lugar un enema de limpieza, tras el, se rasurará al enfermo desde el cuello y axilas hasta las ingles.

Como último paso se procederá al lavado con detergentes bactericidas.

Tras todo el proceso el enfermo se acuesta en la cama y se cubre con paños estériles, como en cualquier otra intervención, y se le administra la premedicación prescrita por parte del Servicio de Anestesia” Hospital Carlos Haya, 2001, Protocolo de Trasplante Hepático, Málaga, p. 49

Anexo 4. Unidades acreditadas para trasplante hepático

UNIDADES ACREDITADAS PARA TRASPLANTES HEPÁTICO				
Nº	UNIDAD MÉDICA	CIUDAD	ACREDITACIÓN VALIDA HASTA	COORDINADOR
1	Hospital Metropolitano	Quito	sep-2013	Dra. Paulina Chiluiza
2	Hospital Luis Vernaza	Guayaquil	nov-2016	Dra. María Candela Ceballos

UNIDADES ACREDITADAS PARA TRASPLANTES HEPÁTICO (PEDIÁTRICO)				
	UNIDAD MÉDICA	CIUDAD	ACREDITACIÓN VALIDA HASTA	COORDINADOR
1	Hospital Metropolitano*	Quito	Sep-2013	Dra. Paulina Chiluiza

*A partir de receptores mayores de 18 Kg.

Datos Actualizados mayo de 2013



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTES
DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS INDOT



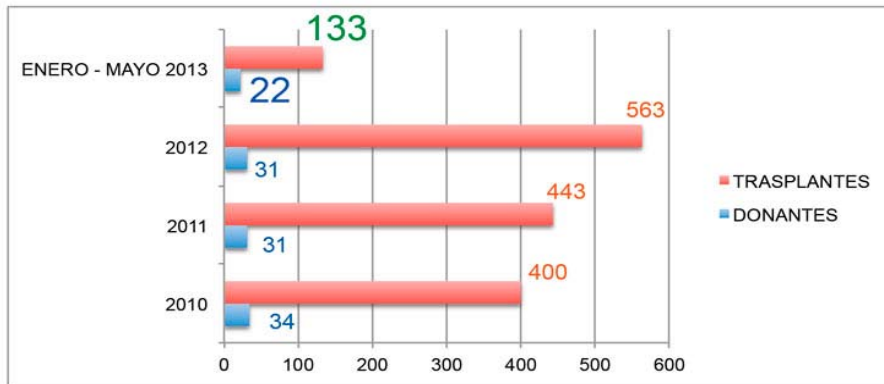
LISTA DE ESPERA ÚNICA NACIONAL TRASPLANTE HEPÁTICO

ESTATUS	CODIGO	HOSPITAL/CLÍNICA	CIUDAD
ACTIVO	AP57425FHIG	HOSPITAL METROPOLITANO	QUITO
ACTIVO	OP73218MHIG	HOSPITAL METROPOLITANO	QUITO
ACTIVO	ABP49963MHIG	HOSPITAL LUIS VERNAZA	GUAYAQUIL
ACTIVO	AP03798MHIG	HOSPITAL LUIS VERNAZA	GUAYAQUIL
ACTIVO	AP04042MHIG	HOSPITAL LUIS VERNAZA	GUAYAQUIL
ACTIVO	AP57425FHIG	HOSPITAL LUIS VERNAZA	GUAYAQUIL
ACTIVO	AP68158FHIG	HOSPITAL LUIS VERNAZA	GUAYAQUIL
ACTIVO	AP89468MHIG	HOSPITAL LUIS VERNAZA	GUAYAQUIL
ACTIVO	BP09106FHIG	HOSPITAL LUIS VERNAZA	GUAYAQUIL
ACTIVO	BP5770MHIG	HOSPITAL LUIS VERNAZA	GUAYAQUIL
ACTIVO	BP73122FHIG	HOSPITAL LUIS VERNAZA	GUAYAQUIL
ACTIVO	OP00517MHIG	HOSPITAL LUIS VERNAZA	GUAYAQUIL
ACTIVO	OP92616FHIG	HOSPITAL LUIS VERNAZA	GUAYAQUIL
ACTIVO	OP96478FHIG	HOSPITAL LUIS VERNAZA	GUAYAQUIL

ACTUALIZADO 6 DE MAYO 2013

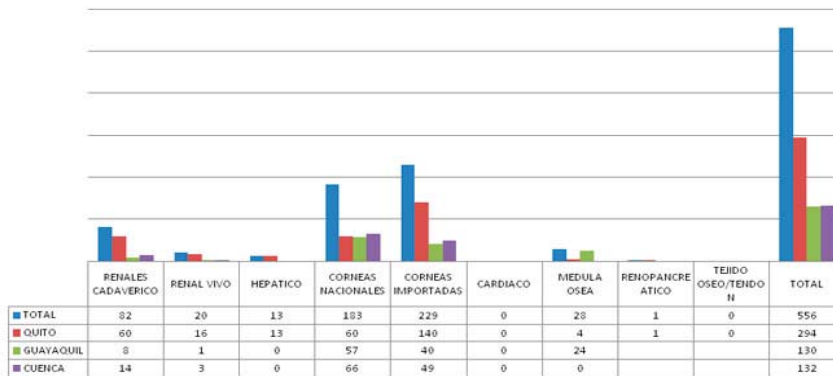
Elaborado por la Dirección Técnica de Provisión y Logística

TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS REGISTRADOS POR EL INDOT ENERO 2007 - MAYO 2013



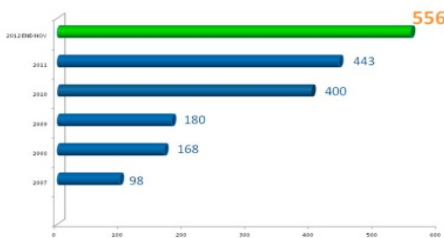
FUENTE: INDOT.

TRANSPLANTES REALIZADOS DE ENERO A NOVIEMBRE DEL 2012



Fuente: Departamento Técnico Médico Indot

Total de procedimientos de trasplantes de órganos y tejidos realizados 2006 - 2012 (ENE - NOV)

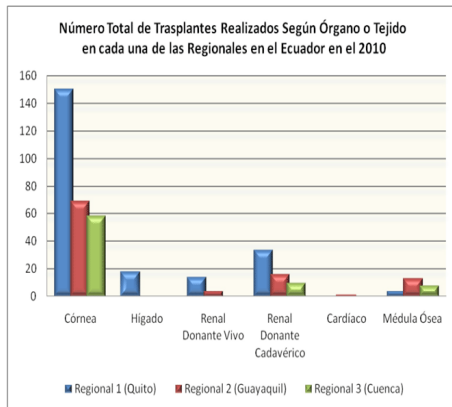


Fuente: Departamento Técnico Médico Indot

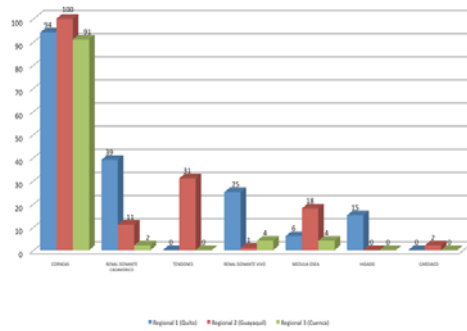
Total de procedimientos de trasplantes de órganos y tejidos 2012 (ENE - NOV) Realizados por Regional



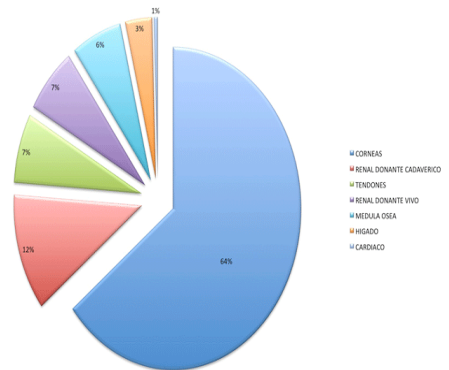
Fuente: Departamento Técnico Médico Indot



TRASPLANTES REALIZADOS EN EL ECUADOR, SEGÚN ÓRGANO O TEJIDO POR REGIONAL DURANTE EL 2011



TRASPLANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS REALIZADOS EN EL ECUADOR DURANTE EL 2011



PASO A PASO: RED DE SALUD PÚBLICA

1 HOSPITAL DE SU LOCALIDAD

El paciente debe solicitar al especialista (gastroenterólogo/hepatólogo) del hospital en el que se atiende que certifique la enfermedad (patología) que padece.

3 El especialista (gastroenterólogo/hepatólogo) del hospital al que fue remitido evaluará su caso y determinará si es o no susceptible de un trasplante.

4 ■ Si se determina que es susceptible de un trasplante, el especialista (gastroenterólogo/hepatólogo) y el Director del Hospital deberán emitir un certificado médico en el que se informe de la necesidad del trasplante.

■ Si se determina que no requiere de un trasplante, el especialista (gastroenterólogo/hepatólogo) remitirá su caso para tratamiento de especialidad y observación continua con su médico.

RED DE PROTECCIÓN SOLIDARIA (RPS). Los dos casos se remiten al departamento de Trabajo Social de la Unidad Médica de referencia para su ingreso a la RPS.

2 UNIDADES MÉDICAS DE REFERENCIA

El especialista debe remitir un informe a uno de los siguientes hospitales públicos de especialidades que forman parte del Sistema Integrado de Donación y Trasplante.:

Quito:

Hospital de Especialidades Eugenio Espejo
Hospital Baca Ortiz (en menores de 15 años).

Guayaquil:

Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón
Hospital Francisco de Icaza Bustamante (en menores de 15 años).

Cuenca:

Hospital Vicente Corral Moscoso para adultos y menores de edad.

5 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

La RPS emitirá una orden de contratación de servicios al hospital público o privado, acreditado por el INDOT, quienes se encargarán de la evaluación pre-trasplante, el trasplante y post-trasplante.

6 UNIDAD MÉDICA ACREDITADA

En la Unidad Médica Acreditada para el trasplante renal se iniciará con la evaluación pre-trasplante, verifica si el paciente no tiene contraindicaciones para la cirugía y si cumple con las condiciones médicas para ser trasplantado, se determina que está listo para ingresar a la Lista De Espera Única Nacional.

7 INGRESO A LISTA DE ESPERA

Una vez concluida la evaluación pretrasplante, el hospital enviará la Solicitud de ingreso a la Lista de Espera Nacional Única (registro de pacientes agrupados según el órgano o tejido que necesita ser trasplantado) a las oficinas del INDOT.

8 EMISIÓN DEL CÓDIGO ÚNICO PACIENTE ACTIVO

El INDOT verifica los datos, asigna un código e ingresa la solicitud a la Lista de Espera Nacional Única.

El INDOT emite un certificado de ingreso a la Lista de Espera Nacional Única que es enviada al hospital evaluador para que le sea entregado al paciente.

9 ¿Una vez inscrito, cómo puede informarse sobre su estado en la Lista de Espera?

Cada paciente cuenta con una ficha y un código único que es actualizado permanentemente. Puede verificar su código , en la página web del Indot.

Para mayor información:

Quito: Av. de La Prensa N44-08 y Edmundo Carvajal

• Telfs: 02 2447 642 - 02 2449 394

Guayaquil: • Telf: 096 808 811

Cuenca: Hospital Vicente Corral Moscoso • Telf : 074098499

comunicacion@indot.gob.ec  Indot  @IndotEcuador



Anexo 5. Encuesta para el INDOT y Hospital Metropolitano

PREGUNTAS PARA LAS INSTITUCIONES

- 1.- QUE SON LOS TRASPLANTES HEPATICOS?
- 2.- CUALES SON LAS CAUSAS MAS FRECUENTE PARA UN TRASPLANTE HEPÁTICO?
- 3.- QUIENES PUEDEN ACCEDER A UN TRASPLANTE?
- 4.- CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO?
- 5.- CUANTO TIEMPO DURA UN TRASPLANTE HEPÁTICO?
- 6.- LA INSTITUCIÓN POSEE UNA ÁREA ADECUADA PARA REALIZAR TRASPLANTES HEPÁTICOS?
- 8.- CUALES SON LOS RIESGOS DE MORBILIDAD AL REALIZAR UN TRASPLANTE HEPÁTICO?
- 9.- LUEGO DE TRASPLANTE HEPÁTICO EL TIEMPO DE RECUPERACIÓN DE LA PERSONA ES?
- 10.- CUALES SON LAS CAUSAS MAS FRECUENTE PARA UN TRASPLANTE HEPÁTICO
- 11.- CUAL ES EL COSTO DE ESTA CIRUGÍA

Anexo 6. Encuesta a pacientes trasplantados

FECHA

1 Edad

- 1 a 10 años
- 11 a 20 años
- 21 a 30 años
- 31-40 años
- 41-50 años
- 51-60 años
- > 61 años

2 Genero

- Masculino
- Femenino

3 Etnia

- Blanco
- Mestizo
- Indígena
- Negro

4 Región

- CUENCA
- QUITO
- GUAYAQUIL
- SANTO DOMINGO
- MACHALA

5 Grado de escolaridad

- Primaria
- Secundaria
- Superior

Cuáles son los criterios de exclusión de un paciente de la

12 lista de espera?

Empeoramiento o evolución de la enfermedad

Contraindicación médica

Retiro voluntario de la lista de espera

Mejoramiento de la salud

Traslado a otra lista

Abandono de la lista

Otras

14 Ha habido pacientes retrasplantados?

SI =

NO =

15 Existen criterios de aceptación del procedimiento de trasplante?

SI =

NO

16 Indique en que rango están sus ingresos familiares. (En términos socioeconómico ¿Cómo se clasifica Ud.?)

1 - 392 =

393 - 500 =

01 - 700 =

701 - 900 =

901 - 1200 =

1201 - 1500 =

1501 - 2500 =

2051 - 5000 =

5000 a más =

17 Cuántos miembros de familia conforman su hogar?

3=

4=

5 =

6=

18. Recibe alguna ayuda económica?

Estatal

Privada

19. Posee algún tipo de seguro?

Público =

Privado =

No

=

Cuál es su percepción de la causa más importante sobre la falta de

20. acceso al trasplante?

Falta de Iniciativa personal

Discriminación social

Falta de conocimiento

Falta de recursos económicos

Individuales

Familiares

Externas