

# 1

## INTRODUCCIÓN

En el marco del Plan de Calidad, la entonces Secretaría General de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud, encargó a la Coordinación de Trasplantes de Andalucía en el año 2001 la elaboración del Proceso Trasplante Hepático, cuya publicación se produjo en el año 2002 y su implantación comenzó en 2003.

Tras dicho antecedente, se decidió emprender, siguiendo la misma metodología, cuatro nuevos procesos asistenciales, englobados genéricamente en el Proceso Trasplante, y desglosados concretamente en: proceso Trasplante Pulmonar, proceso Trasplante Cardíaco, proceso Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica: Diálisis y Trasplante Renal, todos ellos ya publicados, y el proceso de Trasplante de Páncreas, que es el que nos ocupa en este documento y que ha sido realizado en dos periodos. Se constituyó el grupo de trabajo y se comenzó a trabajar en febrero de 2002; por distintas circunstancias y, tras nueve reuniones de trabajo, el grupo se disolvió en junio de 2003. En junio de 2005 se vuelve a retomar y, después de un exhaustivo trabajo y más de catorce reuniones, finalmente se ha podido concluir este documento.

Junto con los ya realizados por los distintos grupos de trasplante, este trabajo es pionero en su género y nace con el afán de homogeneizar la actuación ante las personas afectas de enfermedad crónica en situación terminal subsidiarias de trasplante, estableciendo normas de calidad y criterios de control para su funcionamiento.

La complejidad, la implicación de distintas especialidades y niveles asistenciales, así como la celeridad que requieren las situaciones de trasplante, hacen de la coordinación y la interdisciplina las piedras angulares de este problema de salud, por lo que adquiere especial relevancia su configuración como proceso asistencial integrado. Además, su gestión como proceso permite acercarse a dos de los principios fundamentales del Plan de Calidad, y específicamente significativos en el caso de los trasplantes, como son: la continuidad asistencial y la reorganización de la asistencia, orientándola hacia las expectativas de las personas implicadas. Conocer las expectativas de pacientes y familiares, así como de cada profesional que participan en el proceso es fundamental.

Los conceptos vertidos en este documento son fruto de la experiencia y están fundamentados en la evidencia científica disponible en la actualidad, definiéndose los distintos criterios de calidad de acuerdo a dicha evidencia y por consenso, cuando ésta no existía. No obstante, es necesario recordar que, debido al rápido cambio que se produce en todos los campos de la medicina, y por consiguiente también en el ámbito de los trasplantes, se debe proceder a una actualización periódica de las recomendaciones expuestas en este trabajo en un plazo no superior a dos años.

Este proceso contempla no sólo el trasplante de páncreas, sino también el trasplante simultáneo de riñón-páncreas que es el más frecuente. No aborda otros tipos de trasplantes combinados, ni tampoco el trasplante de islotes pancreáticos.

Uno de los aspectos más complicados para el equipo de trabajo ha sido el abordaje de la metodología ante los distintos tipos de personas que requieren un trasplante. En efecto, es diferente el tratamiento de un trasplante pancreático de pacientes que sufren una diabetes sin insuficiencia renal, de aquellos otros que necesitan un doble trasplante porque, además de la diabetes, sufren una insuficiencia renal crónica, o de aquellos otros que ya disfrutaban de un trasplante renal funcionando pero necesitan un trasplante de páncreas. Así, por ejemplo, ha sido bastante complejo alcanzar no sólo el consenso sobre las distintas vías de entrada, sino también de las pautas de seguimiento después del trasplante de los diferentes servicios implicados en los mismos. El esfuerzo realizado por el grupo de elaboración de este trabajo ha sido encomiable.

Una limitación actual en el campo de los trasplantes deriva del insuficiente número de donantes. Por ello, en este proceso, se ha realizado un esfuerzo adicional para definir los criterios de inclusión de pacientes en lista de espera así como de priorización de la misma, sobre la base de asegurar la equidad en el acceso al trasplante.

Consideramos, asimismo, que este proceso se habría de complementar con protocolos clínicos o quirúrgicos que, por su alta especificidad y dependencia de su centro de referencia, deberían ser elaborados por los respectivos equipos profesionales implicados en los diferentes ámbitos asistenciales.

Por último, cabe señalar que para la correcta puesta en funcionamiento de este proceso, es preciso contar no sólo con los medios materiales oportunos sino también con los recursos humanos suficientes y adecuados para que las características de calidad teóricas reflejadas en este documento puedan finalmente traducirse en características de calidad reales y palpables en los servicios sanitarios que reciben las personas.