

POSIBILIDADES DE DONACIÓN EN ASISTOLIA EN EL HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ DE JOINVILLE/SC (BRASIL).

Tesina

*CURSO MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE
DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CELULAS – 12ª edición.*

Alumno: Enf^º MSc. Ivonei Bittencourt (Hospital Municipal San José – Joinville/SC, Brasil).

Tutor: Dr. Juan Bautista Galán Torres (Hospital Universitari i Politècnic La Fe – Valencia, España).



Valencia – 2016.

1. INTRODUCCIÓN

Los trasplantes de órganos y tejidos son considerados una terapéutica eficaz en diversas patologías crónicas y producen un aumento en cantidad y calidad de vida. En Brasil, el primer trasplante con donante cadáver fue un trasplante de riñón y se realizó en 1964 en Río de Janeiro. Desde entonces crecientes avances impulsaron este tratamiento: implementación de nuevas técnicas quirúrgicas, desarrollo de drogas inmunosupresoras, soluciones de preservación más eficaces y mejora en la terapia intensiva ⁽¹⁾.

A pesar del aumento considerable en el número de trasplantes realizados mundialmente, la diferencia entre el número de pacientes en lista de espera y el número de trasplantes realizados crece de año en año. La falta de donantes es el principal factor limitador para realizar más trasplantes. La donación tras parada cardiocirculatoria se ha convertido en un complemento para la donación en muerte encefálica pretendiendo atenuar la falta de órganos para trasplante. Esta estrategia de donación fue utilizada antes del establecimiento del concepto de muerte encefálica a finales de la década de los 60 del siglo pasado. Actualmente el número de trasplantes realizados con órganos procedentes de donantes en muerte circulatoria ha aumentado considerablemente en grandes centros de trasplantes europeos y norteamericanos y los resultados obtenidos con estos donantes han sido a corto, medio y largo plazo semejantes, incluso mejores, que los obtenidos con donantes en muerte encefálica ⁽²⁾.

La donación de órganos tras determinación de la muerte por criterios cardiocirculatorios, comúnmente conocida como donación en asistolia (DEA)

tiene por objeto la obtención de órganos validos para trasplante de personas que fallecen tras una parada cardiorrespiratoria irrecuperable.

Son necesarios dos puntos críticos para desarrollar estos programas⁽²⁾:

1. Legislación adecuada que permita su puesta en marcha;

2. Protocolos de actuación que establezcan la forma de llevar a cabo el diagnóstico de la muerte por criterios cardiocirculatorios, como la propia obtención de órganos.

Los donantes en asistolia se clasifican en 4 tipos siguiendo la clasificación de Maastricht modificada (Madrid 2011)⁽³⁾:

Figura 1: Clasificación de MAASTRICHT modificada:

DONACIÓN EN ASISTOLIA NO CONTROLADA	I	Fallecido fuera del hospital	Incluye víctimas de una muerte súbita, traumática o no, acontecida fuera del hospital que, por razones obvias, no son resucitadas.
	II	Resucitación infructuosa	Incluye pacientes que sufren una parada cardiaca y son sometidos a maniobras de reanimación que resultan no exitosas. En esta categoría se diferencian dos subcategorías: II.a. Extrahospitalaria La parada cardiaca ocurre en el ámbito extrahospitalario y es atendida por el servicio de emergencias extrahospitalario, quien traslada al paciente al hospital con maniobras de cardio-compresión y soporte ventilatorio. II.b. Intrahospitalaria La parada cardiaca ocurre en el ámbito intrahospitalario, siendo presenciada por el personal sanitario, con inicio inmediato de maniobras de reanimación.

DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA	III	A la espera del paro cardíaco	Incluye pacientes a los que se aplica limitación del tratamiento de soporte vital* tras el acuerdo entre el equipo sanitario y éste con los familiares o representantes del enfermo.
	IV	Paro cardíaco en muerte encefálica	Incluye pacientes que sufren una parada cardíaca mientras se establece el diagnóstico de muerte encefálica o después de haber establecido dicho diagnóstico, pero antes de que sean llevados a quirófano. Es probable que primero se trate de restablecer la actividad cardíaca pero, cuando no se consigue, puede modificarse el proceso al de donación en asistolia.

**Incluye la retirada de cualquier tipo de asistencia ventricular o circulatoria (incluyendo ECMO)*

FUENTE: Organización Nacional de Trasplante, 2012.

1.1. SITUACIÓN EN BRASIL

La legislación brasileña sobre extracción de órganos, tejidos y partes del cuerpo humano con fines de trasplantes y tratamiento y de otras providencias (Lei nº 9434 de 4 de febrero de 1997) establece en su artículo 3 la retirada postmortem de órganos, tejidos o partes del cuerpo humano deberá ser precedida del diagnóstico de ME⁽⁴⁾.

El Conselho Federal de Medicina (CFM) do Brasil en su resolución nº1805/06 resuelve que esta permitido al médico limitar o suspender procedimientos y tratamientos que prolonguen la vida del paciente en fase terminal de enfermedad grave e incurable, respetando la voluntad de la persona o su representante legal⁽⁵⁾.

El mismo Consejo en su resolución nº1931/09 referente al Código de Ética Médica, en su artículo 41 establece que esta vetado al médico abreviar la vida del paciente incluso a petición propia o de su representante legal y en los casos de enfermedad incurable o terminal el médico debe ofrecer todos los cuidados paliativos disponibles sin emprender acciones diagnósticas o

terapéuticas inútiles u obstinadas, teniendo siempre en consideración la voluntad expresa del paciente o en caso que esta sea imposible de conocer, la de su representante legal⁽⁶⁾.

Las Directrices Básicas para Detección y Obtención de Múltiples Órganos y Tejidos del 2009 de la Asociación Brasileña de Trasplantes de Órganos (ABTO), en su capítulo 9 establece con claridad como es la situación actual del país respecto a la DEA de acuerdo con la legislación de la Republica de Brasil, así como los puntos claves pendientes de resolución, dejando abierta la posibilidad de DEA solamente en la categoría IV de la clasificación de Maastricht⁽⁷⁾.

Así pues en Brasil sus normas legales impiden en este momento llevar a la práctica protocolos de donación en asistolia similares a los establecidos en otros países europeos o americanos, no obstante el CFM establece con claridad que la Limitación de Tratamiento de Soporte Vital (LTSV) es una práctica recomendable y a la que tienen derecho los pacientes en situación terminal.

Nada sugiere que la evolución de la donación de órganos en Brasil lleve un camino diferente a lo ocurrido en el resto de países, y si bien la situación dista mucho de ser igual en todos los estados de la republica, con grandes diferencias en cuanto a la cifra de donantes por millón de población (pmp) en ME, parece razonable pensar que en aquellos estados con programas de donación más desarrollados se inicien trabajos para sentar las bases de programas de DEA cuando sea posible. En el Registro Brasileiro de Trasplantes 2015 (RBT) publicado por la ABTO hay unos datos muy

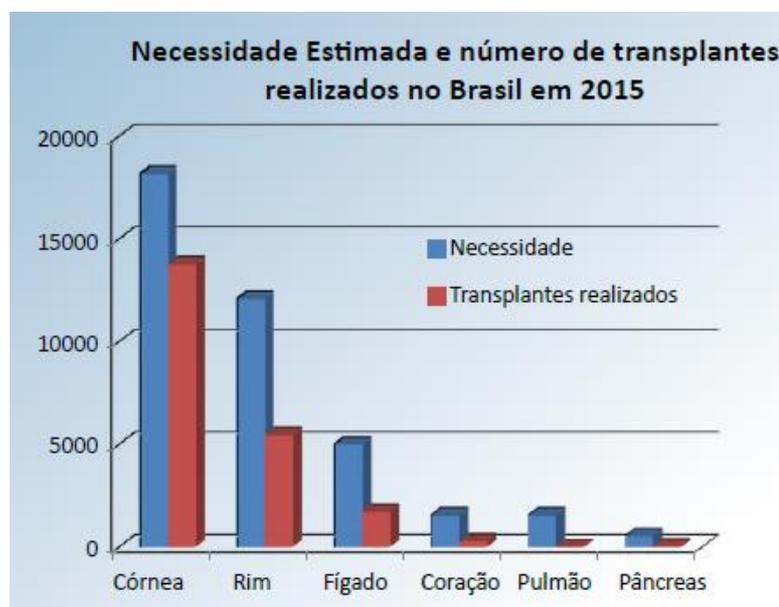
significativos que evidencian que a pesar de tener un programa de trasplantes bien desarrollado y ser el segundo país en número absoluto de trasplantes renales y hepáticos entre los 30 con mejores indicadores (2014), Brasil no es autosuficiente para atender el número de pacientes en lista de espera de trasplante y las estadísticas nos llevan a concluir que no llegaremos en 2017 a la tasa prevista en 2007 (20 d/pmp) considerando la tasa actual de 2015 de 14,1 d/pmp. Según lo RBT, en 2015 morirán en Brasil 2.333 personas esperando un órgano para trasplante ⁽⁸⁾.

Con relación al trasplante renal, que tiene la mayor lista de espera de órgano sólido, hay en Brasil 19.440 pacientes en lista (96 pmp), 253 de ellos en SC, (en este estado en 2015 ingresaron en lista 280 pacientes, 23 de los cuales fallecieron esperando un trasplante). Como hay en torno de 110.000 pacientes en tratamiento en diálisis en Brasil y cerca del 35% tienen indicación de trasplante, el número de pacientes en lista debería ser el doble (38.500, 190 pmp). Menos del 25 % de pacientes que necesitan un trasplante están en lista. Además de ser el tratamiento más eficaz para estos pacientes, a largo plazo trasplantar es más económico para el Sistema de Salud que dializar.

El RBT⁽⁸⁾ nos aporta una relación de la necesidad estimada de trasplantes en el país y el número de trasplantes realizados en el último año:

Figura 2: Necesidad estimada de trasplantes en Brasil en 2015:

DADOS BRASILEIROS							
		Necessidade anual estimada e nº de transplantes					
		Córnea	Rim	Fígado	Coração	Pulmão	
População atual	202.768.562						
Extensão territorial(Km ²)	8.514.876,60						
		Necessidade estimada	18.249	12.166	5.069	1.622	1.622
		Transplantes realizados	13.861	5.549	1.805	353	73



FUENTE: Registro Brasileiro de Transplantes, 2015.

Podemos observar que no se consigue cubrir ni la mitad de las necesidades de trasplante de órgano sólido del país.

1.2. SITUACIÓN DE LA DONACIÓN EN EL ESTADO DE SANTA CATARINA

Según los datos del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), el estado tiene una población de 6.248.436 habitantes (2010), con una población estimada de 6.819.190 en 2015 y una densidad poblacional de 65,27 hab/km², distribuidos en 95.733,978 km² y con 295 municipios. La población de Santa Catarina (SC) está formada por más de cincuenta etnias, siendo

predominantes los descendientes de europeos (87%): portugueses, alemanes, italianos y, en menor medida, eslavos (polacos)⁽⁹⁾.

Una investigación realizada por el IBGE en 2013 demuestra que en el estado la proporción de personas de 18 o más años que ingresan en los hospitales por un periodo de 24 h o superior en los últimos doce meses fue del 5,7%. El programa de Estrategia de Saude da Familia (atención primaria) pone en evidencia que el 74% de los domicilios están atendidos por el sistema de atención primaria, el 26,25% de los catarinenses poseen algún plan de salud médico-odontológico y en cuanto a la prevalencia de determinadas enfermedades, el 21,8% de la población esta diagnóstica de hipertensión arterial, el 3,9% de alguna forma de cáncer, el 2,6% de insuficiencia renal crónica y el 0,9% ha sufrido algún tipo de accidente cerebro-vascular. SC tiene 242 hospitales - 42 públicos y 200 privados y de estos, 156 atienden pacientes del Sistema Público de Salud (SUS) y privados. Dotados en su conjunto con 96 tomógrafos, 77 electroencefalógrafos y 458 equipos de hemodiálisis ⁽⁹⁾.

Según el IBGE ⁽⁹⁾, las principales áreas metropolitanas del estado para el año 2007 son:

-Joinville: 1.040.933 hab.

-Florianópolis: 940.339 hab.

-Blumenau: 617.547 hab.

-Itajaí: 465.225 hab.

-Criciúma: 318.027 hab.

Figura 3: Localización geográfica del SC.



FUENTE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007.

Las estadísticas publicadas por la Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) de SC⁽⁴⁾ se recogen en el Anexo I y evidencian que los 4 hospitales con mayor donación (Hospital Municipal São José de Joinville, Hospital São José de Jaraguá do Sul, Hospital Santa Isabel de Blumenau y el Hospital Celso Ramos de Florianópolis) fueron responsables por 92 donantes efectivos (53,48%), localizándose el otro 46,52% en los otros 35 hospitales autorizados para la donación.

Entre las causas de pérdidas en potenciales donantes (en %) en ME tenemos ⁽⁴⁾:

Tabla 1: CAUSAS DE PÉRDIDAS EN LOS POTENCIALES DONANTES

PERDIDAS	2014	2015
NEG. FAMILIAR	29%	30%
C. CLÍNICA	12%	14%
OTRAS PERDIDAS	4%	5%
PCR	13%	11%
TOTAL	58%	59%

FUENTE: Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos de SC, 2015

Siendo el estado que presenta los mejores indicadores de donación de órganos de Brasil durante varios años consecutivos y analizando los últimos cinco años podemos observar el aumento progresivo del número de notificaciones, no obstante, las estadísticas de la CNCDO⁽⁴⁾ del estado muestran que las donaciones efectivas no son suficientes para suprimir la lista de espera estatal para trasplante de órganos, según vemos en la tabla 2:

Tabla 2: Notificaciones y Transplantes realizados en SC:

	2011	2012	2013	2014	2015
Lista de espera:	Rim: 355	Rim: 435	Rim: 400	Rim: 361	Rim: 321
	Fígado: 147	Fígado: 106	Fígado: 85	Fígado: 48	Fígado: 85
Notificações:	384	386	416	469	498
Transplantes realizados:	Rim*: 220	Rim*: 207	Rim*: 227	Rim*: 260	Rim*: 214
	Rim**: 52	Rim**: 40	Rim**: 42	Rim**: 33	Rim**: 26
	R/P: 9	R/P:5	R/P:12	R/P:5	R/P: 9
	Fígado***: 107	Fígado*: 112	Fígado*: 116	Fígado*: 113	Fígado*: 106

FUENTE: Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos de SC, 2015.

*Rim de doador falecido, **Rim de doador vivo, ***Fígado de doador falecido, R/P: Rim/Pâncreas.

De las notificaciones realizadas por las Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), menos de la mitad se convierten en donación efectiva por diversas causas como hemos visto en la tabla 1.

Una pequeña parte de los de los órganos generados en SC son enviados a otros estados para atender las urgencias de trasplante (urgencia "0"), lo que también contribuye a disminuir la oferta de órganos para trasplante en el estado, además la posición de liderazgo en la donación alcanzada por el estado ha llevado a que muchos pacientes fijen su residencia para ingresar en la lista del SC. Aproximadamente el 40 % de los pacientes que llegan a alguno

de los equipos de trasplantes provienen de otros estados (36 de 108 trasplantados)⁽¹⁰⁾.

Con la disminución de los accidentes de tráfico debido a las rigurosas leyes de circulación, la disminución de los accidentes laborales por la aplicación de la legislación de seguridad en el trabajo y el uso obligatorio del Equipamiento de Protección Individual (EPI) y el avance en el tratamiento del paciente neurocrítico, existe una tendencia a la disminución de los casos de ME y consecuentemente de donantes fallecidos, como ocurre en muchos países de Europa.

Como se constata por los datos, la capacidad de mejora en la donación en ME en el estado de SC es evidente, si consideramos los resultados de España como el “gold standard” de la donación y en base a las cifras que publica la Memoria del Programa de Garantía de Calidad en la Donación (1998 - 2013)⁽¹¹⁾ en España para la totalidad de los hospitales nacionales la tasa de negativa familiar es del 12,9%, las contraindicaciones clínicas son del 24,8%, las pérdidas en el mantenimiento son del 2,9% y se detectan un 5,7% de pérdidas por otras causas. Bien, si trasladáramos estas cifras al estado de SC en el año 2015 sus negativas familiares pasarían de 150 a 64; sus contraindicaciones de 69 a 123, sus pérdidas en el mantenimiento de 52 a 14 y por otras causas de pérdidas de 24 pasarían a 28, con lo cual su cifra de donantes reales hubiera pasado de 203 a 269, suponiendo que este aumento de donantes significara 66 hígados más y 132 riñones más, seguirían siendo insuficientes para asumir la totalidad de la lista de espera de ambos órganos, aún quedarían sin trasplantar 19 pacientes de hígado y 189 de riñón, es decir

resulta evidente que no parece superfluo, incluso hoy en día plantearse la búsqueda de nuevas formas de donación.

Por lo tanto dado el desarrollo del programa de donación de órganos y tejidos en ME en el estado brasileño de SC, parece razonable estudiar que posibilidades existirían de implementar programas de donación en asistolia tipo III, sobre todo porque según los datos publicados en el RBT también se pone de manifiesto la insuficiencia de los trasplantes realizados en el estado de SC:

Figura 4: Necesidad estimada de trasplantes en SC en 2015:

SANTA CATARINA							
		Necessidade anual estimada e nº de transplantes	Córnea	Rim	Fígado	Coração	Pulmão
População atual	6.727.148 (3,3%)						
Florianópolis	461.524	Necessidade estimada	605	404	168	54	54
Extensão territorial (Km ²)	95.346,18	Transplantes realizados	688	241	106	2	0

FUENTE: Registro Brasileiro de Transplantes, 2015.

1.3 SITUACIÓN DE LA DONACIÓN EN EL HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSÉ

El Hospital Municipal Sao José (HMSJ) de Joinville/SC, situado en el centro de la ciudad, con administración pública municipal, cuenta con 167 camas de unidades asistenciales, 43 camas de reserva en Urgencias, 14 camas de UCI (8 en UCI General y 6 en UCI Neuroquirúrgica) y 5 camas en el Centro de Quemados. En Urgencias se atienden una media de 3.171 ptes/mes y el Centro de Especialidades Ambulatorio atiende a una media de 7.159 ptes/mes. Es hospital de referencia en Traumatología y Ortopedia, Neurocirugía, Oncología y Quemados y esta autorizado para trasplantes de riñón, hígado, córneas y tejido músculo-esquelético⁽¹²⁾.

Fundado el 4 de junio de 1906 con el nombre de Hospital de Caridade, hoy está considerado como una de las mayores unidades públicas de salud del estado con 15.300 m² y a pesar de ser de titularidad municipal atiende a una población de más de un millón de habitantes de toda la región norte del estado de SC, cuenta 1.120 profesionales, 180 de ellos médicos. Impulsó la elaboración junto al Ministerio da Saúde de protocolos para procedimientos neurológicos utilizados en unidades hospitalarias de todo el país⁽¹²⁾.

La CIHDOTT del hospital esta compuesta por 1 médico y 5 enfermeros y cubre las 24h al día de los 7 días de la semana en guardia localizada⁽¹²⁾. En el año 2015, la Comisión realizo 54 notificaciones de ME, generando 23 donaciones multiorgánicas (43%). Los puntos de mejora estarían en disminuir la cifra de negativa familiar (31%) y reducir la cifra de Parada cardiorrespiratoria (PCR) durante el proceso de mantenimiento-diagnóstico de ME (9%)⁽⁴⁾. Para la realización de la prueba instrumental (obligatoria en la legislación brasileña) cuenta con arteriografía cerebral de 4 vasos, doppler transcraneal y electroencefalografía⁽¹²⁾.

Analizando los datos publicados por la CNCDO de SC, en el año 2015 la lista de espera del estado se incremento en 57 pacientes para hígado (aumento del 203%) y 44 para riñón (aumento del 16%)⁽⁴⁾. En la tabla 3 vemos los datos comparativos del HMSJ, el estado de SC y el resto del país, respecto a actividad de donación y trasplante.

Tabla 3: DATOS COMPARATIVOS ENTRE BRASIL, SC Y HMSJ:

PARAMETRO	BRASIL	S. CATARINA	H.M. SAO JOSE
NOTIFICACIONES	9698	498	54
DONANTES	2854 (29,4%)	203 (40,7%)	23 (42,6%)
N. FAM.	27%	31%	30%
PCR	12%	10%	9%
T. HIGADO	1805	106	4
T. RENAL	5549	214	66
T. R-PAN.	119	9	0

?: Sobre el total de notificaciones.

FUENTE: Registro Brasileiro de Transplantes y CNCDO, 2015.

2. OBJETIVOS DE LA TESINA

El objetivo de la tesina es evaluar en el Hospital Municipal Sao José de Joinville/SC (HMSJ) la realización de limitación del tratamiento de soporte vital en las dos UCI's para determinar el potencial de donación en asistolia tipo III, como estudio piloto para evaluar el resto de los hospitales del estado.

3. MATERIAL Y METODOS

Para llevar a cabo la evaluación adaptaremos la metodología del Programa de Garantía de Calidad (PGC) de la Organización Nacional de Trasplante (ONT)⁽¹³⁾, para evaluar de los pacientes que fallecen en la UCI del hospital, cuales sería susceptibles de ser donantes en asistolia, descartando los fallecidos por ME.

Se ha realizado un análisis retrospectivo mediante la revisión de la historia clínica de los fallecidos en la Unidad de Cuidados Intensivos en el periodo comprendido entre julio y diciembre del 2015. Se ha elaborado una

ficha de cada paciente en la que se recogen los datos que se reflejan en el anexo II.

Se pretende valorar el número de LTSV realizadas, el número de potenciales donantes y las contraindicaciones que pueden aparecer aplicando los criterios del Documento Nacional de Consenso de Donación en Asistolia⁽³⁾ de la ONT, es decir se consideran donantes potenciales los pacientes fallecidos tras LTSV, de edad menor de 65 años y sin contraindicaciones generales para la donación de órganos.

Adaptando la metodología del PGC, consideraremos que se ha realizado una LTSV en aquellos pacientes en los que en la historia clínica se exprese claramente esta idea, o bien en los que se deje constancia que no se inicia o se retira algún tipo de TSV (ventilación mecánica, terapia renal sustitutiva, drogas vasoactivas, etc.) o en aquellos casos en que exista constancia que se instaura una sedación de confort.

Se realizará un análisis estadístico descriptivo expresando los resultados de las variables cuantitativas en mediana y rango, y los de las cualitativas en número y porcentaje.

4. RESULTADOS

Durante el semestre estudiado, han fallecido 56 pacientes en las UCI's del HMSJ, 16 de ellos por ME, quedando solo 40 por Parada Cardiorrespiratoria (PCR) con una estancia de 7(1 – 30) días, una edad de

61(20 – 87) años, 21 (52,5%) son mujeres y el resto hombres, realizándose una LTSV en 10 de ellos (25%).

La tabla 4 muestra las características de los pacientes a los que se les LTSV y la forma de hacerlo. No consta que en ninguno de los casos se haya realizado una extubación terminal.

Tabla 4: PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA LTSV

PACIENTE	EST	DIAG. INGRESO	EDAD	SEXO	TIPO LTSV	C. CLÍNICA	DTE POTENCIAL
1	7	TCE	63	M	OFF TSV	NO	SI
2	13	HDA	59	F	NO TSV	SEPSIS	NO
3	22	ACVA	77	M	NO TSV	EDAD	NO
4	25	SEPSIS	79	M	OFF TSV	EDAD	NO
5	28	ACVA	59	M	OFF TSV	NO	SI
6	20	MIELOMA	75	F	NO TSV	NEOPLASIA	NO
7	30	EPOC	64	F	OFF TSV	NEOPLASIA	NO
8	5	MENINGITIS	53	M	NO TSV	NO	SI
9	5	EPOC	87	F	NO TSV	EDAD	NO
10	1	Ca RECTO	78	F	NO TSV	EDAD	NO

LEYENDA:

EST: Estancia. DIAG: Diagnóstico. LTSV: limitación tratamiento soporte vital. C: CLÍNICA: Contraindicación clínica. DTE: Donante. TCE: Traumatismo craneoencefálico. HDA: Hemorragia digestiva. ACVA: Accidente cerebrovascular agudo. EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Ca Recto: Carcinoma recto. OFF TSV: Retirada del tratamiento soporte vital. NO TSV: No inicio del tratamiento soporte vital

Hay 10 pacientes a los que se les limita el TSV, 50% hombres y 50% mujeres, con una edad de 69,5 (53 – 87) años y con una estancia 16,5 (1 – 28) días. Solo 3 de ellos son donantes potenciales, los otros 7 presentan una contraindicación clínica para la donación en asistolia: 4 edad > 65 años, 2 neoplasias y 1 sepsis.

Estos 3 donantes potenciales suponen un incremento potencial en solo 6 meses del 13,04% sobre los donantes detectados por el hospital en el año 2015. El paciente incluido como potencial donante con el diagnóstico de

meningitis requeriría una valoración más exhaustiva y quizá fuera contraindicado.

5. DISCUSIÓN

La medicina intensiva ha presentado un gran desarrollo en los últimos 20 años en todo el mundo y también en Brasil. Actualmente pacientes críticos agudos que evolucionarían a una muerte segura pueden ser mantenidos vivos mediante métodos artificiales. Aunque la Medicina Intensiva se dedique a diagnosticar, tratar y mantener pacientes en riesgo vital inminente pero potencialmente reversibles, algunos de ellos pueden evolucionar a un síndrome de disfunción multiorgánica y convertirse en pacientes terminales fuera ya de cualquier actitud terapéutica curativa. Este hecho crea un dilema para los intensivistas que se ven con frecuencia enfrentados al dilema de no iniciar o retirar tratamientos considerados fútiles. Diversos estudios realizados mundialmente demuestran la frecuencia cada vez mayor de limitaciones terapéuticas precediendo al fallecimiento en las UCI's ⁽¹⁴⁾.

Los mismos progresos tecnológicos ocurridos en las ciencias de la salud desde mediados del siglo pasado, que cambiaron la postura médica ante la muerte, también colocaron a los profesionales ante un impás ético y moral. Los profesionales tuvieron que definir en que circunstancias y en que momento los recursos terapéuticos deberían ser interrumpidos, es decir, aceptar que la muerte del paciente era inevitable.

Aunque la decisión de la limitación sea una responsabilidad médica, desde un punto de vista práctico, el acceso a la tecnología impone a los demás

profesionales sanitarios que actúan en las unidades de medicina intensiva una vivencia constante de estos dilemas éticos y morales, impregnando sus acciones asistenciales. Los profesionales de enfermería, que pasan más tiempo al lado del paciente y sus familiares relatan gran sufrimiento en estas circunstancias. Por las características propias del papel asistencial de la enfermería precisa compartir directamente el proceso de muerte en su rutina de trabajo ⁽¹⁵⁾.

En el I Fórum do Grupo de Estudos do Fim de Vida do Cone Sul, celebrado en Porto Alegre en mayo del 2009, las sociedades de medicina intensiva de Brasil (AMIB), Uruguay (SUMI) y Argentina (SATI) elaboran unas recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del paciente crítico terminal y sugieren las recomendaciones a seguir para el diagnóstico del paciente crítico terminal y para la toma de decisiones y conductas a seguir en estos pacientes (ver Anexo III) ⁽¹⁴⁾.

Las diferentes formas de morir que contemplamos hoy en día llevan a pacientes, familiares, profesionales e instituciones a cuestionamientos técnicos, éticos, sociales y legales que se están resolviendo en muchos países del mundo. Las UCIs actualmente son un escenario frecuente de la muerte de los pacientes lo cual hace necesario que se desarrolle una asistencia al final de la vida de alta calidad ⁽¹⁶⁾ y que se incluya la donación de órganos como una opción al final de la vida cuando se hayan agotado las opciones terapéuticas ⁽¹⁷⁾.

En Brasil, la LTSV es una práctica común en la UCI's. Hay un interés natural en analizar los indicadores médicos considerados en la LTSV, las

enfermedades prevalentes, el rango de edad de los pacientes, las disfunciones orgánicas más comunes y las actitudes médicas tomadas. Se sabe que la atención al paciente terminal representa una parte significativa de los costes hospitalarios así como una limitación de las camas disponibles en UCI, además es conocido que los conflictos en este campo han sido frecuentes y que la satisfacción de las familias está por debajo de lo que una medicina de calidad puede ofrecer, priorizando una buena comunicación, una relación centrada en la familia-paciente y permitiendo unos procesos más coste efectivos ⁽¹⁶⁾.

La irreversibilidad de un paciente es identificada cuando la evaluación global del mismo indica que la enfermedad no puede ser curada o controlada y que la muerte es inevitable a corto o medio plazo. A partir de este momento las intervenciones futuras solo van encaminadas a prolongar el proceso de morir, el tratamiento fútil debe ser evitado que solo provoca sufrimiento al paciente y a la familia, no ofrece al individuo una muerte digna y desvía recursos del sistema de salud. La LTSV supone la retirada o no instauración de medidas de soporte, o mantener las existentes sin incrementarlas hasta que ocurra el fallecimiento. Las decisiones al final de la vida competen al paciente, al equipo multidisciplinar y a la familia de forma compartida ⁽¹⁸⁾.

Una vez establecido el consenso medico sobre la irreversibilidad, la familia debe ser informada e invitada a participar en todos los pasos que se sigan hasta el final de la vida. Los cuidados al final de la vida de un paciente pasan por 4 etapas que deben seguirse por orden:

- Búsqueda del consenso en el equipo asistencial sobre la irreversibilidad del proceso;

- Comunicación a la familia. Esta debe realizarse en un lugar tranquilo y privado y debe estar presente el profesional más próximo a la familia. En los casos de muerte de niños estas situaciones adquieren una especial dificultad, ya que no suele aceptarse la decisión en un primer momento;

- En la tercera etapa se acuerdan con la familia la forma de realizar la LTSV, el régimen de visitas y el tratamiento de confort del paciente;

- En la cuarta etapa se aplican los acuerdos alcanzados entre familia y equipo médico.

El CFM emitió la resolución nº 1.805/06 que refuerza la responsabilidad del médico brasileño para, junto con la familia, crear un modelo de decisiones compartidas respecto a los cuidados al final de la vida ⁽¹⁹⁾.

A partir de la década de los 90 los cuidados al final de la vida comienzan a recibir más atención y discusiones sobre cuestiones éticas sobre este tema, como la obstinación terapéutica pasaron a ser frecuentes en el campo académico. El proceso de LTSV se contrapone a futilidad terapéutica, intentando evitar procesos de morir dolorosos. La LTSV comprende la orden de no reanimar (mantenimiento de todas las medidas hasta que la muerte ocurra por PCR), orden de retirada (suspensión de una o varias medidas que están prolongando el proceso de morir) y la orden de no oferta (no iniciación de medidas de soporte que pueden prolongar el proceso de morir de un individuo). Publicaciones recientes muestran el aumento de indicación de LTSV hasta en el 90 % de los ambientes de terapia intensiva y también es una realidad en estudios brasileños que más de la mitad de estos procesos corresponden a la orden de no reanimar. Los estudios en pediatría, menos frecuentes, pero ya

demuestran al igual que en las unidades de adultos. Alrededor de un 72% de los fallecimientos en estas unidades fueron precedidos de alguna medida de LTSV⁽¹⁹⁾.

El inicio de las discusiones, ya sea sobre el diagnóstico de irreversibilidad y futilidad terapéutica, ya sea sobre la decisión de cuidados al fin de la vida puede ser iniciado por cualquier miembro del equipo asistencial, así como por la familia o el propio paciente. En Gran Bretaña, en 1998, fue realizado un estudio con 22 niños que fallecieron, de los cuales, 17 lo hicieron después de una LTSV. En 15 casos la discusión fue iniciada por el intensivista, en 4 por la familia y en 3 por la enfermería. El 95 % de los pacientes de una UCI en situación terminal no están en condiciones de decidir, debiendo ser tomadas las decisiones a su favor por un sustituto que deberá considerar el mejor interés del paciente, pudiendo tomar la decisión en conjunto con el médico⁽¹⁸⁾.

En Brasil, el CFM⁽⁵⁾ reconoce el derecho del paciente terminal a tener una muerte digna y pacífica, publicando la Resolución nº1.805/06 en la cual resuelve que *está permitido al médico limitar o suspender procedimientos y tratamientos que prolonguen la vida del paciente en fase terminal en caso de enfermedad grave e incurable, respetando la voluntad de la persona o de su representante legal.*

Observamos que el primer paso para el incremento en las donaciones en una institución hospitalaria es desarrollar un PGC en Donación y Trasplantes, donde el gestor pueda tener un panorama de sus datos y gestionarlos, aplicando acciones de mejora y optimizando los indicadores. Es

imprescindible realizar auditorías⁽²⁰⁾ para saber, no solamente los donantes que se obtienen, sino para detectar las pérdidas o escapes de potenciales donantes y sus causas. En España, referente mundial en donación, se pasó de una tasa de 14,3 donantes pmp en 1989 a 39,4 pmp en 2015⁽²⁰⁾. Diversas estrategias se han implementado para operar este cambio, pero el Modelo de Gestión de Calidad de la ONT es, sin duda, uno de los responsables de la mejora del proceso. Por eso utilizamos una adaptación de esta metodología para realizar este estudio.

A pesar de que en Brasil existe legislación sobre LTSV (Resolución CFM nº1.805/06), vimos que tan solo un 25 % de los pacientes que fallecieron en el periodo de estudio lo hicieron después de una LTSV. La estancia media en la UCI de estos pacientes fue de 16,5 días, siendo la máxima de 28. La escasez de camas en las UCIs es una realidad en todas las regiones de Brasil, reconocida por la AMIB⁽²¹⁾.

Este problema puede ser minimizado con una política adecuada de LTSV mediante la confección de protocolos en las UCIs sustentados por la legislación e implantados con la adecuada formación y educación permanente que conducirá a una reducción de gastos en tratamientos fútiles, mas disponibilidad de camas para pacientes recuperables y lo más importante, una humanización de la asistencia evitando sufrimientos inútiles a pacientes y familiares.

En el corto periodo estudiado (6 meses) se han detectado 3 potenciales donantes. Lo que supone un incremento de un 13,04 % sobre los donantes del hospital, considerando que en un donante generalmente se extraen, como mínimo, hígado, riñones y córneas, esto supone 15 pacientes que salen de las

listas de espera de trasplante en un semestre, lo que supone un 2,35 % del total de pacientes en lista de espera del estado de SC en diciembre de 2015.

Considerando lo anterior, podemos concluir que es evidente que en el proceso de ME hay muchas opciones de mejora aumentando la detección de posibles donantes, reduciendo la tasa de negativa familiar, optimizando el diagnóstico y mantenimiento del donante, necesidad importante y real, sobre todo si consideramos que en 2015, 2.333 pacientes han fallecido en lista de espera, según los datos publicados por la ABTO. Pero también está claro que ni aun de esta manera se va a paliar el déficit de órganos del país, por lo tanto parece razonable asumir que existe la necesidad de revisar la legislación brasileña sobre donación de órganos (actualmente solo posible en casos de ME) ya que en este momento los donantes en ME son insuficientes para cubrir las necesidades del país y la aplicación de la LTSV, paso previo para implantar programas de donación en asistolia tipo III es una práctica clínica presente en las UCI's del país y recomendada por sus organizaciones médicas como ocurre en el resto de países del mundo.

Es evidente que ambos caminos pueden desarrollarse en paralelo, el inicio de programas de DEA en Brasil, no es una urgencia, ya que los cambios legislativos requieren un consenso que puede costar de conseguir, pero implantar un programa siguiendo el modelo español que se inició con hospitales piloto y tras mostrar su eficacia y aceptación por profesionales y pacientes se va implantado paulatinamente en todos los centros, siendo actualmente responsable del 17% de los donantes del país⁽²²⁾.

7. BIBLIOGRAFIA Y FUENTE DE DATOS

1. Dalben, GG; Caregnato, RCA. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. Texto Contexto Enferm (Florianópolis). 2010; 19(4): 728-35.
2. Garcia, DG; Pereira, JD; Garcia, VD. Doação e transplante de órgãos e tecidos. Segmento Farma editora (São Paulo). 2015; 113-115.
3. ONT (sede web)*. Madri: Organización Nacional de Trasplant; 2016 (acessado em 18 de fevereiro de 2016). Donación en Asistolia en España: Situación Actual y Recomendaciones. Disponível em: www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/DONACION%20EN%20ASISTOLIA%20EN%20ESPAÑA.%20SITUACIÓNACTUAL%20Y%20RECOMENDACIONES.pdf
4. SC Transplantes (sede web)*. Florianópolis: Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos; 2016 (acessado em 21 de fevereiro de 2015). Dados Doação e Transplante 2015. Disponível em: <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/images/banners/dezembro%202015%20corrigido.pdf>
5. Limitação do Suporte Vital pelo Médico na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis. Resolução CFM nº1805/06 de 28 de novembro. Publicada no Diário Oficial da União, Seção I, pg. 169 (28-11-06).
6. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº1931/09 de 24 de setembro. Publicada no Diário Oficial da União, Seção I, p. 90 (24-09-09).

7. Pereira, WA; Fernandes, RC; Soler, WV. Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos. Sao Paulo: ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2009; 1(1): 125-32.

8. ABTO (sede web)*. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos; 2016 (acessado em 22 de fevereiro de 2016). Registro Brasileiro de Transplantes 2015. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=561&c=1078&s=0&friendly=rbt-2015---janeirodezembro>

9. IBGE (sede web)* Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 (acessado em 9 de fevereiro de 2016). Sinopse do censo demográfico 2010 de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>

10. Pró-Rim (sede web)*. Joinville: Instituto Pró-Rim; 2015 (acessado em 15 de março de 2016). Pró-Rim realiza transplante de número 1.400. Disponível em: <http://www.prorim.org.br/site/noticias/novidade/i/940>

11. ONT (sede web)*. Madri: Organización Nacional de Trasplant; 2016 (acessado em 7 de março de 2016). Memoria del Programa de Garantía de Calidad (1998 – 2013). Disponível em: http://www.ont.es/infesp/DocumentosCalidad/memoria%20PGC_2013completa.pdf

12. Hospital São José (sede web)*. Joinville: Hospital Municipal São José; 2015 (acessado em 15 de fevereiro de 2016). Indicadores de atendimento. Disponível em: <http://www.hmsj.sc.gov.br/>

13. Cuende, N; Cañon, JF; Alonso, M; Miranda, B; Martin, C, Sagredo, E. Metodología del procedimiento de autoevaluación del programa de garantía de

calidad de la Organización Nacional de Trasplantes. Nefrología 2003; 13(S5): 32 – 41.

14. Moritz, RD; Lago, PM; Deicas, A; Nilson C; Machado, OFO; Piva, JP. et al. 1º Forum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI. Rev Bras Ter Intensiva (São Paulo). 2009; 21 (3): 306-9.

15. Nilson, C. A participacao do enfermeiro na limitacao do suporte de vida em pacientes internados em unidades de tratamento intensivo pediátrico de dois hospitais universitarios do sul do Brasil. (Dissertacao na internet)*. Porto Alegre: Pontificia Universidade Católica do RS; 2008 (acessado em 16 de fevereiro de 2016). Disponível em <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4681>

16. Othero, JCB. Atitudes médicas nas últimas 48 horas de vida de pacientes adultos internados em 3 unidades de tratamento intensivo no sul do Brasil. (Dissertacao na internet)*. Porto Alegre: Pontificia Universidade Católica do RS; 2008 (acessado em 17 de fevereiro de 2016). Disponível em <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4729>

17. Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. Recomendación Rec-RCIDT-2015(21) sobre el papel y formación de los profesionales sanitarios de cuidados críticos y urgencias en la donación de órganos de fallecidos. Newsletter (revista en internet)* 2015 noviembre. (Acessado em 15 de fevereiro de 2016); 11(1). Disponível em http://www.ont.es/publicaciones/Documents/NEWSLETTER_IBEROAMERICA_2015.pdf

18. Trotta, EA. Expressao de coercao em enfermeiros, médicos e técnicos em enfermagem que assistem pacientes pediátricos em situacao de limitacao de suporte de vida. (Tese na internet)*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012 (acessado em 14 de fevereiro de 2016). Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/53157>

19. Lago, PM; Garros, D; Piva, J. Participacao da familia no proceso decisorio de limitacao de suporte de vida: Paternalismo, Beneficencia e Omissão. Rev Bras Ter Intensiva (São Paulo). 2007; 19(3): 364-368.

20. Knish, NS; Rosa, BA; Schirmer, J; Ferraz, AS. Aplicação de instrumentos de qualidade em doação de órgãos e transplantes da Espanha validado em hospitais pilotos em Santa Catarina. J Bras Nefrol. 2015; 37(3): 323-332.

21. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (Sede web)*. São Paulo: AMIB; 2014 (acessado em 12 de fevereiro de 2016). Médicos não podem ser responsabilizados por falta de leitos em UTI. Juiz não é o profissional indicado para decidir quem deve ir para a unidade de terapia intensiva. Disponível em: <http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/medicos-nao-podem-ser-responsabilizados-por-falta-de-leitos-em-uti-juiz-nao-e-o-profissional-indicado-para-decidir-quem-deve-ir-para-a-unidade-de-terapia-intensiva/>

22. ONT (sede web)*. Madri: Organización Nacional de Trasplant; 2016 (acessado em 16 de março de 2016). Balance Actividad Donación y Trasplant 2015. Disponível em: http://www.ont.es/Documents/Balance_Actividad_2015.pdf

ANEXOS

ANEXO I

Estadísticas de donación y trasplantes del estado de Santa Catarina

1. Pacientes en lista de espera

Lista de Espera 2015

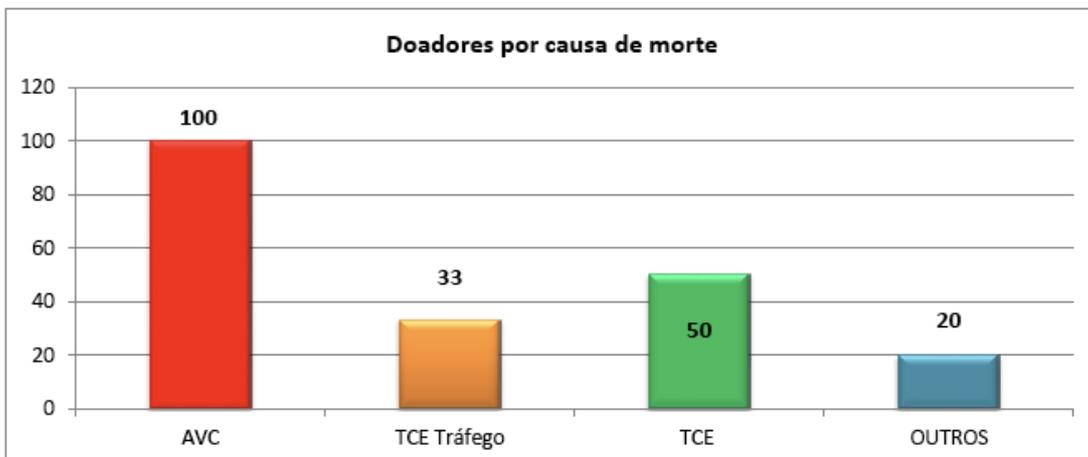
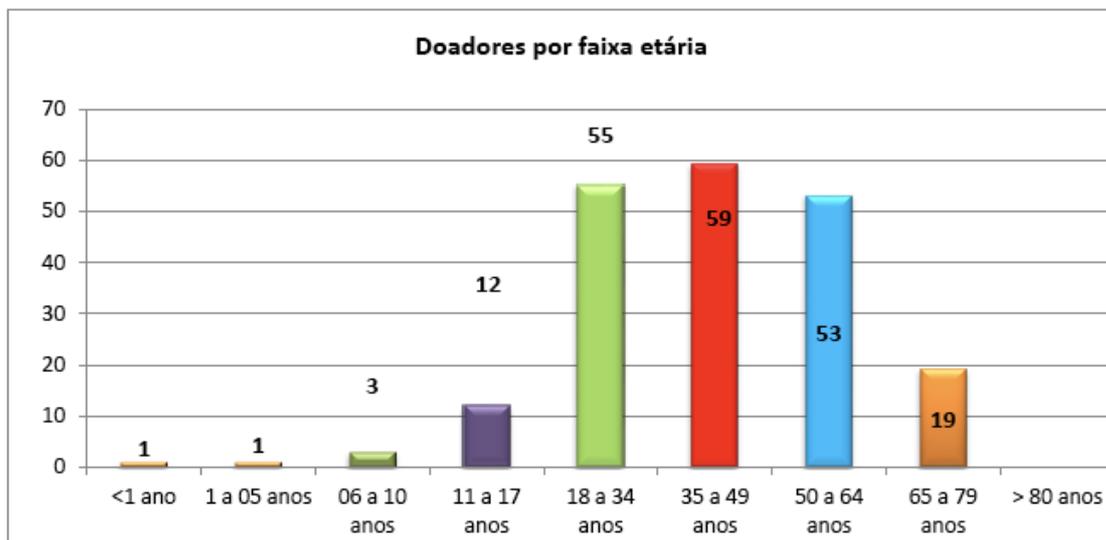
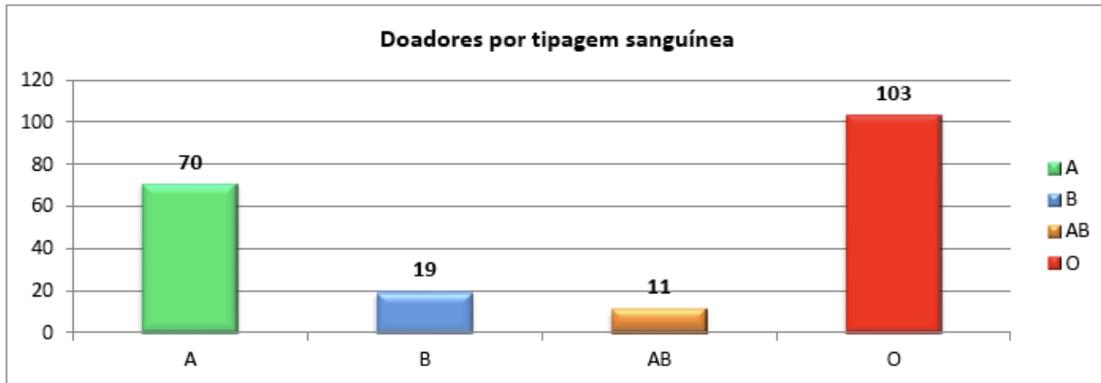
Órgão/Tecido	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Coração	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1
Córnea	188	224	292	195	186	229	196	182	160	120	110	127
Fígado	28	29	37	59	61	75	73	79	82	75	75	85
Osso	31	28	30	29	28	30	30	26	25	25	28	26
Medula Óssea	55	50	48	53	56	62	65	63	62	62	58	61
Rim/Pâncreas	16	16	18	18	17	16	15	15	15	14	14	15
Pâncreas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Rim	277	297	332	317	326	343	322	320	339	343	337	321
Total	597	645	758	673	676	757	703	687	685	641	624	637

2. Efectividad donación del estado

Notificações x Doações Efetivas de Órgãos (Pacientes em Morte Encefálica)

Mês	Notificações	Doações Efetivadas	Motivo da não doação						
			% Doação	Recusa da Família na Entrevista para Doação	% Recusa da Família na Entrevista para Doação	Contra Indicação Clínica	% Contra Indicação Clínica	Outros	% Outros
Janeiro	48	20	42%	17	35%	5	10%	6	13%
Fevereiro	44	15	34%	10	23%	9	20%	10	23%
Março	32	14	44%	10	31%	4	13%	4	13%
Abril	41	19	46%	14	34%	5	12%	3	7%
Maio	48	21	44%	14	29%	6	13%	7	15%
Junho	38	14	37%	9	24%	5	13%	10	26%
Julho	43	19	44%	12	28%	6	14%	6	14%
Agosto	35	14	40%	6	17%	9	26%	6	17%
Setembro	44	17	39%	13	30%	7	16%	7	16%
Outubro	46	19	41%	17	37%	3	7%	7	15%
Novembro	31	12	39%	13	42%	5	16%	1	3%
Dezembro	48	19	40%	15	31%	5	10%	9	19%
Total	498	203	41%	150	30%	69	14%	76	15%

3. Características epidemiológicas de los donantes



4. Distribuição por hospitais de los donantes

Notificação de Morte Encefálica x Doação de Múltiplos Órgãos por Estabelecimento em 2015

Estabelecimento/município	Notificações	Doações	% Doações x Notificações	Motivos da não efetivação da doação							
				Recusa	% Recusa x Notificações	PCR	% PCR x Notificações	Contra Indicação	% Cont Ind x Notificações	Outro	% Outro x notificação
Hospital e Mat. São José – Jaraguá do Sul	49	30	61%	14	29%			3	6%	2	4%
Hospital Santa Isabel – Blumenau	52	23	44%	10	19%	4	8%	13	25%	2	4%
Hospital Municipal São José – Joinville	54	23	43%	17	31%	5	9%	6	11%	3	6%
Hospital Gov. Celso Ramos – Florianópolis	39	16	41%	13	33%	5	13%	4	10%	1	3%
Hospital São José – Criciúma	34	17	50%	5	15%	4	12%	3	9%	5	15%
Hosp. e Mat. Marieta Konder Bomhusen – Itajaí	25	10	40%	10	40%	3	12%	2	8%		
Hospital Nossa Sra dos Prazeres – Lages	20	11	55%	6	30%			3	15%		
Hospital Nossa Sra da Conceição – Tubarão	20	6	30%	10	50%	1	5%	2	10%	1	5%
Hospital Lenoir Vargas Ferreira – Chapecó	28	9	32%	10	36%	5	18%	3	11%	1	4%
Hospital Maicê – Caçador	10	7	70%	3	30%						
Hospital Regional de São José – São José	21	9	43%	4	19%	2	10%	6	29%		
Hospital Regional Alto Vale – Rio do Sul	20	5	25%	7	35%	4	20%	4	20%		
Centro Hospitalar Unimed – Joinville	12	3	25%	6	50%	1	8%	1	8%	1	8%
Hosp. e Mat. Sagrada Família – São Bento do Sul	4	3	75%			1	25%				
Hospital Divino Salvador – Videira	7	3	43%	2	29%	2	29%				
Centro Hospitalar Unimed – São José	5	3	60%	2	40%						
Hosp. Infantil Joana de Gusmão – Florianópolis	8	2	25%	4	50%			2	25%		
Hosp. Reg. Terezinha Gaio Basso – São Miguel do Oeste	7	2	29%			3	43%	1	14%	1	14%
Hospital e Municipal Ruth Cardoso – Balneário Camboriú	12	3	25%	4	33%	4	44%			1	8%
Hospital Nereu Ramos – Florianópolis	5	2	40%					2	40%	1	20%
Hospital Regional Hans Dieter Schmidt – Joinville	15	3	20%	5	33%	2	13%	4	27%	1	7%
Hospital Santa Catarina – Blumenau	5	2	40%	2	40%	1	20%				
Hospital São Francisco – Concórdia	5	2	40%	2	40%			1	20%		
Hosp. Materno Infantil - Jessé A. Faria - Joinville	6	1	17%	2	33%			2	33%	1	20%
Hospital Baía Sul - Florianópolis	2	1	50%					1	50%		
Hospital Florianópolis	2	1	50%					1	50%		
Hospital Universitário Santa Terezinha – Joaçaba	8	1	13%	3	38%	3	38%			1	13%
SOS CÁRDIO	2	1	50%	1	50%						
Hospital Santo Antônio – Blumenau	1	1	100%								
Hospital Santa Cruz - Cocalândia	1					1	100%				
Hospital Universitário – Florianópolis	8	1	13%	2	25%	1	14%	2	25%	2	25%
Associação de Caridade São V. de Paulo – Mafra	1			1	100%						
Hospital Pequeno Anjo- Itajaí	2	1	50%	1	50%						
Hospital São Paulo – Xanxerê	1			1	100%						
Instituto de Cardiologia de Santa Catarina	1			1	100%						
Hospital Dona Helena – Joinville	3			1	33%			2	67%		
Hospital de Caridade - Florianópolis	1	1	100%								
Hospital do Coração - Balneário Camboriú	1							1	100%		
Socimed -Tubarão	1			1	100%						
Hospital Regional de Araranguá											
Hospital Hélio Anjos Ortiz – Curitiba											
TOTAL	498	203	41%	150	30%	52	10%	69	14%	24	5%

5. Actividad de trasplante

Produção das Equipes de Transplantes de Santa Catarina – 2015

Produção das Equipes de Transplante de Fígado		
Centro/Equipe de Transplante Cadastrado	Fígado Doador Falecido	Fígado Doador Vivo
Hospital Santa Isabel – Blumenau	90	
Hospital Universitário- Florianópolis	12	
Hospital Municipal São José – Joinville	4	
Total	106	

Produção das Equipes de Transplante de Rim			
Centro/Equipe de Transplante Cadastrado	Rim Doador Falecido	Rim Doador Vivo	Total
Hospital Santa Isabel – Blumenau	81	9	90
Hospital Municipal São José - Joinville - Equipe 2	66	3	69
Hospital de Caridade – Florianópolis	26	2	28
Hospital Regional do Oeste - Chapecó	20	9	29
Hospital Governador Celso Ramos – Fpolis	21	2	23
Hospital Municipal São José – Joinville - Equipe 1			0
Hospital Regional Hans Dieter Schimidt - Joinville			0
Hospital São José - Criciúma			0
Total	214	25	239

Produção das Equipes de Transplante de Rim/Pâncreas		
Centro/Equipe de Transplante Cadastrado	Rim/ Pâncreas	Pâncreas
Hospital Santa Isabel – Blumenau	9	
Hospital Municipal São José - Joinville		
Total	9	

Produção das Equipes de Transplante de Coração		
Centro/Equipe de Transplante Cadastrado	Coração	Válvula
Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria - Joinville		23
Hospital Santa Isabel – Blumenau	2	
Total	2	23

Transplantes realizados em Santa Catarina no ano de 2015

Órgão/ Mês	Fígado Doador Falecido	Rim Doador Falecido	Rim Doador Vivo	Rim/ Pâncreas	Pâncreas	Coração	Válvula Cardíaca	Medula Óssea	Ossos	Pele	Córnea	Esclera	Total
Janeiro	10	28	2				2	7	6		36	7	98
Fevereiro	7	8	2	1		1	1	5	1		54	12	92
Março	6	21	1	1			2	8	8		64	15	126
Abril	13	18	1	1			2	3	1		60	13	112
Maior	8	22	1	1	0	0	2	7	1	0	66	8	116
Junho	9	12	1	2	0	0	1	6	3	0	48	8	90
Julho	10	19	4	1	0	0	3	6	11	0	89	14	157
Agosto	10	15	3	1		1	2	7	7		63	16	125
Setembro	9	17		1			3	8	5		70	19	132
Outubro	9	21	4				2	7	3		68	9	123
Novembro	9	18	4				1	8	3		48	10	101
Dezembro	6	15	3					6	3		28	4	65
Total	106	214	26	9	0	2	21	78	52	0	694	135	1337

ANEXO II

FICHA RECOGIDA DATOS

Nº HISTORIA:	<input type="text"/>	
FECHA INGRESO:	<input type="text"/>	
DIAS ESTANCIA:	<input type="text"/>	
DIAGNOSTICO:	<input type="text"/>	
EDAD:	<input type="text"/>	
SEXO:	<input type="text"/>	
ANTECEDENTES:	<input type="text"/>	
NEOPLASIA:	<input type="text"/>	
ENFER. TRANSMISIBLE:	<input type="text"/>	
SEPSIS/SDMO:	<input type="text"/>	
OTRAS:	<input type="text"/>	
LTSV:	<input type="text"/>	
TIPO LTSV:	<input type="text"/>	
DONANTE POTENCIAL:	<input type="text"/>	

ANEXO III

Quadro 1 - Passos a serem tomados para o diagnóstico de um paciente crítico com doença terminal.

Passos a serem tomados para o diagnóstico do paciente com doença terminal na UTI
<p>1. O médico intensivista, coordenador, rotineiro ou plantonista, deve estabelecer de modo formal, uma discussão entre os membros da equipe de profissionais que assistem o paciente, para que, de posse do maior número de informações disponíveis sobre o paciente e sobre o contexto familiar, possa ser estabelecido, de modo objetivo, o diagnóstico de irreversibilidade da atual condição do paciente.</p> <p>2. A decisão sobre a irreversibilidade da doença deve ser consensual e registrada no prontuário do paciente.</p> <p>3. Os critérios da irreversibilidade devem ser estabelecidos antes da inclusão da família na discussão. Devem também ser detalhadas quais condutas médicas poderão ser adotadas.</p> <p>Dos critérios de irreversibilidade destaca-se:</p> <p>a. Quando não se houver obtido a efetividade terapêutica desejada ou quando existem fortes evidências de que o objetivo terapêutico curativo não terá sucesso;</p> <p>b. Quando o tratamento somente irá manter ou prolongar um quadro de inconsciência permanente e irreversível;</p> <p>c. Quando o sofrimento é inevitável e desproporcionado ao benefício esperado;</p> <p>d. Quando tenha sido manifesto o desejo do paciente sobre a eventualidade de uma circunstância como a atual e, no caso de uma doença crônica preexistente, que tenha havido essa informação ao médico assistente;</p> <p>e. Quando a irreversibilidade do quadro clínico do paciente permita a conclusão de que determinados procedimentos somente irão aumentar o seu sofrimento.</p> <p>4. Uma vez estabelecidas, de forma consensual, as metas terapêuticas a serem seguidas devem ser registradas em prontuário, cabendo a todos os médicos que assistem o paciente adotá-las.</p> <p>5. Pode ser proposta, em qualquer tempo, a revisão das decisões tomadas.</p> <p>6. A fonte para a decisão primária quanto a adoção definitiva do plano assistencial, estabelecido pela equipe para o paciente, é, caso o paciente esteja incompetente, sua família, responsáveis ou representantes legalmente estabelecidos pelo paciente. Na ausência desses, caberá a equipe médica, encaminhar sua decisão para que a mesma seja referendada em instância institucional, ética ou legal.</p> <p>7. A definição quanto a incompetência de um paciente para a decisão sobre o plano terapêutico proposto pela equipe assistencial, deve ser tomada de modo consensual pelos profissionais que o assistem, sendo registrado em prontuário de forma objetiva, respeitados os aspectos éticos, médicos e legais.</p>

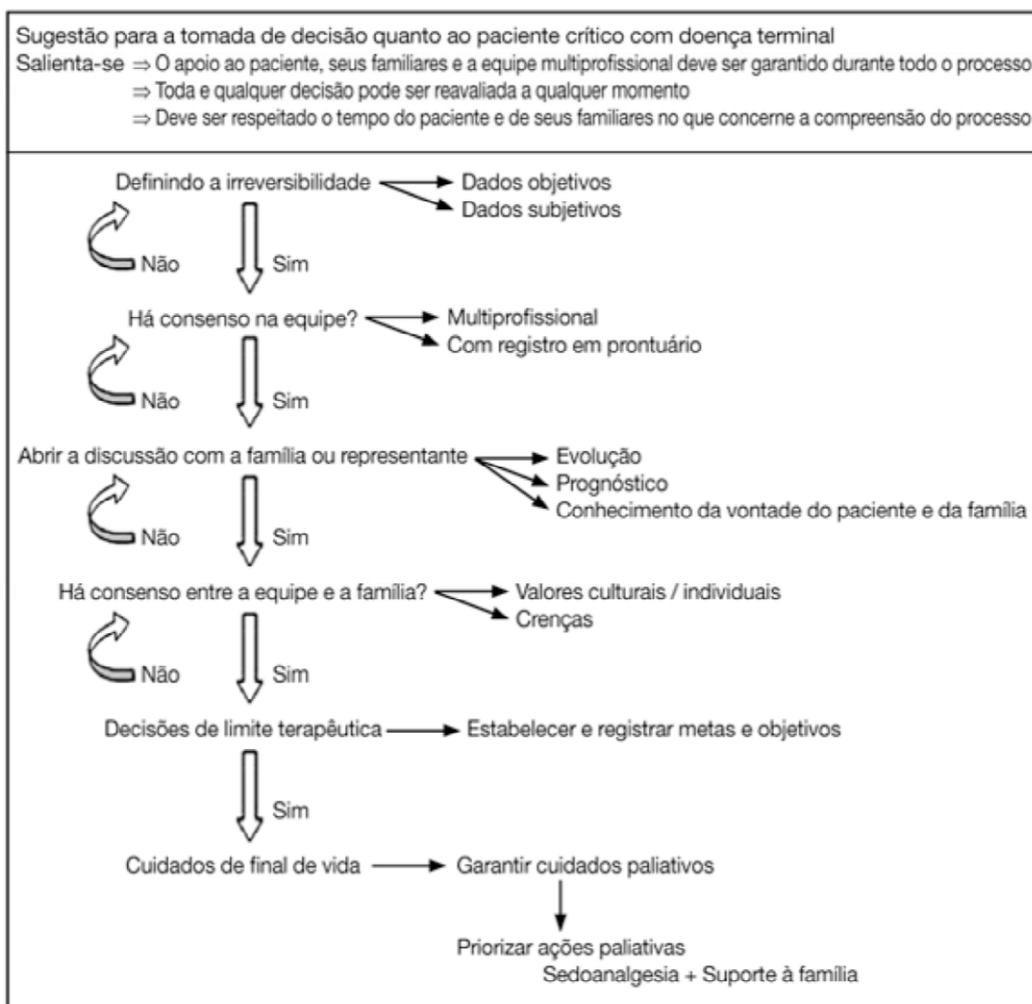


Figura 1 – Sugestão para a tomada de decisão quanto ao paciente crítico com doença terminal.