

***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.

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):

.....

