

Información proporcionada por INCUCAI.

Estrategias de procuración

Partiendo del precepto básico de que sin donación no hay trasplante y de que el país necesita incrementar significativamente la procuración de órganos y tejidos ante la magnitud de las listas de espera, el INCUCAI y los organismos jurisdiccionales convocan a la comunidad hospitalaria a sumarse activamente, a través de la implementación de programas que tienen el objetivo de disminuir los tiempos de las listas de espera, optimizar la calidad del proceso y la utilización de los órganos donados.

El hospital es la institución sanitaria que garantiza la posibilidad real de trasplante a partir de su capacidad de generar donantes. Por este motivo el INCUCAI convoca y ayuda a los establecimientos sanitarios y a todo el equipo de salud a incorporar la procuración como una actividad asistencial propia; entendiendo la labor como responsabilidad de la institución en su conjunto. Es decir que es imprescindible que tenga internalizado que en cada paciente fallecido existe un potencial donante.

Para conseguir la articulación con las emergencias, involucrar a todo el sistema hospitalario e insertar un referente como coordinador del proceso, se implementan los programas:

Programa Nacional de Atención Integrada del Paciente Crítico y Potencial Donante

El programa se propone articular el sistema de emergencia extra hospitalario, como el primer paso para identificar los pacientes neurocríticos, que requieren una atención rápida, oportuna y efectiva.

Se trata de un sistema de alerta temprana del paciente crítico que integra el sistema de emergencia, el hospital y a los organismo de procuración.

En este nuevo escenario se incorpora el trabajo de los servicios de emergencia, en coordinación con las unidades de cuidados críticos, las unidades de procuración y trasplante, con el objeto de aplicar un sistema de alerta para una mejor atención de los pacientes neurocríticos y a su vez, en caso de fallecimiento, la detección precoz de un posible donante.

Cumpliendo de este modo con los lineamientos nacionales de salud: equidad, accesibilidad y calidad en la atención.

Premisas básicas:

- Incorporar como una actividad asistencial propia del sistema de salud los procesos de donación y trasplante para dar una respuesta oportuna y equitativa.
- Trabajar en conjunto con los servicios de emergencia para la detección y el tratamiento del paciente crítico y su posterior seguimiento.
- Aumentar el número de donantes reales.

- Optimizar la atención médica.

Legislación:

Resolución 194/16 Programa Nacional de Atención Integrada del Paciente Crítico y Potencial Donante

Programa Federal de Procuración con Sub-Programa de Garantía de Calidad

El Programa Federal de Procuración que conduce el INCUCAI es la respuesta sanitaria a la creciente demanda de trasplante de órganos y tejidos, e involucra a los sistemas de salud de todas las provincias.

Se implementa a través de la figura del coordinador hospitalario de trasplante, cuya función comienza con la detección del potencial donante y finaliza con la donación efectiva de órganos para trasplante. Los coordinadores hospitalarios constituyen un equipo de más de 130 profesionales distribuidos en los hospitales de mayor complejidad del país.

Premisas básicas:

- Reconocimiento de la procuración de órganos como una actividad hospitalaria asistencial.
- Protagonismo de los organismos jurisdiccionales.
- Funcionamiento de la Comisión Federal de Trasplantes.
- Seguimiento y evaluación del Programa Federal de Procuración.
- Financiamiento de la actividad de procuración.
- Desarrollo del Programa de Control de Calidad del Proceso de Procuración.
- Documentos Programa Federal de Procuración
- Programa Federal de Procuración

Garantía de Calidad

El concepto de garantía de calidad en el proceso de donación-trasplante consiste en la implementación de registros uniformes en todo el país, que permiten el seguimiento de los pasos operativos desde la detección del potencial donante hasta el trasplante en los receptores. Estos registros son gestionados en tiempo real por el sistema informático del INCUCAI, el SINTRA, que permite un acceso a la información con niveles de complejidad creciente. A través de él, se puede observar el trabajo continuo y coordinado del INCUCAI, los organismos jurisdiccionales y los centros de trasplante.

Para tal fin el Programa Federal de Procuración se articula con el Subprograma de Garantía de Calidad en el proceso de procuración de órganos, basado en la detección y seguimiento de Pacientes Neurocríticos con Glasgow 7 o menos (PSG<7).

Este Subprograma de Garantía de Calidad en el proceso de procuración de órganos, consiste no solo en la detección y el registro de todo enfermo neurocrítico grave en hospitales seleccionados a tal fin, sino también su seguimiento posterior, garantizando calidad en el tratamiento, pero en caso de evolución ominosa, evitando la parada cardíaca y manteniendo una adecuada función de los órganos, lo que determina la calidad del desarrollo de los procesos que derivan en la realización de los trasplantes.

Este Subprograma está vigente desde setiembre de 2003 y su implementación ha permitido aumentar la detección de muerte encefálica y también aumentar la generación de donantes reales, pasando de tasas nacionales de entre 6 y 7 donantes por millón de habitantes y por año (pmp) en los años previos al inicio del programa, a una tasa de donantes reales de 15.1 donantes pmp en el año 2012.

La utilización de este Subprograma, permite la detección temprana de la ME e iniciar el soporte de los fenómenos hemodinámicos asociados y sus consecuencias, aumentando así la detección y calidad de donantes de órganos para trasplantes.

Tiene como objetivos: detectar el 100% de las ME ocurridas en las UTIs de hospitales seleccionados, incrementar el número de donantes reales, optimizar el número de ablaciones multiorgánicas y optimizar la calidad de órganos procurados.

Glasgow7

Los pacientes que ingresan al protocolo Glasgow 7 son:

Todo paciente que ingrese al hospital con injuria encefálica y Glasgow 7 o <

Todo paciente que ingrese al hospital con Glasgow >7 y que en el transcurso de la internación deterioren el Glasgow a <7.

Los pacientes que se encuentren bajo efectos de drogas sedativas, se considerará el Glasgow inmediatamente previo a la instauración del coma farmacológico.

Datos necesarios para cargar en el sistema

Nombre y Apellido

Fecha de detección

Número de documento

Fecha de nacimiento

Edad

Valor del Glasgow 7

Causa del coma (en caso de TEC, se requiere la causa)

Es importante que el seguimiento de pacientes neurocríticos con Glasgow 7, se incorpore como un protocolo en las áreas de atención de críticos de los hospitales generadores de donantes como parte de la incorporación de la actividad de procuración de órganos como prácticas habituales de los establecimientos sanitarios (Programa de Hospital Donante).

Reconocimiento internacional

El trabajo “Programa de Registro y Seguimiento de Glasgow 7: Epidemiología y Resultados en las Unidades de Terapia Intensiva Argentinas”, realizado por los coordinadores hospitalarios de todas las provincias argentinas, fue elegido como el mejor trabajo científico en investigación clínica en el 9º Congreso Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva y Cuidados Críticos de 2005, entre más de 650 realizaciones.

Ablación y Trasplante

La ablación es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza la extracción de los órganos y tejidos del cuerpo del fallecido. Esta cirugía se efectúa en el quirófano de la institución donde se haya producido el fallecimiento del donante, respetando las normas de asepsia propias de todo acto quirúrgico, tratando al cuerpo con consideración y respeto. Esta intervención es efectuada por los médicos especialistas en cirugía habilitados para tal fin, pertenecientes al INCUCAI, a los organismos jurisdiccionales de ablación e implante o a los equipos de trasplante de nuestro país.

Los órganos se colocan en recipientes de conservación a baja temperatura (4°C), en condiciones de esterilidad y con líquidos de preservación que mantienen su viabilidad.

El tiempo de preservación en estas condiciones desde la ablación hasta el trasplante en el receptor, denominado de isquemia fría, es variable y depende del órgano conservado, en general debe ser menor a 20 horas. En cuanto a los tejidos, las córneas se conservan hasta el momento del trasplante en soluciones de preservación en frío en los bancos correspondientes, durante un tiempo óptimo inferior a los 10 días. Los huesos, válvulas cardíacas y piel son criopreservados en medio estéril en bancos hasta que son requeridos.

Finalmente, se efectúa el trasplante en un centro habilitado para tal fin. La intervención es realizada por médicos especialistas en cirugía con formación adicional en trasplante que son habilitados para llevar a cabo esta práctica por el INCUCAI o el organismo jurisdiccional de ablación e implante correspondiente a la provincia en la que se desempeñan.

Distribución y Asignación

El proceso de distribución y asignación de órganos y tejidos comienza ante la existencia de un potencial donante en una unidad de terapia intensiva, una vez que se han cumplido los pasos operativos de certificación de muerte y entrevista familiar, y se ha determinado qué

órganos son viables para ser trasplantados. El sistema informático del INCUCAI, Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA), emite un listado de los posibles receptores en base a criterios pre-establecidos que tienen en cuenta la compatibilidad biológica y antropométrica, la regionalidad -región donde se procura-, la situación clínica y el tiempo transcurrido en esa situación.

Todo proceso de distribución está asociado a un proceso de donación y, por lo tanto, a un donante. La distribución tiene por objetivo asignar los órganos o tejidos del donante a los receptores más adecuados inscriptos en lista de espera, para que sean trasplantados. Por lo tanto, el ordenamiento numérico de las listas se establece en cada operativo de donación, una vez conocidas las características de compatibilidad entre el donante y receptor y el lugar del país donde se procura el órgano. El SINTRA utiliza los datos del posible donante y de todos los potenciales receptores inscriptos en las listas de espera, para evaluarlos según el órgano a trasplantar. Como resultado, emite un listado de posibles receptores con un orden de prioridad asignado a cada uno. Previo a la ablación, se solicitan las listas de los órganos considerados viables por el equipo de procuración, a saber: intratorácica -compuesta por cardíaca, pulmonar y cardiopulmonar-, hepática, intestinal y renopancreática. La lista renal se emite en una etapa posterior. En base a ellas, el INCUCAI o el organismo jurisdiccional comienzan la distribución. Se contacta a los equipos a cargo de los potenciales receptores para informar las características del donante: edad, sexo, causa de muerte, grupo sanguíneo, antropometría (talla, peso, perímetro abdominal a nivel umbilical, perímetro torácico, largo esternal, distancia entre las crestas ilíacas, distancia xifopubiana y distancia abdominal antero posterior), antecedentes patológicos, estado hemodinámico y valores de laboratorio.

Con los datos disponibles, el equipo de trasplante de cada órgano evalúa si el donante es apto para el paciente que ha quedado primero en la lista y puede aceptarlo o rechazarlo. Si lo rechaza, debe aclarar el alcance -para ese potencial receptor o para todos los receptores de la lista que se encuentren inscriptos por el equipo- y el motivo -si es a causa del receptor o del donante- argumentos que quedan registrados en el SINTRA para su posterior confirmación por escrito. En caso de que sea rechazado para el primer paciente de la lista, el órgano se ofrece al equipo del siguiente potencial receptor de acuerdo al orden de prioridades. Y continúa en ese sentido hasta que sea aceptado por alguno de ellos o hasta agotar la lista.

Una vez aceptados los órganos, se acuerda la hora de ablación. Se tienen en cuenta los aspectos logísticos, ya que el donante puede estar en una provincia y los receptores con sus respectivos equipos de trasplante en provincias diferentes. Por ejemplo, donante en Chaco, receptor cardíaco en Córdoba, hepático en Mendoza, pulmonar en Buenos Aires, etc.

Una vez completado el diagnóstico de muerte, los estudios de serología y las distribuciones de los órganos y tejidos viables, se procede a la ablación en un acto en conjunto de todos los equipos de ablación intervinientes, que según las técnicas quirúrgicas correspondientes

se retiran en un orden determinado y se dirigen hacia sus centros a realizar los implantes en aquellos receptores adjudicados.

Asimismo, en este período se realizan los exámenes de laboratorio que incluyen la tipificación del donante, esto es el HLA, estudio que determina las moléculas presentes en las células del organismo que intervienen en los procesos de rechazo de órganos trasplantados.

Este parámetro es utilizado como criterio de selección para ordenar la lista de potenciales receptores renales.

Entonces, el INCUCAI u organismo jurisdiccional se pone en contacto con los profesionales responsables y les informa acerca del donante, incluyendo en este caso las características macroscópicas (medidas, número de arterias y venas), y de ser necesario microscópicas (biopsia), de los riñones.

Al igual que para los otros órganos, los profesionales pueden aceptarlos o no. Si asienten, deben enviar a los receptores al laboratorio de histocompatibilidad a realizarse un Cross match contra donante, estudio pre-trasplante que enfrenta linfocitos del donante con suero del potencial receptor y determina si el trasplante puede realizarse. Para esta prueba se cita a varios pacientes debido a los posibles resultados que contraindiquen el trasplante. Los riñones se asignan a los dos primeros pacientes con resultado negativo. Un Cross-match negativo indica el receptor no posee anticuerpos contra los antígenos de histocompatibilidad del donante que por lo tanto el trasplante puede ser efectuado.

En paralelo, el organismo responsable de la distribución toma contacto con los bancos de tejidos para informar las características del donante, confirmar su aceptación y acordar el horario de la ablación. En el caso de las córneas, la distribución se realiza luego de la ablación de los globos oculares, evaluación del tejido con lámpara de hendidura y procesamiento, con listas de potenciales receptores con las mismas características que las anteriores. Las válvulas cardíacas, la piel y los elementos del sistema osteoarticular son ablacionados, procesados y conservados en bancos a bajas temperaturas hasta que sean requeridos por los equipos habilitados.

Criterios generales para la distribución y asignación

Los criterios de distribución están regulados por resoluciones específicas para cada tipo de órgano y tejido que garantizan una asignación equitativa. Estas normas que aplican en todo el territorio nacional son el resultante de sucesivos análisis de la literatura teórica así como de la experiencia previa, de cuyo análisis participan junto al INCUCAI, las comisiones asesoras formadas por profesionales de los equipos de trasplante, las sociedades científicas, el Comité de Bioética institucional y la Comisión Federal de Trasplante. Las listas de distribución son confeccionadas por el INCUCAI a través de su sistema informático. El SINTRA utiliza los datos del posible donante y de todos los potenciales receptores inscriptos en las listas de espera para evaluarlos aplicando los criterios específicos para cada órgano o tejido. Como resultado, emite un listado de posibles receptores con un orden de prioridad asignado a cada

uno. Para cada nuevo proceso de donación, se crean nuevas listas, actualizadas al momento de la distribución

Intervención Judicial

La intervención judicial no es un requisito indispensable en el proceso de procuración de órganos y tejidos. Únicamente es imprescindible para aquellos donantes cuya causa de muerte es violenta, traumática o dudosa. En estas circunstancias, la intervención judicial es obligatoria; por lo tanto, luego de la entrevista con la familia y testimonio de última voluntad del fallecido o donación para los menores de edad, se debe requerir la autorización final al juez interviniente en el caso.

Esta instancia tiene como objetivo permitir la ablación de los órganos que no interfieran en la investigación, o negarla si perjudica el resultado de la autopsia y la correspondiente averiguación acerca de las circunstancias de la muerte. Habitualmente, el juez envía al médico forense o de policía para que le informe si la ablación obstaculiza las actuaciones sobre el causal de fallecimiento. No hay otro motivo que habilite a un magistrado a negar la autorización a la ablación, y esta decisión debe estar explícitamente justificada.

Una vez certificada la muerte del paciente, y en caso de operativo de procuración, personal del organismo jurisdiccional de ablación e implante tramita la autorización judicial a fin de ablaciones los órganos y tejidos que hayan resultado ilesos y aptos para implante. En esta situación, el juez puede requerir que un médico forense presencie la ablación y certifique que los órganos y tejidos que se extraigan no interfieran en el resultado de la autopsia posterior. Una vez finalizada la distribución y el implante de los órganos en los receptores, se informa su destino al juez.

El Proceso de Comunicación - Donación

Se inicia luego de certificar y comunicar, el fallecimiento de una persona que no tiene contraindicaciones médicas ni legales para ser donante de órganos y/o tejidos. Tiene como objetivo fundamental, brindar el apoyo necesario a la familia para que inicien el proceso de duelo, informando detalladamente y comunicando en forma eficaz, en el marco de la relación de ayuda, cuál es la situación de la persona fallecida, para lo cual, previamente, el profesional que realiza la comunicación debe corroborar en los registros nacionales y/o DNI del fallecido, si se había expresado como donante, ya sea en forma afirmativa o negativa. Si no existe expresión de voluntad con respecto a la donación, surgirá de la familia, cual era la última voluntad manifestada por el fallecido, y en caso de ausencia de manifestación se lo considerará un donante presunto, de acuerdo al artículo 19 bis de la Ley 24.193.

A continuación, se procede a comunicarle a la familia cualquiera sea la situación: expresión afirmativa, expresión negativa o ausencia de manifestación. De esta manera, se deslinda de responsabilidad a la familia de tomar la decisión de donar.

En caso de menores de 18 años de edad, son ambos padres quienes deben tomar la decisión de donar, trabajando siempre en el marco de la relación de ayuda, para lograr la empatía necesaria.

Los profesionales del sistema sanitario, que realizan esta delicada tarea poseen no sólo especial vocación y aptitudes personales, sino también un entrenamiento específico y continuo, que les permite alcanzar los conocimientos técnicos, habilidades, capacidades y destrezas necesarias para llevar a cabo dicha comunicación de manera efectiva, centrándose principalmente en las necesidades inmediatas de los miembros de la familia del potencial donante, para que puedan asimilar la situación y recuperar la confianza en si mismas e iniciar el duelo correspondiente de la manera mas fisiológica posible, recuperando así, las capacidades afectadas por la noticia de la perdida de su ser querido y acompañar en el proceso de la mejor manera posible.

Siempre se contempla el tiempo necesario para permitir que puedan asimilar la situación, ayudando a incorporar palabras que nombren sus estados afectivos. Es esencial que antes de la comunicación referente a la donación de órganos y tejidos o formular la solicitud de donación a los padres de los menores de edad, los familiares sepan y hayan comprendido cabalmente que su ser querido ha muerto.

Una vez finalizado el proceso, se realiza la entrevista de cierre y se acuerda con la familia el próximo contacto con la institución. En algunos casos, una carta de agradecimiento con edad y sexo de los receptores; en otros, un seguimiento personalizado con entrevistas posteriores. En oportunidades, un llamado telefónico a la familia informando el destino de los órganos donados es recibido como signo de interés y dedicación. En todas las ocasiones, los profesionales se constituyen en referentes para las familias de donantes, a quienes pueden recurrir de ser necesario. Algunas instituciones han iniciado programas de seguimiento de familias donantes atento a la demanda generada en el acto de donar.

Consentimiento Presunto: Estrategias de Intervención

Tratamiento del Donante

El tratamiento del donante, que se inicia a partir del diagnóstico clínico de muerte, consiste en el sostén artificial de las funciones del organismo con el objetivo fundamental de mantener la perfusión y adecuada oxigenación de los órganos cadavéricos para un futuro trasplante exitoso

En el donante a corazón batiente (o cadavérico), las funciones homeostáticas se van deteriorando en forma progresiva y acelerada, evolucionando indefectiblemente a la parada cardíaca en pocas horas, si no se toman las medidas necesarias para que esto no ocurra. Por este motivo, la posibilidad del trasplante depende del efectivo tratamiento de los órganos que se han seleccionado para ofrecer a la lista de espera.

El INCUCAI posee un Manual de Selección y Mantenimiento que establece los pasos metodológicos necesarios para el correcto tratamiento del donante.

Más información en:

INCUCAI (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante)

<http://www.incucai.gov.ar/index.php/component/content/category/12-profesionales#programa-nacional-de-atención-integrada-del-paciente-crítico-y-potencial-donante>

Ramsay 2250 - C1428BAJ - CABA - República Argentina

(54 11) 4788.8300 - Línea gratuita: 0800.555.4628

Registro de CPH y SINTRA

Ramón Carrillo 489 - C1275AHI - CABA - República Argentina

(54 11) 4304.2038/3852/4059/7239
