



199

Ministerio de Salud

BUENOS AIRES, - 2 MAR 2004

VISTO el Expediente N° 1-2002-4638000237/03-6 del registro del INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE; y

CONSIDERANDO:

Que el análisis de la realidad actual de la actividad de procuración de órganos y tejidos evidencia un estancamiento en el desarrollo de la misma.

Que es responsabilidad del MINISTERIO DE SALUD, a través del INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE y, en su caso, de las autoridades jurisdiccionales arbitrar las acciones necesarias que permitan mejorar la eficiencia y calidad de la actividad de órganos y tejidos.

Que por Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 265 de fecha 10 de abril de 2000 se aprobó el PROGRAMA NACIONAL DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS para el desarrollo de la actividad de procuración.

Que el programa citado precedentemente requiere la reformulación de estrategias y procedimientos, a través de la implementación de acciones tendientes a incrementar la



199

Ministerio de Salud

procuración de órganos y tejidos a fin de disminuir los tiempos de espera y reducir las listas de receptores para trasplante, optimizar la calidad del proceso de procuración y de los órganos para implante y la utilización de los órganos donados.

Que a tal efecto es preciso otorgar protagonismo a los organismos provinciales de procuración y contar con un sistema de financiamiento de la actividad, reconociendo a la procuración de órganos y tejidos como una actividad hospitalaria asistencial.

Que en ese marco resulta oportuno la constitución de una Comisión Federal de Trasplantes en el ámbito del Consejo Federal de Salud, como ente normatizador, de seguimiento y evaluación del programa.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en virtud de lo establecido en la "Ley de Ministerios - T.O. 1992" modificada mediante Ley N° 25.233.

Por ello;

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:



199

Ministerio de Salud

ARTÍCULO 1º.- Apruébase el PROGRAMA FEDERAL DE PROCURACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS y los SUBPROGRAMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Y DE PROCURACIÓN DE DONANTES POST-PARO, para el desarrollo de la actividad de procuración, que como ANEXOS I, II y III forman parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 2º.- EL INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE será el Organismo responsable de adoptar las medidas pertinentes a fin de garantizar la iniciación y continuidad de los programas referidos.

ARTÍCULO 3º.- Invítase a las Autoridades Jurisdiccionales a adherir a los programas que se crean por el artículo 1º, mediante la firma del convenio marco que como ANEXO IV forma parte de la presente.

ARTÍCULO 4º.- Créase la Comisión Federal de Trasplantes la que funcionará en el ámbito del Consejo Federal de Salud y estará integrada por los representante de cada una de las provincias y del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, designados por la máxima autoridad sanitaria de cada jurisdicción.

ARTÍCULO 5º.- Derógase la Resolución N° 265 y 310 del Ministerio de Salud de fecha 10 de abril de 2000 y 28 de marzo de 2001, respectivamente.



Ministerio de Salud

ARTÍCULO 6°.- Publíquese a través de la SECRETARÍA DE POLÍTICAS REGULACIÓN Y RELACIONES SANITARIAS el citado programa a fin de asegurar su máxima difusión y aplicación.

ARTÍCULO 7°.- Regístrese. Comuníquese a quienes corresponda.
Cumplido archívese.

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° '199

EXPTE N° 1-2002-4638000237/03-6

Dr. GINÉS MARIÓ GONZÁLEZ GARCÍA
MINISTRO DE SALUD

[Handwritten marks]
29
[Handwritten signature]

1 9 9

ANEXO I

***Programa Federal de Procuración
de Órganos y Tejidos***

***INCUCAI
Ministerio de Salud de la Nación***

Julio 2003



199

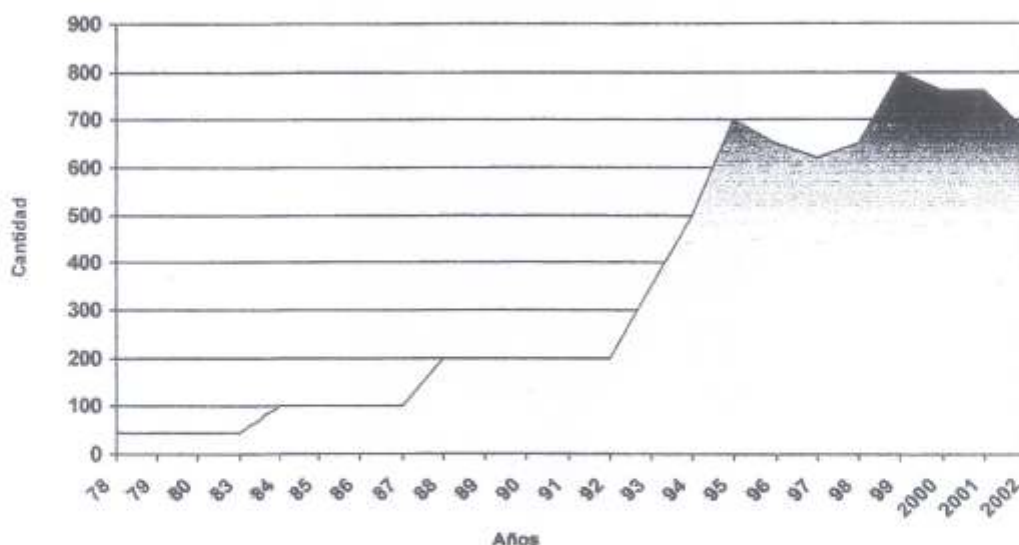
PROGRAMA FEDERAL DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

I. Fundamentos

1.- Situación Actual de la Procuración de Órganos en Argentina

La actividad de Procuración de Órganos para Trasplante en Argentina, como programa institucional, comienza a finales de la década de los 70, con la creación del CUCAI (ley 21541 y su decreto reglamentario). Inicialmente en el área metropolitana, crece lentamente con el surgimiento de programas de trasplante renal, y en la medida que se van constituyendo organismos provinciales de procuración, como en Córdoba y Santa Fe (CADAIC y CUDAIO) en los 80, y el desarrollo del criterio de organización del país en Regionales. El incremento más importante de la actividad se produce en los comienzos de los años 90 cuando se crean los organismos jurisdiccionales prácticamente en la mayoría de las provincias argentinas. Paralelamente, el surgimiento de los programas de trasplantes de órganos no renales (Cardíaco, Hepático, más tarde Pulmonar, luego Pancreático). A partir de 1995, sin embargo esa curva de crecimiento se detiene, constituyéndose en el problema más relevante de la situación actual de la procuración de órganos en Argentina.

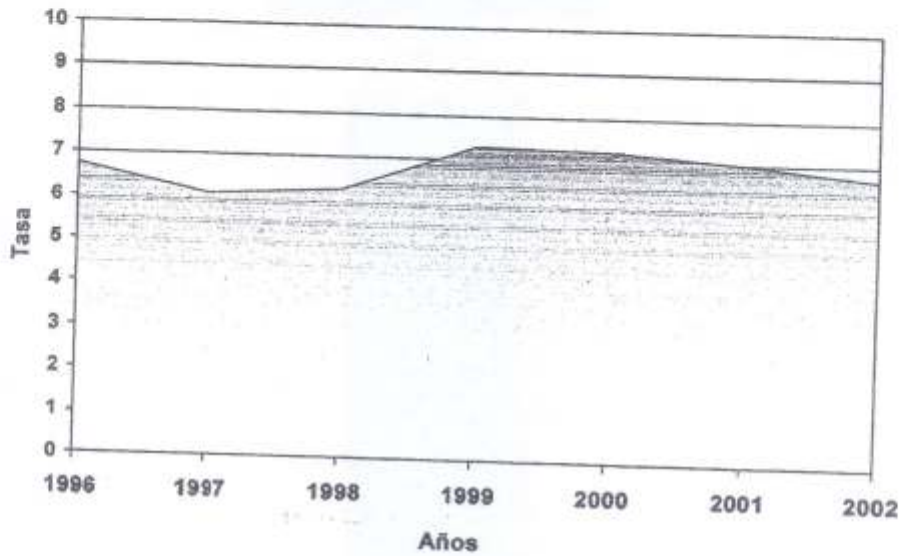
Evolución de la procuración de órganos
República Argentina, 1978-2002



Otra forma de evidenciar el estancamiento de los últimos siete años es el Índice de Donantes Reales PMH y por año, que ha permanecido, con leves variaciones anuales entre 6 y 7 entre 1996 y el 2002.

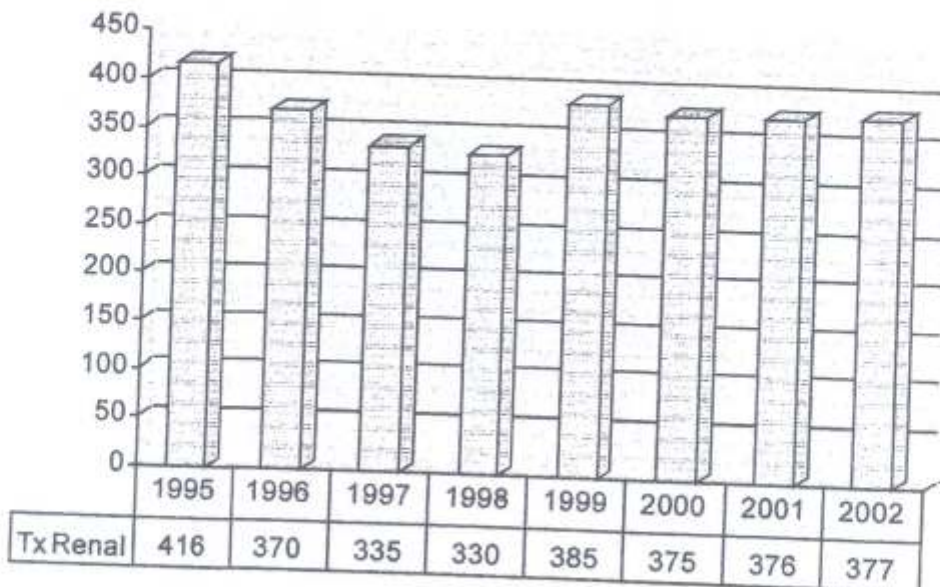
199

**Evolución de la procuración de órganos
Tasa de donantes por millón de habitantes
República Argentina, 1996-2002**



Como consecuencia de lo anterior, el trasplante renal con donante cadavérico ha permanecido estancado en estos años en cifras que no alcanzan al 8% de la Lista de Espera para trasplante renal por año (L.E. al 31/12/2002: 5.067)

Trasplante Renal con Donante Cadavérico 1995 - 2002



199

La detención del crecimiento de la procuración de órganos en Argentina adquiere mayor relevancia cuando se la compara con otros países de la región: Uruguay en los últimos cuatro años ha tenido un crecimiento sostenido, alcanzando en 2002 un índice de 14.5 donantes PMH/año y Chile en el 2001 superó los 9 Donantes PMH/año.

Otros indicadores que en nuestro país caracterizan el problema que analizamos son:

- Bajos Índices de Ablaciones Multiorgánicas (<50%). En 2002 de los 241 donantes reales, solo se obtuvieron 115 hígados para implante. Con tendencia a la disminución del trasplante de órganos no renales:
 - Disminución del Tx. Cardíaco (al 50% entre 2001 y 2002)
 - Disminución del Tx. Hepático Cadavérico (2000 – 2002)
- Elevada pérdida de PD por causas médicas, vinculadas principalmente a problemas con el mantenimiento del potencial donante (PD). Además,
 - Alto porcentaje de riñones ablacionados y no implantados (25%)
- Elevada pérdida de PD por negativa familiar: superior al 50% de las entrevistas realizadas.

Todos estos indicadores son determinados por factores complejos pero en su gran mayoría se relacionan con el proceso de procuración al interior de los servicios asistenciales hospitalarios.

2.- Escasa Obtención de Tejidos de Donantes Post-PCR

La actividad de Procuración en Argentina ha puesto el acento básicamente en la obtención de órganos para implante y escasamente en la de tejidos. Ello ha conducido a generar lo que hoy es un evidente problema que afecta particularmente al trasplante de córneas.

En la mayoría de los países del mundo con desarrollo de la trasplantología, el trasplante de córneas es el más frecuente y las listas de espera para el mismo son escasas o inexistentes porque la procuración de tejidos resulta suficiente para que el tiempo de espera sea mínimo. En nuestro país en cambio las listas de espera para trasplante de córneas son abultadas (aproximadamente 3000 pacientes) y los tiempos de espera son en algunos casos de varios años.

Las córneas pueden obtenerse de cadáveres aún hasta seis o doce horas de ocurrida la detención circulatoria, lo cual convierte en potencial donante de córnea a toda persona fallecida, en cualquier circunstancia. Sin embargo, la no existencia de programas tendientes a la obtención de tejidos de donantes post-paro cardíaco en la mayoría de las provincias argentinas, constituye la razón principal de este problema.

En el 2002 se obtuvieron alrededor de 1000 corneas para implante, siendo el 90 % provenientes de tres provincias.

3.- Desiguales Desarrollos Provinciales

La actividad de procuración de órganos y tejidos muestra diferente grado de desarrollo en las provincias. Estas diferencias se pueden analizar a través de distintos indicadores de resultados.

3.a. Donantes PMH en las Provincias

El índice de donantes reales por millón de habitantes (PMH), es habitualmente utilizado para comparar internacionalmente la actividad de procuración, resultando aceptable cuando se refiere a poblaciones numerosas, por lo que es de relativo valor para comparar provincias de tan variable población.

Provincias con Donantes PMH superior a la media nacional en 2002

Provincia	Población	Donantes PMH
Media Nacional	36.260.130	6.89
Ciudad de Buenos Aires	2.776.138	20.15
Entre Ríos	1.158.147	11.26
Tierra del Fuego	101.079	9.97
Mendoza	1.579.651	8.90
Córdoba	3.066.801	8.84
Jujuy	611.888	8.21
Santa Fe	3.000.701	8.06

Provincias con Tasa de Donantes PMH Menor a la media en 2002

Buenos Aires	13.827.203	5.91	Salta	1.079.051	2.82
Santa Cruz	196.958	5.08	San Luis	367.933	2.72
Neuquen	474.155	4.24	Stgo. del Estero	804.457	2.51
Misiones	965.522	4.16	Formosa	486.559	2.04
La Rioja	289.983	3.47	Río Negro	552.822	1.68
La Pampa	299.294	3.35	Catamarca	334.568	0
Corrientes	930.991	3.24	Chaco	984.446	0
San Juan	620.023	3.24	Chubut	413.237	0
			Tucumán	1.338.523	0

'199'

3.b. Relacionando la Procuración de Órganos (media 2000-2002) con la demanda de trasplante de cada provincia, expresada a través de la Tasa de Incidencia de Listas de Espera (media 2000-2002), la ubicación de las provincias se modifica sustancialmente:

Procuración < Tasa de Incidencia LE	Procuración > Tasa de Incidencia LE
Buenos Aires	Ciudad de Buenos Aires
Chaco	Entre Ríos
Chubut	Tierra del Fuego
Catamarca	Santa Cruz
La Rioja	Neuquén
Formosa	Misiones*
La Pampa	Formosa*
Salta	
Río Negro	
Mendoza	
San Juan	
Jujuy	
Santiago del Estero	
Córdoba	
Corrientes	
Santa Fe	
San Luis	

*En estas provincias, la baja incidencia en listas de espera para trasplante es probable que obedezca a dificultades en el acceso de la población sin cobertura, por lo cual la aparente situación favorable de la procuración no sería tal.

3.c. Si incorporamos nuevas variables y relacionamos la generación de órganos y tejidos por provincias (expresada en Unidades de Producción Valorizadas) con la Tasa de Incidencia de LE y el gasto en RRHH (tomando sólo los contratos de Coordinadores desde el INCUCAI) se pueden establecer tres categorías:

«Categoría 1: Provincias en las que la procuración (expresada en Unidades de Producción) no alcanza a cubrir el gasto en Recursos Humanos.

«Categoría 2: Provincias en las que la procuración no alcanza a cubrir la demanda de su Tasa de Incidencia de LE.

«Categoría 3: La procuración supera el gasto en RRHH y la Tasa de Incidencia de LE.

Unidades de Producción: se establecen de acuerdo al Sistema de Costos de Procuración desarrollado por CUCAIBA (año 1999-2002)

Producto Final	Unidad de Producción
Córnea	1,00
Hueso (pieza)	0.46
Piel (1000 cm ²)	0.38
Válvula Cardíaca	0.37
Riñón	2.53
Corazón	2.14
Pulmón	2.14
Hígado	2.14
Páncreas	2.14

Asignando a la unidad de procuración un valor de \$1.000.- el agrupamiento resultante que se presenta en el siguiente cuadro, evidencia que el 60 % de las provincias tiene un nivel de producción inferior al gasto en Recursos Humanos y sólo dos están en condiciones de proponerse como meta reducir las Listas de Espera para trasplante:

Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3
Catamarca	Buenos Aires	Ciudad de Bs. As.
Chaco	Córdoba	Entre Ríos
Chubut	Corrientes	
La Pampa	Jujuy	
La Rioja	Mendoza	
Formosa	Misiones	
Neuquén	Santa Fe	
Río Negro	San Luis	
Salta		
San Juan		
Santa Cruz		
Stgo.del Estero		
Tucumán		
Tierra del Fuego		

4.- Factores Causales de la Situación Actual

Los factores determinantes de los niveles de procuración de órganos y tejidos en nuestro país son múltiples y complejos. Sin embargo es posible identificar, con un elevado grado de consenso entre los responsables de los organismos jurisdiccionales, los siguientes:

4.1. El **Centralismo** en la elaboración normativa que regula la actividad, en el rol fiscalizador, en el protagonismo operativo, en la gestión de recursos y particularmente en el manejo y disponibilidad de la información ejercida por el Organismo Nacional durante largos años, ha generado como consecuencia un desplazamiento de las responsabilidades y debilitado el protagonismo de las jurisdicciones en la actividad.

Aún cuando la Ley 24.193, reconoce en las autoridades sanitarias jurisdiccionales el poder de policía y en el Consejo Federal de Salud la fuente de asesoramiento para la elaboración normativa, en la práctica ha sido el INCUCAI, como organismo escasamente participativo, el que ha ocupado el espacio y con ello ha contribuido a reducir a las provincias y organismos provinciales a roles secundarios. La no existencia en las agendas sanitarias provinciales de la procuración de órganos como programa propio, tiene relación directa con lo señalado. De igual manera se explica la pobre existencia de registros provinciales de procuración, listas de espera y trasplantes y los casi inexistentes recursos provinciales destinados a tal fin.

4.2. El **Modelo Dominante de Organización Extrahospitalaria** de los programas de procuración en las jurisdicciones con mayor volumen de actividad, trae como consecuencia la exclusión de los equipos profesionales y técnicos hospitalarios del proceso de procuración. El "*Organismo de Procuración haciéndose cargo de todo el proceso (diagnóstico de la muerte, mantenimiento y selección del potencial donante, obtención del consentimiento familiar, etc)*", contribuye a generar en el imaginario colectivo institucional la idea de que la procuración de órganos es un problema ajeno al hospital. La actitud resultante será de no compromiso y carente de motivación.

4.3. Desjerarquización (desvalorización) de la Procuración como Actividad Médico Asistencial

La procuración de órganos y tejidos es, en la mayoría de los sistemas sanitarios en Argentina, una actividad marginal. Nunca ha tenido reconocimiento en los sistemas de financiamiento ni en la estructura hospitalaria.

Para la sociedad en general, para la medicina misma, incluso, el trasplante goza de elevada valoración, no así la procuración de órganos. La procuración es nuevamente una actividad carente de motivación alguna.

4.4. En Argentina se observa una **fractura entre el Trasplante y la Procuración de órganos** que tiene diversas expresiones:

4.4.1. El trasplante se desarrolló originalmente en centros privados, que conservan hoy un protagonismo relevante, particularmente en el trasplante no renal, mientras que los centros generadores de donantes son principalmente hospitales públicos no trasplantadores. Esta situación contribuye a una percepción distorsionada que asocia el trasplante a la *riqueza* y la donación a la *pobreza*;

4.4.2. Los centros de trasplante, así como los equipos profesionales habilitados para trasplante tienen mayoritariamente una actitud de prescindencia en relación a la problemática de la procuración, con escasa o nula participación en el proceso;

4.4.3. El desarrollo de centros de trasplantes se ha producido principalmente en el área metropolitana, en detrimento del interior del país, con escasa intervención reguladora del estado. Ello genera una distorsión con consecuencias negativas tanto para la accesibilidad, tiempos de distribución y asignación de órganos, tiempos operativos en general, así como costos elevados por la necesidad de desplazamientos aéreos de los equipos y de muestras para realización de estudios en centros de la ciudad de Buenos Aires. Y contribuye a desvincular la procuración del trasplante, toda vez que el órgano obtenido en la terapia intensiva de un hospital provincial con mucha frecuencia es ablacionado y trasplantado por un equipo profesional de la Capital Federal y la mayoría de las veces, además de una institución privada.

4.5. Finalmente, es necesario reconocer que la actividad de procuración ha padecido de una **Ausencia de Programas** que exijan diagnósticos, planificación, establecimiento de metas, sistemas de monitoreo y evaluación, exigencia de responsabilidades, rendición de cuentas por resultados, sistemas de estímulos, etc. Ello ha restado la posibilidad de un monitoreo sistemático que genere capacidad de identificación y superación de problemas.

II. Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos

Premisas Básicas:

Un Programa Nacional de Procuración de Órganos y Tejidos que se proponga modificar sustancialmente la realidad actual descrita debe partir de reconocer premisas básicas, como puntos de partida muy sólidos, sobre los cuales crecer. Estas premisas son:

- **Reconocer la Procuración de Órganos y Tejidos como una Actividad Hospitalaria Asistencial.** Son los hospitales, en particular sus Unidades de Cuidados Críticos las potenciales generadoras de donantes. Por lo tanto un Programa de Procuración debe desarrollarse prioritariamente al interior de los hospitales de mayor complejidad. ("Hospitalizar la Procuración de Órganos y Tejidos")
- **Protagonismo de los Organismos Provinciales, y por lo tanto:**
 - **Inclusión del Programa en la Agenda Sanitaria Provincial**
 - **Asunción de Responsabilidades de Gestión, Fiscalización y Conducción Operativa por parte de las provincias.**
- **Constitución de una Comisión Federal de Trasplantes como Comisión del COFESA, como organismo normatizador, de seguimiento y evaluación del Programa.**
- **Deberá contar con un Sistema de Financiamiento de la Actividad de Procuración.**
- **Deberá desarrollarse un Programa de Control de Calidad del Proceso de Procuración Hospitalario y deberá cada provincia asumir el cumplimiento de metas adecuadas a su demanda de trasplante y capacidad potencial generadora de donantes.**

199

Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos

1. OBJETIVOS GENERALES:

1. *Incrementar la procuración de órganos para implante de tal manera que supere la incidencia de ingresos a Listas de Espera, con la finalidad de disminuir los tiempos de espera y reducir las listas de espera para trasplante.*
2. *Incrementar la obtención de tejidos para implante de tal manera de eliminar la espera para el trasplante.*
3. *Optimizar la calidad del proceso de procuración con la finalidad de incrementar la oferta de órganos no renales para implante y optimizar la calidad de los órganos para implante.*
4. *Optimizar la utilización de los órganos DONADOS.*

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. **Detectar el 100% de las Muertes Encefálicas** ocurridas en las Unidades de Cuidados Intensivos de los Establecimientos que por su complejidad sean categorizadas como Potenciales Generadoras de Donantes (Categoría I A)
 - a. *Realizar el diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos en TODO individuo internado en una UTI en el que se haya detectado el Síndrome Clínico de Muerte Encefálica.*
 - b. *Iniciar oportunamente el monitoreo y sostén de las funciones orgánicas en TODO individuo con Síndrome Clínico de ME internado en UTI.*
 - c. *Procurar obtener el consentimiento para la ablación en TODOS los casos con diagnóstico de ME y sin contraindicaciones médicas para la donación.*
 - d. *Propender a la desconexión de la ARM en todos los casos con diagnóstico de ME y contraindicaciones médicas para la donación u oposición familiar a la donación.*
2. **Lograr el 100% de las Comunicaciones** de las muertes ocurridas en todos los establecimientos que por su complejidad hayan sido categorizados como Potenciales Generadores de Donantes (Cat. I A)
 - a. *Evaluar la viabilidad de los tejidos oculares para implante en*

199

TODO caso de muerte institucional comunicada.

- b. *Procurar obtener el consentimiento para la donación en todo individuo fallecido sin contraindicación médica para la donación.*

3. **Lograr la Detección y Comunicación Oportunas** de todos los casos de ME con diagnóstico clínico ocurridas en establecimientos asistenciales localizados en el área de influencia del hospital de referencia del Programa de Procuración en la zona, región o provincia, según se establezca.
 - a. *Realizar el diagnóstico de muerte en todos los casos comunicados.*
 - b. *Iniciar el monitoreo y mantenimiento oportunamente.*
 - c. *Procurar obtener el consentimiento para la donación en TODOS los casos.*
 - d. *Propender a la desconexión de la ARM en todos los casos con diagnóstico de muerte y contraindicaciones médicas u oposición familiar a la donación.*

4. **Implementar en TODOS los centros asistenciales categorizados como Potenciales Generadores de Donantes (Cat. IA) el Sub-Programa de Garantía de Calidad.**

5. **Registrar el 100% de los casos de ME detectadas y/o Comunicadas y su evolución, en cada jurisdicción y en el sistema nacional de información.**

6. **Implementar Sub-Programas de Formación y Actualización Continua** de los profesionales y técnicos involucrados en el proceso de procuración.

7. **Implementar con participación de la Sociedad Argentina de Trasplante, Acciones de Cooperación Procuración-Trasplantes, protocolos de consenso sobre la selección de órganos para implante y especialmente Programas Específicos para el Implante de órganos obtenidos de Donantes Límites.**

8. **Promover el desarrollo regional de Laboratorios de Histocompatibilidad, Serotecas de sueros de Potenciales Receptores, y Programas de Trasplante de Órganos y Tejidos, así como Bancos de Tejidos en Centros Hospitalarios Públicos con la finalidad de optimizar el trasplante, reduciendo los tiempos de isquemia fría para el trasplante de órganos, y favorecer la accesibilidad al trasplante de**



1199

los pacientes, así como la mayor aceptación de la donación de órganos en la población.

3. ACCIONES:

1. *Establecer metas anuales de procuración para cada Provincia de acuerdo a:*
 - a. *Demanda de Trasplantes: Incidencia y prevalencia de LE provinciales.*
 - b. *Índices de procuración en los últimos tres años.*
 - c. *Estimación de la capacidad potencial generadora de donantes de acuerdo a la mortalidad institucional en la Jurisdicción.*
2. *Categorizar las Instituciones Asistenciales de la Jurisdicción según capacidad generadora de donantes:*
 - a. *Categoría I A: Hospitales Generales (o Pediátricos) con UTI, Neurocirugía 24 hs + Centro de Referencia Zonal (o Regional)*
 - b. *Categoría I B: UTI + Neurocirugía*
 - c. *Categoría II: UTI sin Neurocirugía*
3. *Establecer, con la participación de la Dirección de la Institución y Jefatura de Terapia Intensiva, Coordinaciones Hospitalarias de Trasplante en todos los Centros Asistenciales Categoría IA y en los IB que se consideren (por situación geográfica y complejidad) capaces de constituirse en cabecera de red de referencia en procuración o capaz de generar 12 o más PD/ año.*
4. *Procurar establecer Redes Zonales o Regionales de Referencia y/o Comunicación de ME integradas por los Establecimientos IB y II existentes en el área de influencia de cada Establecimiento IA o IB según la región.*
5. *Definir para la Red de referencia (y acordar con las instituciones adheridas) los procedimientos de detección y comunicación de las ME y los procedimientos consecuentes para la puesta en marcha de los protocolos de diagnóstico de muerte, mantenimiento, selección y obtención del consentimiento familiar y judicial si correspondiere, para la ablación.*
6. *Elaborar, producir y distribuir a cada Jurisdicción los Manuales y Protocolos de:*
 - a. *Detección y Diagnóstico de la Muerte Bajo Criterios Neurológicos.*



199

- b. *Mantenimiento y Selección del Potencial Donante.*
 - c. *Normas Legales y Procedimientos para la Obtención del Consentimiento Familiar y Judicial para la Donación.*
7. *Elaborar en cada Jurisdicción, contando con los recursos del INCUCAI, la estrategia para la incorporación del Programa en cada una de las instituciones asistenciales categorizadas como Potenciales Generadoras de Donantes.*
 8. *Elaborar e implementar el Sub-Programa de Formación y Capacitación Continua de Profesionales y Técnicos involucrados en el Proceso de Procuración:*
 - a. *Cursos Nacionales de CHTx*
 - b. *Cursos Regionales de Actualización*
 - c. *Cursos para Enfermería en Procuración*
 - d. *Cursos para Neurólogos en Diagnóstico de Muerte*
 - e. *Entrenamiento en procesos específicos (Consentimiento p/ donación)*
 - f. *Cursos de Formación en Gestión Institucional*
 9. *Implementar el Sub-Programa de Comunicación Obligatoria de todas las muertes institucionales en los Centros Asistenciales IA y IB con CHTx, con la finalidad de procurar tejidos oculares para implante.*
 10. *Implementar en TODOS los Centros Asistenciales IA y IB con CHTx el Sub-Programa de Garantía de Calidad del Proceso de Procuración.*
 11. *Elaborar conjuntamente con las Comisiones respectivas de la Sociedad Argentina de Trasplantes, proyectos de integración de los equipos de trasplante a los programas de procuración e implementar Programas Específicos para la utilización de órganos obtenidos de Donantes Límites.*
 12. *Promover el análisis jurisdiccional y regional de recursos de Laboratorios de Histocompatibilidad, Bancos de Tejidos, Serotecas, Programas de Trasplante de Córneas y Trasplante Renal, con la finalidad de elaborar proyectos de desarrollo de los mismos con sentido regional y con apoyo técnico y financiero del INCUCAI y las Jurisdicciones más desarrolladas, que cuenten con tales programas activos y con capacidad de asistencia y cooperación técnica.*



III - IMPLEMENTACIÓN

La implementación del Programa requiere:

1. **Adhesión de la Autoridad Sanitaria Provincial** que autorice y promueva su aplicación en el Sistema Sanitario Provincial.

Se propone para ello la firma de un **Convenio de Compromisos "NACION - PROVINCIA"** en el que se establezcan los compromisos a asumir:

Compromisos Provinciales:

- a) Constituir o consolidar, según corresponda, un Organismo Provincial de Procuración y Trasplante.
- b) Mantener los registros provinciales de donantes, de insuficiencia renal crónica terminal, de receptores (listas de espera) y trasplantes.
- c) Designar un Coordinador Provincial.
- d) Brindar al Coordinador Provincial y a la gestión de procuración el apoyo y recursos necesarios para el cumplimiento de las misiones y funciones específicas, destinando para ello un espacio físico, preferentemente en en ámbito de un hospital público, para uso exclusivo de la coordinación provincial, garantizando además la operatividad de la misma.
- e) Cumplir las metas establecidas por la Comisión Federal de Trasplante.
- f) Cumplir las metas establecidas por la Comisión Federal y adherir a los Subprogramas de Garantía de Calidad en el Proceso de Procuración de Órganos y de Procuración de Donantes Post-Paro.
- g) Establecer una cuenta especial, con destino al financiamiento de la actividad en la jurisdicción y a la recepción de los fondos transferidos a la misma por el INCUCAI.
- h) Podrá delegar en el INCUCAI a través de la firma del convenio específico en la materia, la gestión de facturación, seguimiento y cobranza de la misma que por concepto de procuración de órganos y tejidos se produzca en el ámbito de la jurisdicción.

Compromisos de Nación:

- a) Garantizar el funcionamiento de la Comisión Federal de Procuración y Trasplante la que tendrá por objeto la elaboración normativa, monitoreo, evaluación del programa y establecimiento de metas.
- b) Asegurar la coordinación operativa nacional.

- c) Establecer un Subprograma de Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Procuración.
- d) Desarrollar y mantener el Sistema Nacional de Información. Registros Nacionales y Nodos Jurisdiccionales.
- e) Desarrollar, con el apoyo de la coordinación provincial, una estrategia comunicacional, con la correspondiente provisión de materiales afines, con el objeto de su distribución a nivel nacional.
- f) Proveer del equipamiento informático para el funcionamiento del sistema de información en cada jurisdicción.
- g) Proporcionar el equipamiento específico para procuración.
- h) Poner a disposición de la Provincia la capacidad operativa necesaria para la gestión de facturación, seguimiento y cobranza de la misma, que por concepto de procuración de órganos y tejidos se produzca en el ámbito de la jurisdicción.

2. **La constitución de una "Comisión Federal de Trasplante"**, dependiente del Consejo Federal de Salud como Organismo de Elaboración, Monitoreo y Evaluación de las Políticas Sanitarias en materia de trasplante en el país.

3. **Establecimiento de Coordinaciones Provinciales Integradas** en la Estructura Sanitaria de la Provincia como

- a. Referentes Provinciales de Procuración y Trasplantes.
- b. Conducción Operativa Provincial.
- c. Responsable de la Gestión de los Recursos, Programas y Registros Provinciales.

4. **Crear un Sistema de Financiamiento de la Actividad de Procuración que permita financiar:**

- a. Gastos Institucionales en cada operativo de procuración (dia de UTI, Laboratorios, Quirófano, etc).
- b. Laboratorio Específico del PD (Serología, HLA, otros).
- c. Insumos de Procuración, Preservación y Transporte de Órganos y/o Tejidos.
- d. Prestaciones Médicas o Técnicas necesarias en el proceso.
- e. Comunicaciones, Movilidad, Mantenimiento de Equipamiento Específico.
- f. Gastos de Gestión Administrativa.



SUBPROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS

I. Fundamentos

En nuestro país, más de 5600 personas se encuentran en espera de algún órgano cadavérico para trasplante. Los mismos provienen de donantes fallecidos en terapias intensivas, en los que se mantienen perfundidos con la noble finalidad de salvar vidas humanas.

Pero el número de fallecidos, detectados o notificados en el país, y que terminan en donantes reales es insuficiente. La tasa de donantes por millón, se encuentra estacionada en los últimos años, no superando los 7 Donantes Por Millón de Habitantes (DPMH), e incluso con tendencia a disminuir.

Si bien hasta el año 2002, los sistemas informáticos no identificaban las Muertes Encefálicas (ME), sino los Potenciales Donantes (PD), un análisis retrospectivo estima la detección de 1176 ME en todo el país, en ese período, de los cuales el 241 fueron Donantes Reales (DR) de órganos.

Nuestro Sistema Sanitario cuenta con 155.800 camas de internación en todo el país, de las cuales el 54% son públicas. La mayoría de los Establecimientos cuentan con número reducido de camas, y muy pocos superan las 400 camas. También es baja la relación entre camas de cuidados críticos y camas totales, y el número de equipos de asistencia respiratoria en relación al número de camas de UTI. La distribución de estos Establecimientos, en cada Jurisdicción, es heterogénea, aunque su número esté relacionado con la densidad poblacional, en las regiones no centrales de nuestro país están separados por grandes distancias.

Abordar esta problemática, en todo su contexto, y aplicar estrategias para ubicarnos en el camino correcto en el proceso donación trasplante, e incrementar el número de órganos para trasplante, implica el desarrollo de un programa de implementación nacional.

Los Establecimientos Sanitarios potencialmente generadores de donantes de órganos, se constituyen de esta manera en el blanco al cual dirigir programas de detección y seguimiento de pacientes críticos que han padecido eventos neurológicos graves y que presenten en la evaluación neurológica un valor de 7 (siete) o menor en la escala de Glasgow, con la consiguiente detección precoz de aquellos que evolucionen hacia la muerte encefálica, conjuntamente con el análisis de calidad en cada una de las fases del proceso donación trasplante.

OBJETIVO GENERAL

1. Optimizar el Proceso de Procuración de Órganos en los Hospitales Seleccionados manifestado a través de:
 - a. Detectar el 100% de las Muertes Encefálicas (ME) ocurridas en las Unidades de Internación de Críticos de los Hospitales Seleccionados.
 - b. Incremento del número de Donantes Reales
 - c. Optimizar el Índice de Ablaciones Multiorgánicas y
 - d. Optimizar la Calidad de los Órganos procurados

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir la Capacidad Generadora de Donantes de órganos según el tipo de Hospital
2. Detección y seguimiento de todos los casos internados en las Unidades de Cuidados Críticos, que presenten en la evaluación neurológica un valor de 7 (siete) o menor en la escala de Coma de Glasgow, con la consiguiente detección precoz de todos aquellos que evolucionen hacia la muerte encefálica.
3. Detección de los escapes durante el proceso de procuración.
4. Análisis de las causas de pérdidas de potenciales donantes de órganos.
5. Conocer los factores hospitalarios que tienen impacto sobre el proceso de procuración.
6. Mejorar la Calidad en todas las fases del proceso procuración y trasplante.
7. Incrementar el número de Donantes y de Órganos útiles para trasplante.
8. Registro Informatizado de todas las variables intervinientes.
9. Monitoreo continuo interno y externo, para evaluar el cumplimiento del programa, así como la detección de los posibles inconvenientes que puedan surgir en su desarrollo, e implementar estrategias para su resolución.



METODOLOGIA

1. Fase de Evaluación Interna:

a) Análisis retrospectivo de las Historias Clínicas de los pacientes fallecidos en las Terapias Intensivas, correspondientes al periodo anual anterior, en el Hospital a evaluar.

El responsable del análisis de las Historias Clínicas y de la remisión de la información al INCUCAI y cada Jurisdicción es el Coordinador Hospitalario de Trasplantes, o referente designado a tal efecto.

Utilizar para el análisis un sistema de tamizado inicial, que seleccione específicamente, aquellas historias de pacientes que fallecieron y que presentaron daño neurológico al ingreso, con Glasgow igual o inferior a 7.

Producir un Protocolo específico para la detección de Historias Clínicas de interés para evaluar.

Determinar el porcentaje de escape con las diferentes causas.

- El Coordinador Hospitalario de Trasplantes, tras la revisión de las historias clínicas de todos los fallecidos en las Unidades de internación de Críticos a evaluar, deberá completar una hoja (**Protocolo de Registro**) por cada fallecido con diagnóstico clínico de muerte encefálica, quedando fuera del estudio los donantes en asistolia y anencefálicos.

b) Análisis Prospectivo

1. Protocolo de Registro

- El Coordinador Hospitalario de Trasplantes, deberá completar un Protocolo de Registro por cada paciente internado en las Unidades de internación de Críticos (Unidades con posibilidad de asistir pacientes con patología neurológica crítica), que presenten Glasgow 7 o inferior y su correspondiente evolución.
- En esta hoja se muestra el proceso de detección y donación como un flujo (que ha sido sintetizado en tres puntos identificados con tres preguntas concatenadas), de modo que en el caso de que el fallecido en muerte encefálica no llegue a ser donante real, el proceso **sólo puede ser interrumpido en un punto**, permitiendo identificar en qué momento se produce la pérdida del donante así como la causa principal de dicha pérdida, que es especificada mediante la selección de un código del anexo que figura en el reverso de la hoja.
- **No se precisa de la elaboración de ningún indicador** y no hay que realizar, por tanto, ningún cálculo.

- Además, en la hoja de recolección de datos (Protocolo de Registro) existen dos preguntas independientes del flujo de detección y donación, una
- referente a si se ha realizado entrevista familiar y otra sobre la petición de autorización judicial en los casos que lo precisen. Así mismo, en la misma hoja se solicitan algunos datos del fallecido referentes a la fecha y causa de defunción, edad, sexo y unidad donde se ha producido el fallecimiento.
- Las hojas se han de remitir de forma **trimestral** (en los meses de abril, julio, octubre y enero, envíos correspondientes al primer, segundo, tercer y cuarto trimestres).

2. Hoja de datos trimestrales referente a las U.T.I. evaluadas

De forma trimestral, cada una de las Unidades de internación de pacientes Críticos (Unidades de Terapia Intensiva de adultos o pediátrica, Coronarias, Guardias con capacidad de asistencia a pacientes neurológicos críticos) también ha de remitirse una **hoja en que se recoge el número de pacientes con Glasgow 7 o inferior**, que evolucionan hacia el alta, los que evolucionan hacia la parada cardiaca y los que fallecen con muerte encefálica, y de estos últimos los que llegan a ser donantes de órganos que se han producido en cada una de las unidades de críticos del Hospital.

3. Hoja de datos hospitalarios anuales:

De forma adicional, hay que enviar con **periodicidad anual**, coincidiendo con el envío del mes de enero, una hoja en la que se solicitan datos del hospital, para lo que se requerirá de la colaboración de la Dirección. Con la información remitida se construyen en el INCUCAI una serie de indicadores.

2. **Fase de Evaluación Externa:**

Es llevada a cabo en cada hospital por 2 evaluadores de fuera del mismo, con el apoyo y ayuda de los Coordinadores Hospitalarios de Trasplantes locales.

El requisito para solicitar que un Hospital sea evaluado es que lleve, al menos, tres meses participando en el Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación.

Se realiza con el fin de detectar si el proceso de recolección de información se hace adecuadamente, así como analizar el global de la actividad.

Objetivos de la Evaluación Externa

1. Contrastar los datos de infraestructura y actividad hospitalaria generales remitidos anualmente por parte de los Coordinadores Hospitalarios de Trasplantes.
2. Evaluar la eficacia del sistema de calidad del proceso de procuración-extracción de órganos en los hospitales autorizados.
3. Identificar problemas y cambios a introducir para la mejora continua del sistema de calidad.



RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL PROTOCOLO DE REGISTRO DE GLASGOW 7 O INFERIOR:

Criterios de Inclusión y Exclusión al Protocolo

Serán incluidos en este Protocolo, todos los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos que se encuentren en coma de causa estructural y con Glasgow de 7 o menor en su evaluación.

Tras la revisión de las historias clínicas, se debe completar un Protocolo de Registro por cada fallecido con **diagnóstico clínico** de muerte encefálica, y por cada ingreso de la Unidad de Críticos con signos clínicos de Coma con evaluación en la escala de Glasgow igual o inferior a 7 (siete) y su posterior evolución, con los siguientes datos:

Hospital que completa la hoja de recolección de datos. En el caso de un fallecido cuya muerte se haya producido en un hospital que carezca de métodos para completar el diagnóstico de la muerte encefálica, o que por cualquier circunstancia remita el posible donante a otro centro, ambos hospitales deben enviar una hoja de recolección de datos y en cada una debe constar el nombre del hospital que la remite. El primer hospital tendrá, a su vez, que referir el nombre del Hospital en el que se procede a la extracción de los órganos.

Nombre de la persona que completa el Protocolo de Registro de datos.

Datos referentes al paciente:

- Apellido y Nombre del paciente
- N° de Documento
- Unidad de terapia intensiva en la que se produjo la detección
- N° de Historia Clínica
- Fecha del Evento
- Edad
- Sexo
- Causa de Coma: con el código correspondiente según el anexo 1 donde se encuentran las posibles causas.
- Causa de Salida de Protocolo (Anexo 1, código 6 A, B o C) y Fecha. Durante el seguimiento del paciente en protocolo, el mismo en su evolución, puede mejorar superando el score de 7 en su evaluación; ser derivado a otro Establecimiento, debiéndose especificar el lugar; o presentar Parada Cardíaca antes de evidenciar los signos clínicos de muerte encefálica.
- Muerte Encefálica y Fecha

199

- o Si se trata o no de un caso judicial, es decir, si se requiere o no la autorización judicial, independientemente de que se haya solicitado.

Si se llegó o no a solicitar la autorización judicial, este epígrafe sólo hay que completarlo cuando se trate de un caso judicial.

Si se llegó o no a realizar la entrevista familiar, independientemente de que llegase o no a ser un donante real. Es decir, si el posible donante se pierde por problemas de mantenimiento u otros problemas, pero se llegó a solicitar el consentimiento familiar, hay que responder afirmativamente. Este dato es imprescindible para poder calcular el porcentaje de negativas familiares.

Datos referentes al proceso de detección de ME y donación:

Para llegar a este punto, quiere decir que o bien aquel que había ingresado al Protocolo de seguimiento del Glasgow 7 o inferior, evolucionó desfavorablemente a Muerte Encefálica, o fue detectado retrospectivamente como escape tanto en una auditoría interna como externa de las Historias Clínicas.

A partir de aquí se presenta el proceso de detección y donación como un flujo (que ha sido sintetizado en tres puntos identificados con tres preguntas concatenadas), de modo que, en el caso de que el fallecido en muerte encefálica (ME) no llegue a ser donante real, el proceso **sólo puede ser interrumpido en un punto**, permitiendo identificar en qué momento se produce la pérdida del donante así como la causa principal de dicha pérdida, que es especificada mediante la selección de un código del anexo que figura en el reverso de la hoja.

- o **La primera pregunta** se refiere a si el fallecido por muerte encefálica fue **detectado o no por el coordinador hospitalario**, es decir, si el coordinador hospitalario tuvo conocimiento de dicha defunción. En caso negativo, hay que referir el código correspondiente a la causa principal por la que no se tuvo conocimiento o no se avisó a la unidad de coordinación, seleccionándolo entre los códigos de los apartados 0, 1, 2 ó 3 del **Anexo 2** (en el reverso de la hoja de recolección de datos). Las posibles causas de no detección pueden establecerse con los siguientes códigos:
 - o El médico responsable del fallecido en muerte encefálica no avisa a la coordinación sin ninguna razón específica: código 0A.
 - o El médico responsable del fallecido en muerte encefálica no avisa a la coordinación por haber descartado al fallecido como posible donante, en base a una contraindicación médica incorrecta: código 0B. En este caso

es necesario especificar, en el espacio dispuesto para ese fin, cuál fue la contraindicación médica.

- o El médico responsable del fallecido en muerte encefálica no avisa a la coordinación por haber descartado al fallecido como posible donante, en base a una contraindicación médica correcta: en este caso, habría que seleccionar una de las posibles causas de contraindicación médica (desde el código 1A hasta el código 1H), o alguna de las condiciones médicas que pueden contraindicar la donación (códigos 2A a 2D) teniendo en cuenta que, si se trata de los códigos 1D (infección vírica activa) y 1H (Otra contraindicación médica), es necesario especificar, en el espacio dispuesto para ese fin.
- o El médico responsable del fallecido en muerte encefálica no avisa a la coordinación por haber tenido problemas en el mantenimiento que hacen que se pierda el posible donante antes de avisar a la coordinación: en este caso habría que seleccionar una de las causas referidas en el epígrafe de problemas en el mantenimiento, que abarca los códigos del 3A al 3C (en este último código es necesario especificar).
- o El médico responsable del fallecido en muerte encefálica no avisa a la coordinación por otra causa diferente a las anteriores: código 0C, y es necesario especificar el motivo por el que no se avisó.
- o En caso de que la no detección se deba a alguna causa que no se encuentra entre las que aparecen en el anexo 2, se dejarán en blanco los recuadros para completar con código, pero se referirá dicha causa en el cuadro dispuesto para especificar.

Las preguntas van concatenadas y son dependientes, de modo que sólo en el caso de que se haya respondido afirmativamente a la primera pregunta, hay que responder a la siguiente pregunta de la hoja de recolección de datos. Si no hubo detección no pudo continuarse con el proceso de donación, con lo que se interrumpe el flujo representado en la hoja de recolección de datos y no hay que responder el resto de las preguntas.

- o **La segunda pregunta** se refiere a si el **coordinador hospitalario de trasplantes**, durante la valoración del fallecido en muerte encefálica detectado, encuentra alguna **condición médica que contraindique la donación** (se incluyen tanto las contraindicaciones médicas iniciales como las tardías que puedan aparecer a lo largo del proceso). En caso de encontrar alguna contraindicación médica, habrá que responder afirmativamente a la pregunta y seleccionar alguna de las causas de los apartados 1 o 2 del **Anexo 2** (en el reverso de la hoja): los códigos que van desde el 1A al 1H, o códigos del 2A al 2D, teniendo en cuenta que si se trata de los códigos 1D (infección vírica activa) y 1H (Otra

contraindicación médica), es necesario especificar en el espacio dispuesto para ese fin.

Puede suceder que el coordinador hospitalario, tras detectar una muerte encefálica, no pueda realizar o ni siquiera iniciar, la valoración clínica y analítica del fallecido por problemas de mantenimiento hemodinámico o parada cardio-respiratoria que aparezcan inicialmente y que conduzcan a la pérdida del posible donante, sin haber dado tiempo a la valoración del mismo. En este caso, hay que responder afirmativamente a la pregunta, es decir, responder que sí hay condiciones que contraindican la donación, pero seleccionando como causa el código 2B (imposible certificar la muerte al no poder evaluar al donante por imposibilidad de mantenimiento hemodinámico / PCR).

En nuestra legislación vigente, aquellos fallecidos con antecedentes de internaciones psiquiátricas código 2C ni las mujeres con embarazo código 2D pueden ser donantes a pesar de no ser contraindicaciones médicas están incluidas en este apartado.

Debido a la ausencia de consenso sobre lo que se considera contraindicación médica para la donación de tipo absoluto o relativo, en esta pregunta no se hace referencia sólo a las contraindicaciones absolutas, si no a cualquier tipo de contraindicación que, en el caso del donante que está siendo evaluado, conduzca a su desestimación para la donación por la coordinación de trasplantes.

Sólo en el caso de que se haya respondido negativamente a la pregunta, es decir, que no hay contraindicaciones médicas para la donación, hay que responder a la siguiente pregunta de la hoja de recolección de datos. Si existen contraindicaciones para la donación que aparezcan tanto de forma inicial como tras la valoración del donante, no puede procederse a la extracción de los órganos, con lo que se interrumpe el flujo representado en la hoja de recolección de datos y no hay que responder más preguntas.

- o **La tercera y última pregunta** se refiere a si el donante potencial llega hasta el final del proceso, es decir, si llega a iniciarse la extracción de los órganos independientemente de la validez de los mismos (hay que responder afirmativamente a esta pregunta aunque la extracción se inicie en otro hospital distinto al que ha detectado y evaluado la muerte encefálica). *Se considera que si se ha iniciado la extracción en aquellos casos en que no llegan a extraerse los órganos por apreciarse en la laparotomía la presencia de lesiones u otras circunstancias que impidan la*



donación o extracción de los órganos. En caso del donante potencial que en el propio quirófano, antes de iniciar la laparotomía, presente problemas de mantenimiento que finalmente conduzcan a la pérdida del donante y a la imposibilidad de hacer una extracción rápida en situación de asistolia, se debe contestar negativamente a la pregunta, debido a que no se ha iniciado la extracción. En caso negativo, hay que referir el código correspondiente a la causa principal por la que no se inició la extracción, seleccionándola de entre los códigos de los apartados 3, 4, 5, 6, 7 del Anexo 2 (en el reverso de la hoja). Las posibles causas de no iniciación de la extracción, y por tanto de pérdida del donante potencial pueden ser:

- Por problemas en el mantenimiento, para lo que habrá que seleccionar uno de los códigos incluidos en el epígrafe de problemas en el mantenimiento, que abarca los códigos del 3A al 3C (en este último código es necesario especificar).
- La existencia de algún problema organizativo o retraso que finalmente conlleve la pérdida del donante potencial: códigos del 4A al 4D.
- La imposibilidad de completar el diagnóstico de muerte cerebral: códigos del 4E al 4G.
- La ausencia de un receptor adecuado: código 5.
- La existencia de una negativa judicial: código 6.
- La existencia de una negativa familiar: códigos del 7A al 7G (en este último es preciso especificar).
- En caso de que la no iniciación de la extracción se deba a alguna causa que no se encuentra entre las que aparecen en los apartados 3, 4, 5, 6, o 7 del anexo 2, se dejarán en blanco los recuadros para completar con código, pero se referirá dicha causa en el cuadro dispuesto para especificar.

La aparición de alguna contraindicación médica tardía para la donación (al recibir datos serológicos u otros datos analíticos) no debe consignarse como causa de no iniciación de la extracción de los órganos, si no como contraindicación de la donación en la pregunta anterior.

En los casos excepcionales en que un hospital, por carecer de métodos para completar el diagnóstico de la muerte encefálica o por cualquier circunstancia, remita un donante a otro centro en el que se inicia la extracción de los órganos, se debe responder afirmativamente a la pregunta sobre si se ha iniciado la extracción de los órganos, pero refiriendo el nombre del Hospital en el que se inicia la extracción de los órganos, en el espacio dispuesto para tal fin.



- **HOJAS DE RECOLECCIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS TRIMESTRALES**
- **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA HOJA DE RECOLECCIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS TRIMESTRALES:**

De forma adicional, y con periodicidad trimestral, junto a las hojas individuales de recolección de datos de Coma con Glasgow 7 o inferior y muerte encefálica, se debe remitir una hoja de recolección de datos relativos a las unidades de críticos evaluadas y en la que hay que consignar:

- **Hospital o Establecimiento.**
- **Período de evaluación** al que se refieren las hojas individuales de recolección de datos de muerte encefálica que se remiten.
- **Nombre de la persona** que ha realizado la evaluación.
- **Número total de hojas de recolección de datos de Glasgow 7 o inferior** que se remiten en ese período (para verificar que no se ha perdido ninguna, ya que a veces en los envíos por fax existen problemas en la recepción).
- **N° de Glasgow con Salida del Protocolo**
- **N° de Glasgow con Parada Cardíaca**
- **N° de fallecidos, muertes encefálicas y número de fallecidos en muerte encefálica en que se inicia la extracción de órganos** (bien en el propio hospital o en otro, si el fallecido fue trasladado) **de cada U.T.I.** a lo largo del período al que se refieren las hojas individuales de recolección de datos de muerte encefálica que se remiten. Este dato es imprescindible mandarlo trimestralmente y de forma adicional a los datos que se remiten anualmente para poder calcular cada trimestre el porcentaje de muertes encefálicas y donantes reales que se producen en cada una de las unidades de críticos respecto al total de fallecidos de dichas unidades.
- **Si dicha unidad ha sido evaluada o no** mediante la revisión retrospectiva de las Historias Clínicas de todos los fallecidos en la unidad.

Las unidades que han de ser evaluadas mediante la revisión retrospectiva de las Historias Clínicas de todos los fallecidos, y de las que hay que remitir el n° de fallecidos, muertes encefálicas y donantes reales, son aquellas unidades de críticos con posibilidad de tener algún paciente que pueda fallecer en muerte encefálica, en las que se dispone de capacidad para ventilar al paciente y en las que los pacientes puedan estar ingresados, al menos, durante 12 horas.

Si el hospital sólo dispone de una unidad de terapia intensiva polivalente, mixta o general habrá de completar tan sólo la primera parte de la tabla, pero en aquellos hospitales en los que se disponga de algunas U.T.I. específicas, como

puede ser una U.T.I. de neonatos, infantil, de neurocirugía o politraumatizados, o cuidados médicos, deberán completar los datos de forma desagregada para cada una de dichas unidades.

Otras U.T.I. con posibilidad de tener algún paciente que pueda fallecer en muerte encefálica, en las que se dispone de capacidad para ventilar al paciente y en las que los pacientes pueden estar ingresados, al menos, durante 12 horas pueden ser las Unidades de Coronarias, Reanimación, camas del Servicio de Urgencias u otras U.T.I. Dada la variabilidad de funcionamiento de dicho tipo de unidades entre los distintos hospitales y para poder establecer comparaciones adecuadas, si algunas de estas unidades cumplen con el criterio definido previamente para ser evaluadas, habría que remitir datos de dichas unidades especificando de qué tipo son en base a las siguientes definiciones:

- o **TIPO A:** U.T.I. en la que cuando se produce una muerte encefálica habitualmente el fallecido permanece ingresado en dicha unidad, en ella se hace el mantenimiento del donante y de ahí pasa directamente al quirófano para la extracción de los órganos (es decir, que realmente funciona como UCI), o bien,
- o **TIPO B:** U.T.I. en la que cuando se produce el deterioro neurológico de un paciente, éste se traslada a otra U.T.I. (UCI) (aunque excepcionalmente cuando no hay camas en el servicio de UCI el donante se mantenga en dicha unidad).



199

- HOJAS DE RECOLECCIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS ANUALES
- INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA HOJA DE RECOLECCIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS ANUAL:

Con el envío de los datos trimestrales del último trimestre del año, también se debe enviar esta hoja de datos hospitalarios en la que se ha de completar, con los datos que facilite la Gerencia, la Admisión y/ o las Secretarías de las U.T.I.:

Datos generales del hospital:

- N° total de camas de que dispone el hospital.
- N° total de fallecidos que se han producido en el hospital (en todos los Servicios) a lo largo del año evaluado.
- N° total de urgencias atendidas en el año.

Datos referentes a las unidades de críticos:

Los datos que hay que completar para cada UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA son:

- N° de camas de la unidad
- N° de ingresos en la unidad durante el año a que se hace referencia
- N° de fallecidos que se han producido en la unidad a lo largo del año. De forma trimestral se solicita el número de fallecidos de cada unidad, por tanto la suma de fallecidos de los cuatro trimestres debe coincidir con el total anual y a su vez, corresponderse con el total de Historias Clínicas analizadas.
- Si dicha unidad ha sido evaluada o no mediante la revisión retrospectiva de las Historias Clínicas de todos los fallecidos en la unidad.

Las unidades que han de ser evaluadas mediante la revisión retrospectiva de las Historias Clínicas de todos los fallecidos, y de las que hay que remitir el n° de camas, ingresos y fallecidos de todo el año, son aquellas unidades de críticos con posibilidad de tener algún paciente que pueda fallecer en muerte encefálica, en las que se dispone de capacidad para ventilar al paciente y en las que los pacientes puedan estar ingresados, al menos, durante 12 horas.

Si el hospital sólo dispone de una unidad de terapia intensiva polivalente, mixta o general habrá de completar tan sólo la primera parte de la tabla, pero en aquellos hospitales en los que se disponga de algunas U.T.I. específicas, como

puede ser una U.T.I. de neonatos, infantil, de neurocirugía o politraumatizados, o cuidados médicos, deberán completar los datos de forma desagregada para cada una de dichas unidades.

Otras U.T.I. con posibilidad de tener algún paciente que pueda fallecer en muerte encefálica, en las que se dispone de capacidad para ventilar al paciente y en las que los pacientes pueden estar ingresados, al menos, durante 12 horas pueden ser las Unidades de Coronarias, Reanimación, camas del Servicio de Urgencias u otras U.T.I. Dada la variabilidad de funcionamiento de dicho tipo de unidades entre los distintos hospitales y para poder establecer comparaciones adecuadas, si algunas de estas unidades cumplen con el criterio definido previamente para ser evaluadas, habría que remitir datos de dichas unidades especificando de qué tipo son en base a las siguientes definiciones:

- o **TIPO A:** U.T.I. en la que cuando se produce una muerte encefálica habitualmente el fallecido permanece ingresado en dicha unidad, en ella se hace el mantenimiento del donante y de ahí pasa directamente al quirófano para la extracción de los órganos (es decir, que realmente funciona como UCI), o bien,
- o **TIPO B:** U.T.I. en la que cuando se produce el deterioro neurológico de un paciente, éste se traslada a otra U.T.I. (UCI) (aunque excepcionalmente cuando no hay camas en el servicio de UCI el donante se mantenga en dicha unidad).

Datos referentes a unidades de neurocirugía:

En caso de que el hospital disponga de unidad de neurocirugía, se remitirá el número de intervenciones neuroquirúrgicas que se han realizado a lo largo del año, diferenciando el número de las intervenciones programadas del de las urgentes, y dentro de cada uno de estos tipos, cuántas de ellas son craneotomías.

Datos referentes a la existencia de programas docentes:

Se debe completar si el hospital tiene programa docente tanto de pregrado (estudiantes) como de postgrado (médicos internos residentes).

INDICADORES PARA EVALUAR LA CALIDAD DEL PROCESO DE DONACIÓN

FASES DEL PROCESO Y MOTIVOS DE PÉRDIDAS

Fallecidos en todas las Unidades de Terapia Intensiva:

Muertes Encefálicas:

ME en UTI:

M.E. No Comunicadas a la Coordinación por "escape":

M.E. No Comunicadas por CI médica adecuada:

M.E. No Comunicadas por problemas de mantenimiento:

M.E. Comunicadas a la Coordinación:

Contraindicaciones Médicas

Donantes Potenciales:

No confirmación del Diagnóstico Legal:

Negativa Judicial:

Problemas en el mantenimiento:

Negativas Familiares:

No localización de receptor adecuado:

Problemas organizativos:

Donantes Reales:

ESPECIFICACIONES DE LAS CAUSAS DE PÉRDIDA DE FALLECIDOS EN MUERTE ENCEFÁLICA Y DE POTENCIALES

MUERTES ENCEFÁLICAS NO COMUNICADAS A LA UNIDAD DE COORDINACIÓN

No comunicadas por 'escape'

NO SE AVISA A UNIDAD COORDINADORA DE TX

Por otra causa

Por establecerse una contraindicación médica incorrecta

Sin una causa específica

No comunicadas por C. Médica adecuada

Imposible evaluar al donante por imposibilidad de mantenimiento

Hemodinámico / PCR

Enfermedad Tumoral Maligna

Infección Bacteriana Sistémica Activa, en que tras la identificación del germen y recibir tratamiento antibiótico adecuado, no tiene buena respuesta

Fallo Multiorgánico inevitable

CONTRAINDICACIÓN MÉDICA

Otra contraindicación médica

Adicción a drogas u otros factores de riesgo

No comunicadas por problemas en el mantenimiento

PCR irreversible

**FALLECIDOS EN ME QUE NO LLEGAN A SER DONANTES
POTENCIALES POR CONTRAINDICACIÓN MÉDICA**

Enfermedad Tumoral Maligna

Fallo Multiorgánico inevitable

Otra contraindicación médica

Patología Sistémica – Arterioesclerosis avanzada

Adicción a drogas u otros factores de riesgo

Infección Bacteriana Sistémica Activa, en que tras la identificación del germen y recibir tratamiento antibiótico adecuado, no tiene buena respuesta

Infección vírica activa

Imposible evaluar al donante por imposibilidad de mantenimiento

Hemodinámico / PCR

Patología Sistémica – Colagenosis/Vasculitis

CONTRAINDICACIÓN MÉDICA

Infección TBC incompletamente tratada

Imposible establecer la causa de muerte

Imposible conocer antecedentes personales

IMPOSIBLE ESTABLECER LA CAUSA DE MUERTE

**DONANTES POTENCIALES QUE NO LLEGAN A SER
DONANTES REALES POR IMPOSIBILIDAD DE COMPLETAR
EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA**

**DIAGNÓSTICO DE MUERTE CÉRERBÁL NO
COMPLETADO**

Imposibilidad de confirmar diagnóstico legal y se remite a otro centro

Para realizarlo: especificar al que se remite

199

**DONANTES POTENCIALES QUE NO LLEGAN A SER
DONANTES REALES POR NEGATIVA JUDICIAL
NEGATIVA JUDICIAL**

**DONANTES POTENCIALES QUE NO LLEGAN A SER
DONANTES REALES POR PROBLEMAS EN EL
MANTENIMIENTO**

PCR irreversible
Otro problema en mantenimiento
Fallo Multiorgánico (evitable) por fallo en el mantenimiento
Infección Sistémica en que no se identifica el germen y/ o
no recibe tratamiento ATB adecuado
PROBLEMAS DE MANTENIMIENTO

**Donantes potenciales que no llegan a ser donantes reales por
negativa familiar**

Negativa Familiar sin más razón
Negativa previa del Donante
NEGATIVA FAMILIAR
Otras
Dudas sobre la integridad del cuerpo
Causas religiosas
Problemas con el personal sanitario
Dudas sobre la muerte cerebral
Reivindicación social

**DONANTES POTENCIALES QUE NO LLEGAN A SER
DONANTES REALES POR NO LOCALIZAR UN RECEPTOR
ADECUADO**

AUSENCIA DE RECEPTOR ADECUADO

**DONANTES POTENCIALES QUE NO LLEGAN A SER
DONANTES REALES POR PROBLEMAS ORGANIZATIVOS**

Logística interna
No localización de Familiares

col. 10/10/04

HOSPITAL: PERSONA QUE COMPLETA LA FICHA:

PACIENTE CON GLASGOW 7 O INFERIOR EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Apellido y Nombre: N° DNI/LC/LE: Causa de Coma (Ver Anexo 1)
Unidad de Críticos: N° de H° Clínica: Caso Judicial: Si No
Fecha de Detección: / / Edad: / / Hombre Mujer
Fecha: / / Hora:

SALIDA DEL PROTOCOLO

CAUSA (ver código 6 del Anexo 1)

FALLECIDO CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE MUERTE ENCEFÁLICA

Fecha de Muerte: / /

En el supuesto de que se trate de un caso judicial, ¿SE LLEGÓ A SOLICITAR AUTORIZACIÓN JUDICIAL? SI NO

¿M.E. DETECTADA POR EL COORDINADOR HOSPITALARIO?

NO CAUSA (Seleccionar entre los códigos 0, 1, 2 o 3 del Anexo 2) Especificar si es preciso: SI

¿DURANTE LA VALORACIÓN POR EL COORDINADOR HOSPITALARIO, SE DETECTAN CONTRAINDICACIONES PARA LA DONACIÓN? (responder afirmativamente en el caso de que no se realice la valoración por imposibilidad de mantenimiento y cumplimiento con código 2B)

SI NO

CAUSA (Seleccionar entre los códigos 3 o 2 del Anexo 2) Especificar si es preciso:

¿SE LLEGÓ A REALIZAR ENTREVISTA FAMILIAR? SI NO

¿SE INICIA LA EXTRACCIÓN DE LOS ÓRGANOS? SI NO

CAUSA (Seleccionar entre los códigos 3, 4, 5, 6 o 7 del Anexo 2) Especificar si es preciso:



ANEXO 1: CAUSAS DE COMA

1	A	TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO - ACCIDENTE DE TRÁNSITO
1	B	TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO - DISPARO ARMA DE FUEGO
1	C	TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO - CAÍDA DE ALTURA
1	D	TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO - OTRAS
2	A	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR - ISQUÉMICO
2	B	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR - HEMORRÁGICO INTRAPARENQUIMATOSO
2	C	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR - HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
3		ANOXIA
4		TUMOR
5		OTRA: ESPECIFICAR:
6	A	ALTA
6	B	DERIVACIÓN
6	C	PARO CARDIACO

**ANEXO 2: CAUSAS DE PÉRDIDA DE DONANTE
NO SE AVISA AL COORDINADOR HOSPITALARIO DE TX
OTRAS CONDICIONES QUE CONTRAINDICAN
LA DONACIÓN**

0	A	Sin una causa específica	2	A	Imposible establecer la causa de muerte
0	B	Por establecerse una C.M. médica incorrecta: ESPECIFICAR	2	B	Imposible certificar la muerte encefálica
0	C	Por otra causa: ESPECIFICAR	2	C	Antecedentes de Internación Psiquiátrica
		* Si no se avisa por una C.M. correcta, o por problemas de mantenimiento, seleccionar uno de los códigos 1, 2, o 3 de este anexo.	2	D	Embarazo en Curso

PROBLEMAS EN EL MANTENIMIENTO					
3	A	Fallo Multiorgánico (evitable) por fallo en mantenimiento	7	A	Negativa previa del Donante
3	B	PCR Irreversible	7	B	Negativa Familiar sin razón
3	C	Otro problema en mantenimiento:	7	C	Dudas sobre la muerte cerebral
			7	D	Dudas sobre la integridad del cuerpo
			7	E	Problemas con el personal sanitario
			7	F	Causas religiosas
			7	G	Otras: ESPECIFICAR

CONTRAINDICACIÓN MÉDICA					
1	A	Fallo Multiorgánico de causa infecciosa	4	E	No disponibilidad de método diagnóstico
1	B	Fallo Multiorgánico de causa no infecciosa	4	F	Circunstancias especiales que requieran de un método diagnóstico no disponible
1	C	Infección específica transmisible	4	G	Las pruebas confirmatorias no son concluyentes
1	D	HIV o Conductos de Riesgo			
1	D	Infección vírica aguda: ESPECIFICAR			
		* Si es un VHS/VHC en que se descarta al donante por ausencia de receptor adecuado, utilizar el código 5 y responder como pérdida en el último punto (no se inicia extracción), no como C.T. Médica			
1	E	Patología Sistémica - Colagenosis/Vasculitis			
1	F	Patología Sistémica - Arterioesclerosis avanzada			
1	G	Enfermedad Tumoral Maligna			
1	H	Otra contraindicación médica: ESPECIFICAR			

PROBLEMAS ORGANIZATIVOS / RETRASOS					
4	A	No localización de Familiares	4	E	No disponibilidad de método diagnóstico
4	B	Retraso Judicial	4	F	Circunstancias especiales que requieran de un método diagnóstico no disponible
4	C	Logística Interna	4	G	Las pruebas confirmatorias no son concluyentes
4	D	Logística Externa			
5		AUSENCIA DE RECEPTOR ADECUADO			
6		NEGATIVA JUDICIAL			



DATOS TRIMESTRALES

HOSPITAL:

PERÍODO DE EVALUACIÓN del/...../..... d/...../.....

PERSONA QUE EVALÚA:

NÚMERO DE HOJAS DE REGISTRO DE DATOS REMITIDAS:

DATOS REFERENTES A TERAPIA INTENSIVA	Nº Glasgow 7 con Salida de Protocolo por Ata	Nº Glasgow 7 con Salida por Derivación	Nº Glasgow 7 con Parada Cardíaca	Nº de Muertes Encefálicas	Nº ME en que se inicia extracción	Excluidos	
						SI	NO

UC Polivalente/Modo/General

En caso de disponer de U.C. específicas, consignar los datos de aquellas UC excluidas

UC Neonatos						SI	NO
UC Infantil						SI	NO
UC Neurocirugía/Politrauma						SI	NO
UC de Cuidados Médicos						SI	NO

Otras posibles U.C. excluidas**:

	Excluidos		Tipo**	
	SI	NO	A	B
UC de Coronarios				
UC de área de Urgencias				
UC de área de Reanimación				
Otras U.C.				

especificar de cuál se trata:

*Las unidades que han de ser evaluadas son aquellas unidades con posibilidad de tener algún paciente que pueda fallecer en muerte encefálica, en las que se dispone de capacidad para ventilador al paciente y en las que los pacientes pueden estar ingresados.

**Si se evalúan Unidades de Coronarios, Reanimación, áreas de un Servicio de Urgencias o bien otras UC en las que se tiene capacidad de ventilador a los pacientes y éstos pueden estar ingresados al menos durante 12 horas, especificar de qué tipo son en base:

- TIPO A UC en la que a corob se produce una muerte encefálica habitualmente el fallecido permanece ingresado en dicha unidad, en ella se hace el mantenimiento del drenaje y de ahí pasa directamente al quirófano para la extracción de los órganos
- TIPO B UC en la que a corob se produce el deterioro neurológico de un paciente, éste se traslada a otra UC (UCI) (aunque excepcionalmente a corob no hay camas en el servicio de UCI el drenaje se mantiene en dicha unidad).

Firmado:



DATOS HOSPITALARIOS (envío cruz)					
HOSPITAL _____			AÑO _____		
DATOS GENERALES		Nº total de camas del Hospital	Nº muertes Hospital/año	Nº urgencias Hospital/año	
DATOS REFERENTES A TERAPIA INTENSIVA		Nº de Camas	Nº de Ingresos/año	Nº de Defunciones	
UC Polivalente/Modo Estándar				SI	NO
En caso de disponer de U.C. específicas, consignar los datos de aquellas U.C. evaluadas					
UC Neonatos				SI	NO
UC Infantil				SI	NO
UC Neurocirugía/Politrans				SI	NO
UC de Cuidados Médicos				SI	NO
Otras posibles Unidades Específicas**				Escolado	Tipo**
UC de Coronarios				S	Nb A B
UC de área de Urgencias				S	Nb A B
UC de área de Reanimación				S	Nb A B
Otras Ubs				S	Nb A B
especificar de cuál se trata					
*Las unidades que han de ser evaluadas son aquellas unidades con posibilidad de tener algún paciente que pueda fallar en muerte espontánea, en las que se dispone de capacidad para ventilar al paciente y en las que los pacientes pueden estar ingresados.					
**Si se evalúan Unidades de Coronarios, Reanimación, camas de un Servicio de Urgencias o bien otras UC en las que se tiene capacidad de ventilar a los pacientes y éstos pueden estar ingresados al menos durante 12 horas, especificar de qué tipo son en base:					
TIFOA UC en la que cuando se produce una muerte espontánea habitualmente el fallecido permanece ingresado en dicha unidad, en ella se hace el mantenimiento del donante y de ahí pasa directamente al quirófano para la extracción de los órganos.					
TIFOB UC en la que cuando se produce el diagnóstico neurológico de un paciente, éste es trasladado a otra UC (UC) (aunque excepcionalmente cuando hoy camas en el servicio de UC el donante se mantiene en dicha unidad).					
UNIDAD DE NEUROLOGÍA					
PROGRAMA DOCENTE	Residentes	S			
	Estudiantes de Medicina	S			NO

ANEXO III

**SUBPROGRAMA PROCURACION HOSPITALARIA DE
TEJIDOS DONANTES POST-PARO****OBJETIVOS GENERALES:**

Lograr un incremento de la procuración hospitalaria de tejidos a fin de reducir la importante brecha entre los tejidos obtenidos (especialmente corneas) y la creciente lista de espera para tejido corneano. En el marco de este proyecto se introducen como herramientas potenciadoras de la capacidad de procuración: 1) La obligatoriedad de la comunicación de todos los óbitos ocurridos o ingresados en los hospitales. 2) La consulta familiar de intención de donación por parte del personal hospitalario.

MEDIDAS GENERALES: (ver algoritmo de donante de tejidos)

- A) Mediante disposición conjunta de la Jurisdicción y la Dirección del hospital base del Coordinador Hospitalario de Trasplante, se establecerá la obligatoriedad de la comunicación de todos los óbitos y la consulta familiar de intención de donación dentro de los 60 minutos de ocurridos.
- B) Las Jurisdicciones participantes deberán implementar, centralizada en la figura del/ los Coordinadores Hospitalarios, una campaña de difusión dirigida a los profesionales y no profesionales de los hospitales involucrados en el proyecto, asimismo se comprometerá a dar respuesta en forma inmediata a todo requerimiento de información general o específica, material de difusión o aquello que sea considerado de utilidad para los fines de la implementación y mantenimiento del programa
- C) A los fines de poner en funcionamiento, supervisar, monitorear y evaluar el programa, se establece una Comisión con representantes de distintas Jurisdicciones designada en Reunión de Jurisdicciones del INCUCAI.
- D) Partiendo de la apreciación estadística previa de la procuración de tejidos a corazón parado en los distintos hospitales, se hará un monitoreo y evaluación del cumplimiento e impacto de la medida en forma mensual y trimestral.



MEDIDAS ESPECIFICAS:

Los hospitales deberán implementar, conjuntamente con el CHTX las medidas necesarias para que ante cada óbito producido un agente a designar por la Dirección del Hospital (medico o enfermero de guardia) realice:

- 1) Una primera evaluación del potencial donante de tejidos. En este procedimiento se descartaron solo los fallecidos con serología positiva para HIV y/ o con antecedentes de internación psiquiátrica.
- 2) Consulta de intención de donación a los familiares o allegados presentes.
- 3) Comunicación al Coordinador Hospitalario en caso de no haber contraindicación absoluta (HIV + o antecedente de internación psiquiátrica) o negativa familiar explícita. En esa comunicación se consignarán los datos de la planilla adjunta:
 - a) Nombre y Apellido, edad y sexo del fallecido.
 - b) Servicio, sala y cama donde se produjo el óbito.
 - c) Causa de muerte y diagnósticos concomitantes.
 - c) Fecha y hora paro cardiaco.
 - d) Consignar la presencia de familiares en el hospital.
 - e) Motivo de negativa a la donación.
- 4) En caso de haber contraindicación absoluta para la donación o negativa familiar explícita estos datos serán consignados en un registro hospitalario que será archivado donde la Dirección del establecimiento determine.

Con estos datos el Coordinador Hospitalario deberá llevar a cabo una "evaluación in situ", a fin de constatar si el fallecido no presenta contraindicaciones medicas o legales para ser donante de tejidos, cumplimentar el acta de donación, y diligenciamiento judicial si lo hubiere, y los arreglos necesarios para el procesamiento serológico y ablación de los tejidos donados.



MONITOREO DEL PROGRAMA:

Los datos consignados en las Hojas de Registro de Obito, conjuntamente con los de la Hoja de Registro Mensual Hospitalario serán volcados en una base de datos creada a tal efecto en el INCUCAI. El mantenimiento y monitoreo de esta base estará a cargo de la Comisión de Seguimiento del Programa.

A los fines del análisis del programa, cada Jurisdicción requerirá al hospital a través de su oficina de estadística, los datos de mortalidad mensual discriminados por fecha, Servicio, edad, sexo, causa de muerte.

Las direcciones de los hospitales serán informadas mensualmente de los datos de actividad de procuración de tejidos a corazón parado, comparativos y actuariales de su establecimiento, a través de la Jurisdicción correspondiente.



199

LOGO DE LA
JURISDICCION

HOJA DE REGISTRO DE COMUNICACIÓN OBLIGATORIA DE OBITO

HOSPITAL:

Apellido y nombres:

Documento: Tipo DNI-LC-LE-CI-Pasaporte-No consta N°:.....

Edad: Sexo: M / F Historia Clínica N°:

Fecha y hora PCR: / / :.... hs.

Servicio:..... Sala: Cama:.....

Causa de muerte:

Antecedentes relevantes:

Marcar HIV(+) Sí / No Internación psiquiátrica Sí / No

La familia acepta donación? Sí / No

En caso de NO aceptar, especificar motivo: Decisión en vida del donante

Ideas de fragmentación

Religiosos

Sin argumento

Otros

Nombre del familiar:Parentesco:Firma.....

Fecha y hora de Comunicación al Coordinador .../.../... :....hs

Agente comunicante:Firma del agente.....

Observaciones:.....

Reservado para el Coordinador Hospitalario

Fecha y hora de ablación: .../.../... :... hs

Detalle de tejidos Ablacionados:.....

Causas de no ablación (detallar):

ANEXO IV

CONVENIO

Entre el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL ÚNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE, representado en este acto por su Presidente, Dr. Carlos SORATTI, en adelante el "INCUCAI", y la Provincia de, representada en este acto por, en adelante "LA PROVINCIA", se firma el presente convenio de adhesión al PROGRAMA FEDERAL DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS aprobado por Resolución N°del Ministerio de Salud de fecha, en presencia del Señor Ministro de Salud de la Nación, Dr. Ginés GONZÁLEZ GARCÍA, el cual se habrá de sujetar a las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Dentro del marco del presente acuerdo, las partes firmantes se comprometen a instrumentar e impulsar con medidas efectivas una política de procuración y trasplante con carácter federal, acorde las necesidades y expectativas de los pacientes que en todo el territorio de la República requieran órganos y/o tejidos para conservar su vida o mejorar la calidad de la misma.

SEGUNDA: En virtud de lo establecido en la cláusula precedente, "LA PROVINCIA" se compromete a:

- a) Constituir o consolidar, según corresponda, un Organismo Provincial de Procuración y Trasplante.
- b) Mantener los registros provinciales de donantes, de insuficiencia renal crónica terminal, de receptores (listas de espera) y trasplantes.

- c) Designar un Coordinador Provincial cuyas misiones y funciones se detallan en el ANEXO UNICO del presente convenio.
- d) Brindar al Coordinador Provincial y a la gestión de procuración el apoyo necesario para el cumplimiento de las misiones y funciones referidas en el inciso precedente, destinando para ello un espacio en el Hospital _____, para uso exclusivo de la coordinación provincial, garantizando la operatividad de la misma.
- e) Cumplir las metas establecidas por la Comisión Federal de Trasplante y adherir a los Subprogramas de Garantía de Calidad en el Proceso de Procuración de Órganos y de Procuración de Donantes Post-Paro.
- f) Establecer una cuenta especial, con destino al financiamiento de la actividad en la jurisdicción y a la recepción de los fondos transferidos a la misma por el INCUCAI.
- g) Delegar en el INCUCAI la gestión de facturación, seguimiento y cobranza de la misma que por concepto de procuración de órganos y tejidos se produzca en el ámbito de la jurisdicción, a través de la firma del convenio específico en la materia.

TERCERA: El INCUCAI asume las siguientes obligaciones:

- a) Garantizar el funcionamiento de la Comisión Federal de Procuración y Trasplante la que tendrá por objeto la elaboración normativa, monitoreo, evaluación del programa y establecimiento de metas.
- b) Asegurar la coordinación operativa nacional.
- c) Establecer un Subprograma de Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Procuración.
- d) Desarrollar y mantener el Sistema Nacional de Información. Registros Nacionales y Nodos Jurisdiccionales.



- e) Desarrollar, con el apoyo de la coordinación provincial, una estrategia comunicacional, con la correspondiente provisión de materiales afines, con el objeto de su distribución a nivel nacional.
- f) Proveer del equipamiento informático para el funcionamiento del sistema de información en cada jurisdicción.
- g) Proporcionar el equipamiento específico para procuración.
- h) Poner a disposición de la Provincia la capacidad operativa del Organismo Nacional para la gestión de facturación, seguimiento y cobranza de la misma que por concepto de procuración de órganos y tejidos se produzca en el ámbito de la jurisdicción.

CUARTA: El presente convenio tendrá una vigencia de un (1) año contado a partir de su firma, renovable en forma automática por idéntico período, salvo voluntad expresa de las partes, que deberá ser comunicada a la otra en forma fehaciente con una anticipación no menor a treinta (30) días.

QUINTA: A todos los efectos legales derivados del presente, las partes deben someterse a la jurisdicción de los Tribunales de la Capital Federal, constituyendo domicilios especiales: INCUCAI en calle Ramsay 2250 de Capital Federal y LA PROVINCIA en, lugares donde tendrán plena validez todas las notificaciones que se practiquen.-----

----- En prueba de conformidad y previa lectura y ratificación se firman dos (2) ejemplares de igual tenor y a un mismo efecto, recibiendo cada parte el suyo en este acto celebrado en la ciudad de Buenos Aires, a los días del mes de del año 2003.-----



199

ANEXO UNICO

Serán misiones y funciones del representante jurisdiccional:

1.- Asumir la representación provincial ante la Comisión Federal de Trasplante.

2.- Ejercer la conducción real del Programa Federal de Procuración en los siguientes aspectos:

- Conducción – supervisión operativa de la gestión asistencial y operativos de procuración de órganos y tejidos en la jurisdicción.
- Conducción y evaluación de los coordinadores hospitalarios (CH).
- Conducción-supervisión operativa de la gestión administrativa del Organismo Provincial a su cargo.

3.- Mantenimiento y Actualización de los registros jurisdiccionales referidos a:

- Operativos de procuración en la provincia.
- Operativos de implante en la provincia.
- Estado y actualización de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, conforme artículo 7 Ley 24.193.



- Estado y actualización de inscripciones en listas de espera, con arreglo al artículo 44 inciso ñ) de la Ley 24.193.
- Estado y actualización de la situación de pacientes trasplantados en la provincia, su evolución, controles post-trasplante, etc..
- Control de stock de insumos.

4.- Planificación y Ejecución de las acciones de difusión de la procuración de órganos y tejidos en la provincia.

