

*Arrixaca*  
Hospital Universitario  
"Virgen de la Arrixaca"



Hospital Virgen de la Arrixaca

# MASTER ALIANZA

TITULO: ADAPTACION DEL ACCORD ESPAÑA Y  
SU APLICACIÓN EN MISIONES, ARGENTINA  
CUCAIMIS

AUTOR:

Lic. Szewaga Daniel José

TUTOR:

Royo-Villanova, Mario

19

### Agradecimientos:

A Dios que me ha permitido la oportunidad de vivir una maravillosa experiencia aquí en España, que a través de la Organización Nacional de Trasplantes, a su Director Dra. Domínguez Beatriz-Gil, Coll Elizabeth que me permitieron poder transpolar su proyecto Accord a mi provincia y a todo su equipo de colaboradores por su entrega, su empeño altruista y compromiso en la traslación de su exitoso Modelo a los países Ibero-Latinoamericanos, con la Décima Quinta Edición del Master Alianza 2019 que generosamente me abrieron sus puertas, para fortalecer mis conocimientos.

Al grupo humano de coordinación de trasplante del Hospital Virgen de la Arrixaca, por su calidez humana y su predisposición, a Royo-Villanova, Mario por ser mi guía y permitir que me sintiera muy cómo en mi propia casa , a Conchi, Julio, Juanma y Judith por ayudarme a diario enseñándome su trabajo.

A mi familia, mis Padres por su apoyo incondicional en la distancia que me ayudó a poder asistir y a cuidar de mis hijos en mi ausencia, BELU, CARO Y SANTY a mi NOVIA que vino a controlarme y han logrado que me extrañe interponiendo una distancia de 500km entre ambos, Ella en el hospital San Carlos en Madrid y yo en Murcia.

Al Dr. Richard Malan por permitirme crecer en mi profesión y por animarme a venir.

A Ana María Larrosa por estar siempre que le he solicitado ayuda, por enseñarme, que la enfermería sigue donde uno este, por su ayuda a entender el Sintra y como buscar la información que uno desea.

Al Dr. Luis Esquivel por su predisposición para todo lo relacionado en capacitaciones en pro de la donación y toda su enseñanza para conmigo.

Al Grupo de docentes del Curso TPM (Trasplant Procurement Management) por sus enseñanzas durante el Curso Internacional de Coordinación de Trasplantes en ALICANTE y desde luego a todos los profesionales con quienes compartimos tan importante evento.

A todos nosotros que conformamos este inmenso mundo, que es la Donación y Trasplantes, porque con nuestras acciones de cada día contribuimos con nuestro granito de arena a brindar a otras personas que no conocemos una segunda oportunidad sobre la faz de la Tierra o bien a mejorar su calidad de vida.



## INDICE

Agradecimientos.....	1
Índice.....	2
Historia en mi Argentina.....	3
Normativa.....	5
Introducción: ACCORD-MISIONES.....	7
ANTECEDENTES / JUSTIFICACIÓ.....	9
Objetivos.....	10
Metodología.....	11
Criterios de inclusión de hospitales.....	12
Criterios de inclusión de pacientes.....	12
Variables.....	13
Recogida y gestión de datos.....	14
Plan de análisis.....	14
Metodología para la mejora.....	16
Las tres preguntas fundamentales para conseguir la mejora.....	16
Ciclos PDSA.....	17
Requisitos para el ciclo PDSA.....	18
Metodología para la mejora en el proyecto ACCORD.....	18
Aspectos Ético-Legales.....	20
Aspectos Administrativos.....	21
Resultados Esperados.....	21
Terminología.....	23
Bibliografía.....	24

## Historia en mi Argentina

Los trasplantes se afianzaron hacia fines de la década de los '70, gracias al descubrimiento de nuevas drogas inmunosupresoras. En este contexto, y con la progresiva demanda de trasplantes, el Estado argentino se vio ante la necesidad de regular la práctica. Por ello, en 1977 dictó la Ley 21.541 que dio nacimiento al Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (CUCAI). El CUCAI, que comenzó a funcionar en 1978, surgió entonces como el organismo de procuración nacional a cargo de la normatización de la actividad.

En un comienzo se desarrollaron programas de trasplante renal en el área metropolitana de Buenos Aires. A principios de los 80, con un marco regulatorio y el control de la inmunosupresión, se fueron constituyendo organismos de procuración provinciales en Córdoba, Santa Fe y Mendoza. Luego, se desarrolló el criterio de organización del país en regionales, cada una con una jurisdicción cabecera que centralizaba las acciones locales, modelo que afirmó la tendencia de crecimiento.

En paralelo, los programas de trasplante hepático y cardíaco se sumaron a los equipos de trasplante renal en marcha. En 1980 comenzaron a realizarse trasplantes cardíacos exitosos en forma sistemática. En 1986 se modificó la Ley 21.541, sancionándose la Ley 23.464. Dos años más tarde, se realizó el primer trasplante hepático. Durante esta década, Córdoba fue la provincia que logró el mayor crecimiento, con la obtención de un tercio de los órganos que se trasplantaron en todo el país.

El incremento más importante, y por ende la consolidación de la actividad, se experimentó en la década del '90 al promoverse desde el Estado políticas sanitarias que impulsaron nuevas instancias de coordinación. Se crearon organismos jurisdiccionales de procuración en la mayoría de las provincias argentinas, y de esta manera se optimizó la cobertura territorial. En 1990, con la sanción de la Ley 23.885, el CUCAI se convirtió en el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), pasando a ser un organismo descentralizado con autarquía y conservando su dependencia del Ministerio de Salud de la Nación.

A principios de los noventa se destacó el crecimiento de la procuración en la provincia de Buenos Aires, y se puso en funcionamiento oficialmente dentro del sistema público de salud el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Buenos Aires (CUCAIBA). En ese momento comenzó un crecimiento sostenido aunque diverso en las distintas regiones del país.

Los avances científicos posibilitaron concretar trasplantes pulmonares en Argentina en 1992. Al año siguiente, se aprobó la Ley 24.193 de Trasplante de Órganos, normativa que regía con las modificaciones incorporadas por la Ley 26.066. Más tarde, se iniciaron los trasplantes de páncreas, y luego de intestino. La actividad de ablación e implante experimentó un crecimiento sostenido hasta 1995, año en que se detuvo la curva ascendente en la procuración de órganos.

Desde el año 2002 Argentina cuenta con un sistema informático que monitorea en tiempo real toda la actividad de donación y trasplante de órganos. El Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA), es el sistema para la administración, gestión, fiscalización y consulta de la actividad de procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en el ámbito nacional, que permite el registro en tiempo real de las actividades y la gestión de pacientes en diálisis, listas de espera y asignación de órganos y tejidos con fines de implante, con el fin de permitir el monitoreo y evaluación permanente, así como ofrecer a la sociedad la garantía de transparencia de la actividad.

Para revertir esta tendencia, en 2003 el INCUCAI lanzó el Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos, con la premisa básica de incrementar la procuración de órganos para implante de modo que éstos superen la incidencia de ingresos de pacientes en lista de espera. En ese año comenzó a funcionar en el ámbito del INCUCAI, el Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH) –creado por la Ley 25.392– para dar respuesta a personas con indicación de trasplante de CPH, conocido popularmente como trasplante de médula ósea, que no contaran con un donante compatible dentro de su grupo familiar.

En 2005, tras un extenso debate parlamentario, se aprobó la Ley 26.066, modificatoria de la 24.193, que incorporó la figura del donante presunto para las donaciones de órganos. La normativa, que establece que toda persona mayor de 18 años es considerada donante con excepción de quienes manifiesten su voluntad con lo contrario, entró en vigencia en 2006 y permitió que la actividad de procuración continuara en ascenso.

En 2010 el Ministerio de Salud a través del INCUCAI y el sistema de procuración implementó el Plan de Desarrollo de Trasplante Renal, el cual articula acciones a diferentes niveles para prevenir, diagnosticar, tratar y seguir la enfermedad renal crónica. En ese marco se implementa la Estrategia Hospital Donante, la cual tiene como objetivo incorporar la procuración como una actividad propia de los hospitales para incrementar la disponibilidad de órganos y tejidos para trasplante.

En noviembre de 2011 se realizó en Buenos Aires el Congreso Mundial de Donación de Órganos de la International Society for Organ Donation and Procurement (ISODP) como sede. El evento –organizado por la cartera sanitaria nacional, a través del INCUCAI y por la Asociación Argentina de Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante (AAPROTT), reunió a más de 1000 participantes de 63 países.

Durante el 2012 Argentina alcanzó una tasa de 15,1 donantes por millón de habitantes, lo que la posiciona a la vanguardia en la región en materia de donación.

En el año 2014 Argentina se mantenía como líder entre los países de la región en materia de trasplante de órganos por millón de habitantes, liderando las estadísticas en trasplantes cardíacos, pancreáticos e intestinales, según consta

en el Newsletter Transplant, publicado por el Consejo de Europa, el cual contiene las cifras internacionales de donación y trasplantes.

En la actualidad nuestro sistema de salud cuenta con miles de profesionales capacitados en la materia y con 149 centros de trasplante de órganos y más de 600 de tejidos y células habilitados, coordinados y fiscalizados por el INCUCAI en todo el país.

Año 2015 Argentina - Mar del Plata XX Juegos Mundiales para Trasplantados en ese año nuestro país que además reportó la mayor tasa de trasplantes por millón de habitantes en la región (40), hay 7.941 pacientes en lista de espera y este año se han realizado 1.020 trasplantes.

Año 2018 Antecedentes: Justina Lo Cane fue una niña de 12 años que murió esperando un trasplante de corazón. La niña esperó la intervención por 4 meses y estuvo internada en la Fundación Favalaro pero el órgano no llegó y su estado de salud se fue debilitando. Su historia inspiró una campaña que impulsó un proyecto de trasplante de órganos, tejidos y células que convierte a todos los argentinos mayores de 18 años en donantes, a menos que antes de morir hayan dejado por escrito lo contrario. La ley 27.447, se promulgó el 26 de julio. Fue reglamentada el pasado 07 de enero del corriente año.

### Normativa

La modificación que introduce la normativa implica que los familiares de alguna persona fallecida ya no serán quienes tengan a su cargo la autorización de la donación. Establece respecto a los derechos de donantes y receptoras y receptores la intimidad, privacidad y confidencialidad; a la integridad; a la información y al trato equitativo e igualitario.

La ley resalta que se podrá realizar la población de órganos a toda persona mayor de 18 años que no haya dejado una constancia expresa de su oposición a la donación. También se incorpora la Donación Renal Cruzada.

Respecto a los certificados de fallecimiento, se simplifican los procesos para diagnosticar la muerte de la persona. Los médicos y las médicas deberán seguir el protocolo establecido por el Ministerio de Salud de la Nación que tiene el asesoramiento del INCUCAI y se establece como hora del fallecimiento el instante en que se completó el diagnóstico de la muerte.

La normativa propone que tanto los hospitales públicos y privados cuenten con servicios destinados a la donación de órganos y al tratamiento del paciente. Se crea el Servicio de Procuración que deberá contar con al menos un médico o médica que detecte potenciales donantes, asesore a las familias y garantice el proceso de donación. También se establece capacitación para a profesionales que formen parte del proceso de donación y trasplante.

La modificación de la ley se enmarca en los principios de dignidad, autonomía, solidaridad, y justicia distributiva en la asignación de órganos, equidad.

Estos son los puntos clave:

1) Declaración de principios: destacaron cuáles son los principios en los que se enmarca la modificación de la ley: dignidad, autonomía, solidaridad, y justicia distributiva en la asignación de órganos, equidad.

2) Derechos de donantes y receptores: a la intimidad, privacidad y confidencialidad; a la integridad; a la información y al trato equitativo e igualitario. Se establece la prioridad de traslado aéreo y terrestre de los pacientes con operativos en curso.

3) Creación del Servicio de Procuración: en los hospitales públicos y privados: deberán contar con servicios destinados a la donación de órganos y tejidos, que permitan garantizar la correcta detección, evaluación y tratamiento del donante. Deberá contar con al menos un profesional que deberá detectar potenciales donantes. Además de dar a las familias la información correspondiente. (Art. 16)

4) Se deberá garantizar el desarrollo del proceso de donación y generar acciones de difusión y capacitación dentro de la institución.

5) Se incorpora la Donación Renal Cruzada.

6) Se mantiene la manifestación de voluntad expresa negativa o afirmativa a la donación de órganos para los mayores de 18 años.

7) Donantes presuntos: Se mantiene la posibilidad de realizar la ablación de órganos y/o tejidos sobre toda persona capaz mayor de 18 años, que no haya dejado constancia expresa de su oposición a que después de su muerte se realice la extracción de sus órganos o tejidos. En caso de no encontrarse registrada la voluntad del causante, el profesional a cargo del proceso de donación debe verificar la misma conforme lo determine la reglamentación. (Art.31).

8) Menores: se posibilita la obtención de autorización para la ablación por ambos progenitores o por aquel que se encuentre presente.

9) Se simplifican y optimizan aquellos procesos que requieren de intervención judicial.

El trasplante de órganos se ha mostrado como la mejor herramienta terapéutica en el estadio final de enfermedades hepáticas, cardíacas, renales; constituyendo el único tratamiento posible. A diferencia de otros tratamientos para llevar a cabo el trasplante, se necesita unos órganos procedentes de un donante vivo y/o cadáver y del consentimiento del donante o de la familia para obtener los mismos.

Es un proceso que requiere de una sociedad con valores, de generosidad y solidaridad capaz de desarrollar un programa del que todos somos parte. Por eso consideramos imprescindible que la cultura de la donación llegue a todas las personas, despejando dudas y tabúes que puedan existir, y posibilitando que la decisión al respecto se tome desde el conocimiento y la confianza.

## “XII JUEGOS ARGENTINOS Y IX LATINOAMERICANOS PARA TRASPLANTADOS SALTA 2018”

Del 30 de Octubre al 04 de Noviembre de 2018, la Provincia de SALTA recibió, por primera vez, a más de 400 atletas trasplantados provenientes de toda la Argentina y Latinoamérica para continuar desarrollando y disfrutando del deporte para trasplantados en toda la región.

## XXII JUEGOS MUNDIALES PARA TRASPLANTADOS NEWCASTLEGATESHEAD, INGLATERRA 2019

Una vez más Argentina dirá presente en el evento más grande del mundo en favor de la donación de órganos, sangre y células el trasplante y el deporte. Los "XXII World Transplant Games Newcastle Gateshead UK 2019" se disputarán del 17 al 24 de Agosto de 2019.

### 1. INTRODUCCIÓN

#### Coordinación integral en la donación de órganos de Misiones

#### ACCORD (Achieving Comprehensive Coordination on Organ Donation)

El principal objetivo de ACCORD es reforzar el potencial de los Hospitales de la provincia en el ámbito de la donación y el trasplante de órganos, fomentando la cooperación entre los servicios críticos y contribuyendo a la implementación efectiva de la Ley de trasplante de órganos, tejidos y células N° 27.447.

Con una duración de 18 meses (Mayo 2019 – Noviembre 2020), ACCORD, cuyo desarrollo corresponde al CUCAIMIS Y EL Ministerio de Salud de la Provincia, cuenta además con la colaboración de la ONT (Organización Nacional de Trasplante de España), quienes han permitido que se realice su proyecto ideológico en nuestra provincia.

El proyecto ACCORD -Misiones se estructura en tres áreas de trabajo, enfocadas a la consecución del mismo número de objetivos específicos del proyecto:

1. Facilitar el desarrollo de registros, de seguimiento, de pacientes ingresados con lesiones graves y catastróficas en cada hospital de nivel III de la provincia.
2. Fomentar la cooperación entre los profesionales de críticos y los coordinadores Hospitalarios para optimizar el desarrollo del proceso de donación a partir de personas fallecidas.
3. Desarrollar proyectos de cooperación entre Hospitales en áreas específicamente relacionadas con la ley vigente de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.

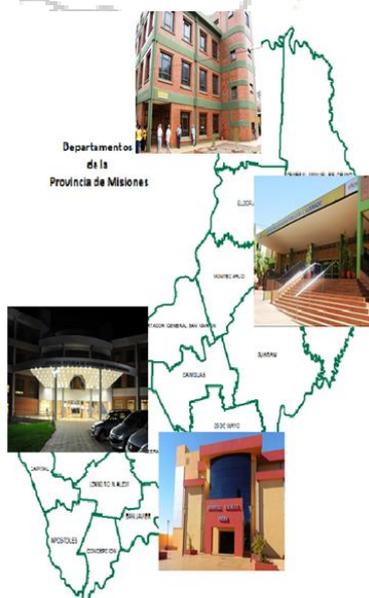
- **Primera fase:** Estudio multicéntrico y observacional, de carácter prospectivo, centrado en la descripción de las decisiones tomadas en la asistencia al final de la vida de pacientes que han fallecido como

consecuencia de un daño cerebral catastrófico y que son relevantes para la donación de órganos.

- **Segunda fase:** Estudio de intervención, basado en la utilización de las herramientas para la gestión del cambio y en la introducción de pequeñas actuaciones (nuevas prácticas o modificaciones de prácticas existentes) para suprimir barreras en la identificación y notificación de posibles donantes al C.H o en su conversión en donantes eficaces. Este estudio requerirá el análisis de los datos recogidos en el estudio observacional previo y la identificación de las áreas con mayor posibilidad de mejora. También requiere de una segunda recogida de datos para evaluar la efectividad de las medidas implementadas. Para este estudio, los responsables del proyecto en cada hospital participante han de recibir formación específica en la metodología PDSA y soporte por parte del grupo coordinador del proyecto.
- **Tercera fase:** Aplicar el PDSA, evaluando la intervención de mejora en cada hospital participante.

Un total de 4 hospitales participaran en el proyecto ACCORD-Misiones, el Hospital Samic Iguazú, Samic Eldorado, Samic Obera y el Hospital Escuela de Agudos Ramón Madariaga (HEARM). Luego del mismo se realizara un informe que describirá de manera específica el estudio multicéntrico observacional que aborda el primero de los objetivos de este proyecto, este estudio tendrá tres fases la primera finalizara el 30 de noviembre del corriente año, donde se recogerán y analizaran los datos, que posteriormente se volcaran en el trabajo definitivo el cual nos mostrara el número de PDA, y posteriormente ver la probabilidad de aplicar un programa en donación en asistolia para lo cual deberemos modificar varias cosas dentro de los distintos Hospitales y del mismo software de nuestro sitio web, para poder valorar órganos de donantes en asistolia.

**Tabla 1:** Hospitales participantes del proyecto y sus referentes



**HOSPITALES DE REFERENCIAS DONDE SELLEVAR A CABO EL TRABAJO DE INVESTIGACION ACCORD MISIONES**

HOSPITALES	REFERENTES
SAMIC IGUAZU	Enf. Barrientos Darío Dpto. de Enfermería Enf. Peek Giuliano Servicio de Emergencias Enf. Busiglio Paola Servicio de UTI Enf. Hofferber Daniela (C. Hospitalario)
SAMIC ELDORADO	Lic. Zamudio Lidia Dpto. de Enfermería Dr. Bado Carlos (C. Hospitalario) Servicio de UTI Enf. Britez Victor (C. Hospitalario) S. de Emergencias
SAMIC OBERA	Lic. Diello Marta Dpto. de Enfermería Lic. Méndez Darío Servicio de UTI Lic. Velázquez Claudio S. de Emergencias Tec. Vera Oscar (C. Hospitalario)
HEARM	Lic. Goiris Luis Servicio de UTI Lic. Vilma S. de Emergencias Maman Lucas (jefe de ad, del serv. de emerg) Dr. Manuel Ibarra (C. Hospitalario)
CUCAIMIS	Dr. Malan Richard (jurisdiccional) Dr. Esquivel Luis (Paier) Enf. La rosa Ana María (C. Operativo) Lic. Zucco Silvia (C. Hospitalario) Lic. Szewaga Daniel (C. Hospitalario)

La implementación de las intervenciones mediante la utilización de la metodología PDSA se realizara entre el 10 de diciembre y 31 de mayo del 2020, tratando todas las problemáticas y buscando la concientización de lo importante que es la DONACION para las personas que esperan en una lista.

Sera un proyecto coordinado por el CUCAIMIS (Centro Único De Coordinación Ablación e Implante de Misiones), con la colaboración de los distintos referentes de los hospitales participante, contara con el apoyo del ministerio de salud pública de la provincia, y al finalizar el mismo se rendirá el informe final a la ONT.

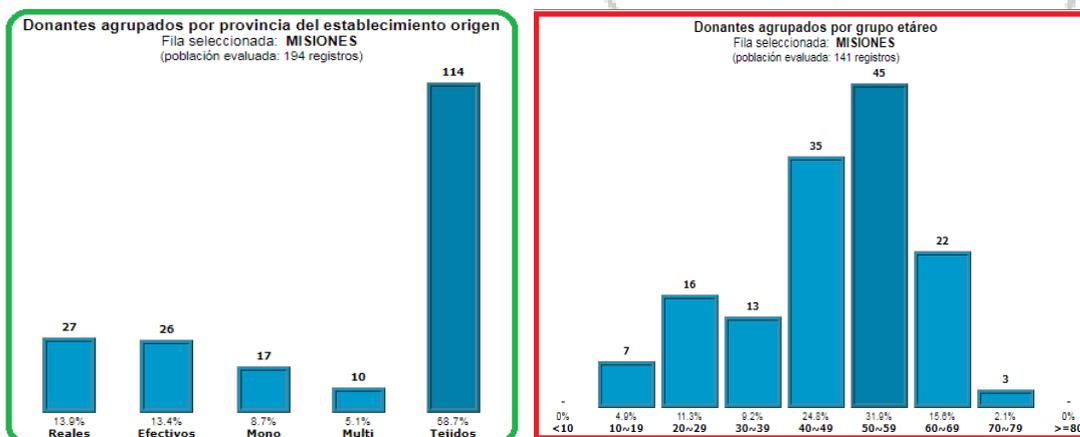
## **2. ANTECEDENTES / JUSTIFICACIÓN**

Misiones ha alcanzado una aceptable actividad de donación y trasplante fundamentalmente derivada de un importante desarrollo de la donación que se lleva a cabo en el HEARM, a partir de personas fallecidas, alcanzando una tasa provincial de 21,89 donante PMH, estos niveles de actividad han sido fruto del desarrollo de un sistema de guardias permanentes de los Coordinadores Hospitalarios (CH) y su efectividad en la identificación de los pacientes neurocríticos. Pero es evidente que si la participación de los médicos de las Unidades de Terapia Intensivas (UTI) y los de los Servicios de Emergencias fuese más activa en cuanto a la detección y aviso de los mismos a los CH se podría aumentar estos números. Debiera haber una cooperación más estrecha con profesionales de las UTI y los CH, la necesidad de continuar adecuando la disponibilidad de órganos a la demanda de trasplante de nuestra población se ve un progresivo aumento en la incidencia de diagnóstico de muerte encefálica (ME), pero en muchas ocasiones dado al retraso en el aviso de los pacientes con pronóstico ominoso que ingresan estos no alcanzan a ser evaluados y se pierde la oportunidad de procuración, también esto puede deberse a varios factores que deben ser analizados y corregidos en los distintos servicios y Hospitales. En misiones tenemos una tasa 31,68% de mortalidad por accidentes de tránsito.

Es necesario desarrollo de nuevas estrategias que permitan continuar mejorando el desarrollo del proceso de donación sobre nuestra base organizativa, pero en un contexto cambiante, requiere de un conocimiento muy preciso de cómo se desarrolla en la práctica dicho proceso. Este conocimiento ha de extenderse de manera necesaria a sus fases iniciales, como son las relacionadas con la toma de decisiones clínicas por parte de los profesionales que atienden a pacientes con daño cerebral catastrófico. Esta información es imprescindible para identificar posibilidades de mejora desde una doble perspectiva: la del sistema de Coordinación de Trasplantes, que ha de adecuar su actuación a las nuevas circunstancias tanto a nivel provincial como a nivel de cada hospital, y la de los profesionales de UTI y EMERGENCIAS que han de integrar la opción de la donación en el cuidado al final de la vida en escenarios clínicos variables.

La metodología PDSA se ha utilizado con éxito para la mejora en el desarrollo de diferentes procesos asistenciales. Concebida como herramienta para la mejora continua, esta metodología se ha aplicado al proceso de donación de órganos en diferentes entornos. EEUU lo hizo en el pasado con mejoras identificadas en la disponibilidad de órganos para trasplante. Con una orientación ligeramente distinta, España se embarcó en el año 2009 en una estrategia de benchmarking a nivel nacional que permitió identificar a hospitales con resultados de excelencia en el proceso de donación en ME, así como la descripción de prácticas para la mejora, que se reflejaron en una Guía de Mejores Prácticas en el Proceso de la Donación, publicada en el año 2011. Estas guías han inspirado una diversidad de estrategias en el territorio español, pero su implementación efectiva constituye un reto continuo para el sistema. La metodología PDSA puede constituirse en herramienta práctica a la hora de implementar estas recomendaciones de manera adaptada a la realidad de los hospitales donantes de nuestra provincia (ACCORD-MISIONES). Su aplicación puede ser útil tanto para mejorar la efectividad en el proceso de donación en ME, PCR y como para desarrollar un programas de donación en asistolia controlada a nivel local.

Cuadros que grafican la clasificación de donantes reales, eficaces multiorgánico, mono orgánicos, de tejidos y por grupo etario durante el año 2018.



### 3. OBJETIVOS

**ACCORD-Misiones:** Tendrá como finalidad última el incrementar la disponibilidad de órganos para trasplante, reforzando la cooperación entre los profesionales de los servicios críticos y los Coordinadores Hospitalarios (CH).

Sus objetivos específicos serán:

A. Describir las prácticas clínicas al final de la vida en pacientes fallecidos como consecuencia de un daño cerebral catastrófico en nuestra provincia que son relevantes para la donación de órganos, e identificar los factores que influyen en el potencial de donación en muerte encefálica y en PCR, y cuantificar los que evolucionan a parada cardiaca como podrían transformarse en donantes en asistolia controlada, así como en la conversión

de los potenciales donantes en eficaces, cuando el sistema permita registrarlos.

B. Evaluar los procesos de donación en muerte encefálica y en PCR en cada Hospital participante, estos últimos en un futuro no muy lejano podrían ser potencialmente DAC.

C. Desarrollar proyectos de cooperación entre los hospitales participantes e ir evaluando la probabilidad de aplicar un programa en donación en asistolia controlada desde la perspectiva de las prácticas asistenciales al final de la vida en cada hospital participante para un futuro no muy lejano, identificando áreas para la mejora a nivel local e implementando intervenciones mediante la utilización de la metodología PDSA.

## 4. MÉTODOLOGIA

### 4.1. Diseño

- Estudio multicéntrico y observacional, de carácter prospectivo, centrado en la descripción de las decisiones tomadas en la asistencia al final de la vida de pacientes que han fallecido como consecuencia de un daño cerebral catastrófico y que son relevantes para la donación de órganos en los hospitales participantes en este estudio.
- Estudio de intervención, basado en la utilización de herramientas para la gestión del cambio y en la introducción de pequeñas actuaciones (nuevas prácticas o modificaciones de prácticas existentes) para suprimir barreras en la identificación y notificación de posibles donantes al coordinador hospitalario en su conversión en donantes eficaces. Este estudio requerirá el análisis de los datos recogidos en el estudio observacional previo, y la identificación de las áreas con mayor posibilidad de mejora. Para este estudio, los responsables del proyecto en cada hospital participante recibirán formación específica en la metodología PDSA y soporte por parte del grupo coordinador del proyecto.

Estudio multicéntrico, observacional, de carácter prospectivo. Este estudio se desarrollara con autorización específica por parte de la dirección de cada centro participante y previa valoración positiva por el Comité de Ética de Investigación Clínica de cada hospital.

El proyecto se desarrollará en 3 etapas:

Etapas 1 (1de Mayo 2019 – 30 de noviembre 2019): Recogida y análisis de datos sobre las prácticas clínicas al final de la vida de pacientes fallecidos como consecuencia de un daño cerebral catastrófico que son relevantes para la donación en los hospitales participantes. El análisis de los datos recogidos consistirá en una descripción de las prácticas asistenciales al final de la vida aplicada o No en los pacientes con daño cerebral catastrófico y en el estudio del impacto de esas prácticas en el potencial donante.

**Etapa 2** (diciembre 2019 – Mayo 2020): Identificación de obstáculos para la donación de órganos a nivel de cada hospital, explorando la forma de facilitar la cooperación entre profesionales de críticos y coordinadores Hospitalarios y de realizar adaptaciones específicas en las prácticas que preserven la posibilidad de donación en cada etapa del proceso. Diseño e inicio de la implementación de intervenciones de mejora en cada hospital. Durante esta etapa, se formará a al menos un profesional por hospital participante en la metodología PDSA, en la que se basarán las actividades mencionadas. El CUCAIMIS y el Grupo Clínico de Referencia darán soporte a los hospitales para identificar intervenciones factibles y usar la metodología para el cambio.

**Etapa 3** (Junio 2020 –Noviembre 2020): Monitorización para la evaluación de la efectividad de las intervenciones para la mejora implementadas. Se procederá a la misma recogida de datos efectuada en la Etapa 1 tras la implementación de la intervención para la mejora, con la intención de reevaluar e identificar posibles intervenciones adicionales que extiendan y afiancen la metodología para la mejora continua.

#### **4.2. Criterios de inclusión de hospitales**

La posibilidad de participar en ACCORD-Misiones se abre a los cuatros hospitales públicos de la provincia de nivel III, pudiendo participar cualquier hospital que tenga al menos un coordinador hospitalario y que esté autorizado para la obtención de órganos en Misiones, y que cumplan los siguientes requisitos:

Interés en el proyecto y compromiso de recoger información, completar el proyecto y facilitar cambios en las prácticas para la mejora en el proceso de donación, en línea con los objetivos del proyecto ACCORD-Misiones.

Posibilidad de designar a un responsable del proyecto en el hospital, que pertenezca al equipo de coordinación hospitalaria, y que pueda dedicar el suficiente tiempo y recursos para liderar el cambio.

A efectos de que el proyecto sea útil, los hospitales han de haber registrado en el pasado al menos un fallecimiento a la semana o 20 fallecimientos al año de pacientes con daño cerebral catastrófico.

#### **4.3. Criterios de inclusión de posibles donantes**

Se incluirán en el estudio todos los posibles donantes fallecidos en cualquier unidad del hospital durante el periodo comprendido entre el 1 de junio hasta el 30 de noviembre del corriente. La recogida de información se limitara a los casos cuyo rango de edad se encontraba entre 2 y 80 años (ambos inclusive). La información se recopilara sobre todos los casos identificados durante el periodo de 6 meses antes especificado o hasta 50 casos consecutivos registrados durante dicho periodo de tiempo.

A la hora de identificar a los posibles donantes, se solicitara a las personas responsables de la recogida de datos la revisión diaria o casi diaria de los diagnósticos de los pacientes fallecidos en cualquier unidad del hospital. La

tabla 1 especifica los códigos CIE-10 que se relacionan con patología que puede derivar en un daño cerebral catastrófico. Una vez dispongan de los fallecimientos hospitalarios codificados, también se les pedirá a los responsables de la recogida de datos que revisaran retrospectivamente los fallecimientos con dichos códigos entre sus diagnósticos primarios y/o secundarios para asegurar un registro completo de casos.

Identificados los posibles donantes en base a los diagnósticos, se llevara a cabo una revisión de la historia clínica del paciente con el objetivo de descartar causas alternativas de fallecimiento que llevaran a la desestimación del caso y de recopilar la información necesaria para el estudio. Cuando fuera preciso, los participantes completaran la información requerida contactándose con el equipo responsable del paciente.

Tabla 2: Códigos CIE-10 que representan patologías que pueden derivar en un daño cerebral catastrófico.

TRAUMATISMO	S02: Fractura de huesos del cráneo y de la cara S061: Edema cerebral traumático S062: Traumatismo cerebral difuso S063: Traumatismo cerebral focal S064: Hemorragia epidural S067: Hemorragia intracraneal con coma prolongado S068: Otros traumatismos intracraneales S069: Traumatismo intracraneal no especificado
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	I60: Hemorragia subaracnoidea I61: Hemorragia intracerebral I62: Otras hemorragias intracraneales no traumáticas I63: Infarto cerebral I64: Accidente cerebrovascular agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico I65: Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales, sin ocasionar infarto cerebral I66: Oclusión y estenosis de las arterias cerebrales, sin ocasionar infarto cerebral
LESIONES CEREBRALES	G931: Daños cerebrales anóxicos G935: Comprensión del cerebro G936: Edema cerebral
TUMORES CEREBRALES	C71: Neoplasias malignas del cerebro D33: Neoplasia benigna del cerebro y de otras partes del sistema nervioso central
INFECCIONES	G00 – G03: Meningitis

#### 4.4. Variables

Las variables a recopilar durante la Etapa 1 del estudio serán relativas a:

1) Características del hospital participante, políticas y recursos disponibles para el proceso de donación;

2) Datos clínicos y demográficos de los posibles donantes;

3) Decisiones clínicas tomadas durante la asistencia al paciente al final de su vida que tienen relevancia para la donación de órganos. Las variables relativas a los posibles donantes y a las decisiones clínicas mencionadas también se recogerán en la Etapa 3 del proyecto, para evaluar la efectividad de las intervenciones de mejora.

Al final de este proyecto están los cuestionarios de hospital y de paciente diseñados para el estudio por la ONT, que se utilizarán en nuestros hospitales con respecto a la información sobre la atención al posible donante al final de su vida, de este modo, los cuestionarios captarán las decisiones clave en el manejo del paciente con daño cerebral catastrófico, que bien anulan o por el contrario preservan la opción de la donación de órganos. Se recopilará además información sobre los profesionales que participaron en la toma de decisiones y, para cada decisión tomada que eliminó la opción de la donación, se recogerá información sobre los motivos que la condicionaron.

#### 4.5. Recogida y gestión de datos

El responsable designado en cada hospital participante coordinará la recogida de la información descrita en el apartado anterior. Cada hospital habrá de cumplimentar:

- El cuestionario destinado al hospital, señalando sus procedimientos y políticas relativas a la donación de órganos.
- Datos sobre la atención a pacientes admitidos en el hospital que fallecieron como resultado de un daño intratable y catastrófico, si cumplen los criterios especificados en la sección 4.3. La recogida de datos se habrá completado en el momento en el que se hayan incluido 50 casos consecutivos o después de un periodo de seis meses desde el comienzo de la recogida de datos – lo que ocurra primero. El cuestionario destinado al paciente especifica los datos a recoger.

La información se recogerá en papel y luego se volcará en un sistema de información creado para este estudio. El sistema se ha desarrollado para asegurar la recogida, disponibilidad, integridad y confidencialidad de los datos, así como para salvaguardar la autenticidad y la trazabilidad de los usuarios. El sistema de información que sustenta el proyecto se encuentra desarrollado sobre la infraestructura de la plataforma del CUCAIMIS.

Se proporcionará un acceso específico a cada usuario de hospital mediante el que podrá acceder exclusivamente a los datos incluidos por dicho usuario. Desde el CUCAIMIS los coordinadores tendremos acceso a todos los datos incluidos en el sistema, como responsable del análisis ulterior de dicha información.

#### 4.6. Plan de análisis

El CUCAIMIS será responsable del análisis de los datos.

Se realizará un análisis descriptivo de las características de los hospitales incluidos en el estudio, así como de las variables clínicas y demografías de los posibles donantes. Se utilizarán números absolutos y porcentajes para variables cualitativas y media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartílico) para variables cuantitativas, dependiendo de la distribución de la muestra.

Se llevará a cabo un análisis descriptivo del proceso de donación en ME. Se analizará el porcentaje de posibles donantes que fallecieron intubados y con ventilación mecánica o que se encontraban en esta situación en el momento de involucrar a PCR / o en el que se decidió realizar una LTSV si fuera esto aplicado. De los posibles donantes que fallecieron intubados, se proporcionará el porcentaje que falleció en situación clínica de ME, y de estos últimos, el porcentaje en el que se realizó y confirmó el diagnóstico de ME. Se proporcionará el porcentaje de posibles donantes en ME confirmada en los que se procedió a la extracción de órganos. Para cada toma de decisiones, se describirá el perfil de los profesionales implicados y los motivos por los que la decisión fue negativa en cada caso.

De los posibles donantes en los que no fue posible la donación en ME y que fallecieron por PCR y/o tras una LTSV, se proporcionará el porcentaje en los que se consideró la opción de la donación en asistolia y los motivos por los que dicha consideración no tuvo lugar si fuera de aplicación. De ser la respuesta positiva, se proporcionará el porcentaje que finalmente se convirtió en donante eficaz y los motivos de pérdida de donantes en asistolia potenciales.

Para todos los posibles donantes, se presentará el porcentaje que fue notificado al coordinador de trasplantes y se describirá el perfil de los profesionales que tomaron la decisión de notificar el caso y el momento en el que lo hicieron. En todos los casos incluidos, se analizará el porcentaje en el que se realizó una entrevista familiar para plantear la opción de la donación, se indicará el perfil de los profesionales que intervinieron en dicha entrevista y en qué momento del proceso tuvo lugar.

El análisis descriptivo del proceso de donación referido anteriormente se realizará a nivel provincial. Dependiendo de la participación en el proyecto, se valorará la realización del análisis por Hospitales.

Se estudiará el posible impacto de diferentes factores en el resultado final del proceso de donación, medido como el porcentaje de posibles donantes que se convierten en donantes eficaces. Mediante el test de Chi cuadrado (con la corrección de Fisher cuando sea preciso) se comparará dicho resultado en función de factores hospitalarios, de las características básicas del posible donante y de las prácticas llevadas a cabo (ej. momento de avisar al coordinador de trasplantes). En el caso de que el factor estudiado sea cuantitativo, se realizará el test de comparación de medias o medianas según su distribución, estudiando en todo caso la normalidad de la muestra (test de Kolmogorov-Smirnov) para la aplicación del test correspondiente.

El desarrollo del proceso de donación en ME, el de PCR y el de asistolia si se diera este último durante el desarrollo del proyecto se describirán para cada hospital participante en la Etapa 1 y en la Etapa 3 orientada a evaluar la efectividad de la intervención para la mejora implementada a nivel local. Los datos se presentarán de modo que se permita una fácil comparación del proceso antes y después de la mencionada intervención. Cuando sea posible, se evaluará la efectividad de intervenciones compartidas por hospitales de similares características.

#### 4.7. Metodología para la mejora

El modelo de mejora proporciona un marco para desarrollar, probar e implementar cambios que conducen a la mejora. El modelo de mejora consta de dos partes, con el mismo nivel de importancia (Figura 4). La primera parte consiste en la planificación ('pensar'), basada en la respuesta a tres preguntas fundamentales para guiar la mejora en la ejecución de un proceso. La segunda parte es la relativa a la ejecución ('actuar'), y está formada por el ciclo PDSA que ayuda a realizar cambios rápidos para la mejora.

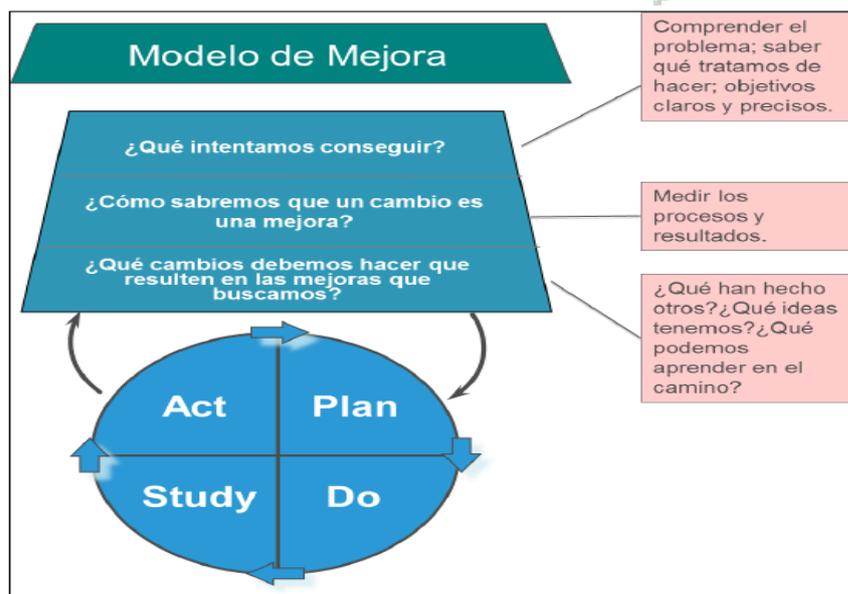


Figura 4: El Modelo de Mejora

##### 4.7.1. Las tres preguntas fundamentales para conseguir la mejora

Para aumentar las probabilidades de éxito en la mejora de un servicio es imprescindible planificar la aproximación al problema. Las tres preguntas que se indican a continuación son fundamentales en dicha planificación:

¿Qué intentamos conseguir?

¿Qué mejoras son necesarias? ¿Cómo deberían ser las cosas? ¿Qué resultados nos gustaría conseguir? Tener una visión clara de los objetivos que se quieren alcanzar es crucial para abordar el cambio.

¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora?

Sin medir es imposible saber si se ha hecho alguna mejora en el desarrollo de un proceso o en la provisión de un servicio. Debe considerarse qué diferencia se espera producir y determinar qué datos van a recogerse para cuantificar la mejora. Esto puede realizarse en términos de modificaciones en los resultados, mejoras en el servicio percibido o cambios en los procesos.

¿Qué cambios podemos hacer que pueden llevar a la mejora?

Finalmente ha de decidirse qué cambios se abordarán para alcanzar los resultados deseados.

¿Qué evidencia existe sobre la probabilidad de que funcionen determinadas intervenciones? ¿Hay experiencias previas que podamos reproducir en nuestra realidad?

Pueden utilizarse y adaptarse ideas existentes (Guía de Buenas Prácticas en el Proceso de la Donación – ONT) o se puede ser completamente creativo e idear intervenciones novedosas. En cualquier caso, es esencial que se implique a expertos a nivel local que participen en el desarrollo de planes que puedan funcionar en la propia realidad.

Cuantas más ideas puedan recopilarse, mejor se fundamentará la base del próximo paso, el ciclo PDSA.

#### 4.7.2. Ciclos PDSA

El acrónimo PDSA corresponde a “Planificar, Desarrollar, Supervisar, Ajustar” (Figura 2). Una vez se ha decidido exactamente qué se quiere conseguir, se pueden utilizar los ciclos PDSA para probar las ideas desarrolladas a partir de la tercera pregunta “¿Qué cambios podemos hacer que conducirán a la mejora?”.

La clave de los ciclos PDSA es comenzar con cambios a pequeña escala, para luego continuar con cambios-ciclos consecutivos que permitan construir información sobre cómo de efectivo es el cambio realizado. Esto hace que sea más fácil empezar, da resultados rápidos y reduce el riesgo de que algo vaya mal y tenga un impacto mayor. Si lo que se intenta no funciona tan bien como se esperaba, siempre se puede volver a hacer las cosas como se hacían anteriormente. Cuando se ha obtenido suficiente información como para sentirse seguro con el cambio realizado, dicho cambio se puede implementar como parte del sistema e incorporar a la práctica habitual.

Es importante pensar en un ciclo PDSA pequeño en términos de su alcance. Por ejemplo, se puede poner en marcha un ciclo a lo largo de un día, con una persona o en un Hospital. Se pueden revisar los casos de los diez últimos pacientes atendidos, las últimas 20 notificaciones realizadas o los siguientes 12 informes.

La fase ‘Supervisar’ del ciclo proporciona la oportunidad de reflexionar sobre lo que ha ocurrido con la intervención realizada, pensar sobre lo que se ha aprendido y construir conocimiento para futuras mejoras.

La fase 'Ajustar' del ciclo. ¿Se necesita desarrollar el mismo ciclo de nuevo, generando más evidencia o haciendo algunas modificaciones basadas en lo que se ha aprendido? ¿O se necesita desarrollar otros ciclos para avanzar en el trabajo?

Cuando se desarrolla el ciclo PDSA es importante tener en cuenta que:

- Los ciclos no deben ser demasiado pequeños
- Un ciclo casi siempre guiará a otro u otros ciclos
- Se pueden alcanzar resultados rápidamente
- Nos permiten una aproximación meticulosa y sistemática

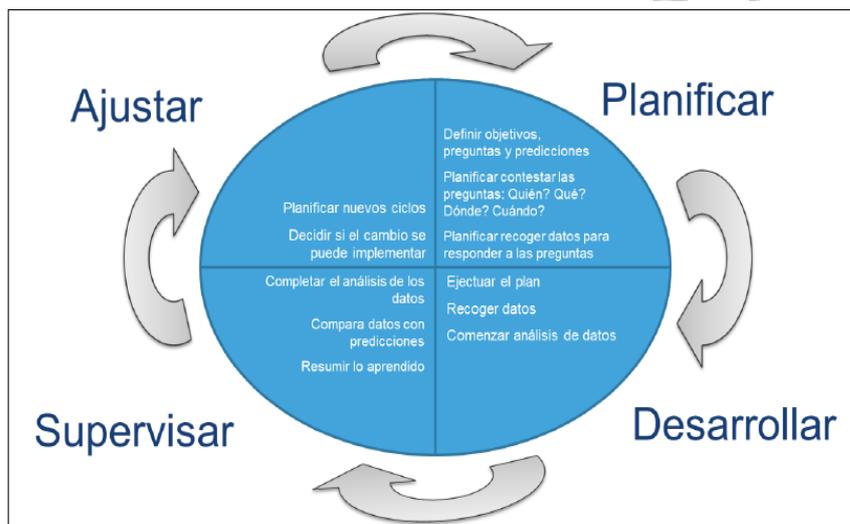


Figura 5: Ciclos PDSA (planificación, desarrollo, supervisión, y ajustes)

#### 4.7.3. Requisitos para el ciclo PDSA

Los siguientes puntos son pre-requisitos para la realización de un ciclo PDSA:

- La barrera que se identifique debe estar en el ámbito de actuación del grupo de trabajo. Ej. una barrera derivada de una política nacional no puede cambiarse con actuaciones locales, pero sí se puede actuar sobre obstáculos identificados en la práctica en nuestro ámbito.
- Se debería poder abordar al menos un ciclo PDSA en el periodo de 6 meses que se proporcionará durante el proyecto (etapa 3).
- El impacto potencial de la intervención ha de poder medirse.

#### 4.7.4. Metodología para la mejora en el proyecto ACCORD

Los hospitales participantes en la metodología para la mejora en ACCORD-España y ahora ACCORD- Misiones han de tener en cuenta los siguientes pasos para el diseño, la implementación y la evaluación de su intervención para la mejora a través de ciclos PDSA.

A. Discutir y acordar el plan

A.1. Constituir un grupo de trabajo en el hospital para el plan de proyecto, contando con aquellos profesionales del hospital que son claves para su ejecución. En el grupo debe incluirse al menos a un profesional de críticos y al coordinador de Hospitalario. Es muy deseable que también se incorpore personal del departamento de calidad del hospital.

A.2. El grupo de trabajo ha de examinar la información recogida en la Etapa 1 del proyecto ACCORD-Misiones y el resultado de su análisis, y utilizar otras herramientas de planificación (ej. diagrama de la espina de pescado) para identificar qué etapa del proceso en la atención al paciente neurocríticos al final de su vida representa el mayor obstáculo para la donación de órganos en dicho hospital.

A.3. Una vez que se ha acordado cuál es la etapa donde ha de actuarse, valorar si se debe incorporar al grupo de trabajo a otros profesionales del hospital que deban participar en el desarrollo del proyecto y en la identificación de intervenciones a poner en marcha dirigidas a resolver los obstáculos identificados.

A.4. Trabajando en grupo, desarrollar un plan de proyecto identificando:

1. Etapa del proceso en el que se va a intervenir.
2. Problema que se pretende abordar.
3. Propuesta de intervención para la mejora Medidas para evaluar la efectividad de la intervención propuesta.
4. Plazos de ejecución del ciclo PDSA.
5. Número de ciclos PDSA que serán desarrollados durante el periodo de tiempo proporcionado en el proyecto.

Un ejemplo de intervención podría ser la implementación de un sistema para la notificación precoz, (mail- a través del RISMI- Whats-App) de posibles donantes al coordinador Hospitalario. El desarrollo de un protocolo por escrito y de un programa de formación para la notificación temprana de casos facilitaría la identificación de posibles donantes por parte del coordinador y su intervención planificada en el proceso de donación.

A.5. Empezar el proceso de aprobación necesario en el hospital para acordar el plan de proyecto.

B. Enviar los planes al Cucaimis para revisión

B.1. Enviar los planes de proyecto al Cucaimis para su revisión por parte de los Coordinadores que dirige el proyecto y el Grupo Clínico de Referencia.

B.2. El equipo del Cucaimis y el Grupo Clínico de Referencia realizarán sugerencias a las propuestas de ciclos PDSA y a las medidas de evaluación de la efectividad de las intervenciones y, cuando sea apropiado, pondrán en contacto a hospitales que estén abordando planes similares en el proyecto.

C. Empezar el ciclo PDSA

C.1. Comenzar el ciclo PDSA, en línea con el plan de proyecto acordado.

C.2. Empezar la recolección de datos, que permita analizar el impacto de la intervención. Se recomienda usar el cuestionario de recolección de datos utilizado en la Etapa 1 del proyecto ACCORD-Misiones, centrándose en los datos que son especialmente relevantes para la intervención seleccionada.

C.3. Revisar el progreso alcanzado, y analizar si la intervención puede mejorarse.

C.4. Revisar los datos, acordar modificaciones en la aproximación al problema y comenzar un nuevo ciclo PDSA, si fuera apropiado.

D. Elaborar informe sobre el ciclo PDSA

D.1. El grupo de trabajo realizará un breve informe sobre su experiencia con la implementación del ciclo PDSA.

D.2. El CUCAIMIS y el Grupo Clínico de Referencia analizarán las experiencias de los hospitales participantes y los datos incluidos por los hospitales participantes en la tercera etapa. Esto permitirá elaborar un informe con datos anónimos (sin identificar a hospitales) sobre la implementación de la metodología PDSA en el campo de la donación de órganos.

D.3. El CUCAIMIS compartirá el informe con los hospitales participantes y con el Ministerio de Salud de la Provincia y el informe final con la ONT.

## 5. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Las prácticas clínicas objeto del presente estudio son habituales en la asistencia al paciente con daño cerebral catastrófico. El enfoque hacia la donación de órganos en ME o en asistolia controlada se hace sobre la base regulatoria existente para ambas actividades, representada por la ley 26742(año 2012) sobre el derecho del paciente y la ley 27447 (año 2018).

La recolección y la gestión de datos necesarios para el desarrollo del proyecto se realizará en estricto cumplimiento de la Ley 27447 en su art 4(Inciso ay b)

Se solicitará evaluación al Comité de Ética de Docencia e Investigación (CEDI) de cada hospital o de la participante en el proyecto.

Para la participación en ACCORD-MISIONES se solicitará aprobación a específica por parte de las direcciones de los hospitales ya mencionados que han de formar parte de esta iniciativa a través de sus Coordinadores Hospitalarios.

## 6. RESULTADOS

A nivel provincial y posiblemente a nivel Hospitalario, se generará información pormenorizada sobre el desarrollo del proceso de donación en ME y en asistolia controlada, desde la perspectiva de la toma de decisiones por parte de los profesionales de críticos en la asistencia al paciente con daño cerebral

catastrófico y de su colaboración con los coordinadores de trasplante. Esta información es esencial a la hora de abordar estrategias para aumentar la disponibilidad de órganos para trasplante, tanto por parte de las autoridades competentes Provincial y Hospitalaria, como por parte de los profesionales que participan en el proceso de donación.

Más aún, tal y como se ha concebido el proyecto, se probarán intervenciones de mejora evaluando si realmente tienen impacto en el desarrollo del proceso. Esto dotará de mayor robustez a las recomendaciones que finalmente se deriven de esta experiencia.

Los resultados mencionados serán presentados en un informe elaborado al final del proyecto por parte del CUCAIMIS. Los resultados serán objeto de presentación en la Reunión Nacional de Coordinadores Jurisdiccionales. Los resultados también serán objeto de publicación en revistas científicas clave para los profesionales de críticos y los coordinadores Hospitalarios.

## 7. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

El proyecto no tiene asignado presupuesto específico y se desarrollará con los recursos humanos y materiales existentes en los hospitales participantes. Únicamente se contará con presupuesto del MSP para el proyecto ACCORD-MISIONES destinado a difusión para cubrir los gastos derivados del desarrollo del curso de formación en metodología PDSA en la sede del CUCAIMIS. Con dicho presupuesto se cubrirán los gastos de desplazamiento de los participantes en el curso.

Se obtendrá aprobación de la Dirección de cada hospital para la participación en el estudio. Para ello se emitirá carta firmada por el Director del CUCAIMIS y del Proyecto a las direcciones de los hospitales van a participar a través de sus Coordinaciones Hospitalarios y referentes.

También se obtendrá aprobación del Comité de Ética de Docencia e Investigación de cada centro participante.

Las gestiones relativas a la aprobación del estudio por parte de la Dirección y el CEDI serán parte de las actividades a desarrollar por parte de los responsables del proyecto a nivel de cada centro, recibiendo para ello el apoyo que fuera necesario por parte del CUCAIMIS.

## 8. RESULTADOS ESPERADOS

Los hospitales participantes contarán con los siguientes beneficios de su participación en ACCORD-Misiones:

- Formar parte de un proyecto innovador, clave para la búsqueda de estrategias para aumentar la disponibilidad de órganos para trasplante.
- Reconocimiento como hospital líder en el desarrollo de sistemas prácticos e innovadores para aumentar la identificación de posibles donantes.

- Disponibilidad de un equipo a nivel provincial para proporcionar apoyo a lo largo del estudio.
- Formación en la metodología PDSA, a través de un curso de formación desarrollado por el CUCAIMIS.
- Posibilidad de identificar obstáculos en el desarrollo del proceso de donación a nivel local y de diseñar y evaluar el impacto de diferentes intervenciones para la mejora.
- Fomentar la colaboración entre coordinadores Hospitalarios y profesionales de UTI Y Emergencias del hospital, lo que derivará en mejoras en el proceso de donación y en términos generales, en el beneficio de los pacientes neurocríticos.

ACCORD-Misiones Proporcionará a los profesionales de los servicios críticos y al sistema de coordinación de la donación de órganos una oportunidad única para la evaluación pormenorizada del proceso de donación desde las fases más incipientes del mismo. La oportunidad es también única desde la perspectiva de identificar, implementar y probar la efectividad de intervenciones para la mejora. El beneficio último de la experiencia en nuestro ámbito tiene dos dimensiones: la de plantear de manera sistemática la opción de la donación en cualquier circunstancia de fallecimiento y la de aumentar la disponibilidad de órganos para trasplante, mejorando el acceso a esta terapia para los pacientes misioneros en lista de espera.

### Terminología

- UTI: Unidad de Terapia intensiva
- CH: Coordinador Hospitalario
- Donante posible: Paciente fallecido como consecuencia de un daño cerebral catastrófico.
- Donante potencial: Paciente cargado en el Sintra por protocolo GSW 7 o fallecido en situación clínica compatible con la ME, PCR o tras una LTSV, y sin contraindicaciones médicas para la donación de órganos.
- Donante eficaz: Paciente fallecido en el que se ha realizado una incisión quirúrgica con el objetivo de la extracción de órganos para trasplante.
- Cama de críticos: Cama de hospital con personal asignado y capacidad de ventilación mecánica.
- ME: Muerte Encefálica
- PCR: Paro Cardio Respiratorio
- LTSV: Limitación Soporte Vital
- PDSA: Planificar, Desarrollar, Supervisar, Ajustar
- CEDI: Comité de Ética de Docencia e Investigación
- RISMI: Red de Información de Salud de Misiones
- SINTRA: Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina
- DAC: Donante en Asistolia Controlada

## BIBLIOGRAFIA

1. ACCORD Joint Action website. Disponible en: <http://www.accord-ja.eu/> on May 31st, 2012. Último acceso: Marzo 7, 2019.
2. Matesanz R, Domínguez-Gil B, Coll E, et al. Spanish experience as a leading country: What kinds of measures were taken? *Transplant International* ISSN 0934-0874. acceso Marzo 2019
3. De la Rosa G, Domínguez-Gil B, Ramón S, et al. Continuously evaluating performance in deceased donation: the Spanish Quality Assurance Program. *Am J Transplant.* 2012 Sep;12(9):2507-13. doi: 10.1111/j.1600-6143.2012.04138.x. Epub 2012 Jun 15. Acceso Marzo 2019
4. Monzón JL, Saralegui I, Abizanda R, Cabré L, Iribarren I, Martín Delgado MC, Martínez-Uriónabarrenetxea K, por el Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med. Intensiva* 2008;32(3):121-133. acceso Marzo 2019
5. CIOD Recomendaciones SEMICYUC-ONT Septiembre 2017 - Ont.es. [http://www.ont.es/mailings/ciod\\_recomendaciones%20semicyuc\\_ont\\_septiembre2017.pdf](http://www.ont.es/mailings/ciod_recomendaciones%20semicyuc_ont_septiembre2017.pdf). acceso Marzo 2019
6. Shafer TJ, Wagner D, Chessare J, et al. Organ donation breakthrough collaborative: Increasing organ donation through system redesign. *Crit Care Nurse* 2006; 26: 33– 48. acceso Marzo 2019
7. Institute for Healthcare Improvement website. Available at: <http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/SpreadingtheGiftofLifeOrganDonationBreakthroughCollaborativeImprovementStories/SpreadingtheGiftofLifeOrganDonationBreakthroughCollaborative.htm>. Last access: September 2011.
8. Graham JM, Sabeta ME, Cooke JT, et al. A system's approach to improve organ donation. *Prog Transplant* 2009; 19: 216–220. acceso Marzo 2019
9. Matesanz R, Coll E, Domínguez-Gil B, et al. Benchmarking in the process of donation after brain death: a methodology to identify best performer hospitals. *Am J Transplant* 2012;12(9): 2498-2506. acceso Marzo 2019
10. Guide of Best Practices in Organ Donation. Organización Nacional de Trasplantes website. Available at: [http://www.ont.es/publicaciones/Documents/GUIA\\_BUENAS\\_PRACTICAS\\_DONACION\\_ORGANOS.pdf](http://www.ont.es/publicaciones/Documents/GUIA_BUENAS_PRACTICAS_DONACION_ORGANOS.pdf). Last access: December 2012. acceso Marzo 2019
11. Matesanz R, Domínguez-Gil B, Marazuela R, et al. Benchmarking in organ donation after brain death in Spain. *Lancet* 2012; 380(9842):649-650. acceso Marzo 2019

12. Langley G, Moen R, Nolan K, Nolan T, Norman C, Provost L, (2009). The Improvement Guide: a practical approach to enhancing organizational performance (2nd ed). Jossey Bass Publishers, San Francisco. acceso Marzo 2019
13. Ley 27.447 - Argentina.gob.ar Presidencia de la Nación  
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-27447.pdf>. 26 jul. 2018 .acceso Marzo 2019
14. LEY 26742 Muerte Digna  
[www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/.../723.../ley\\_26742\\_muerte\\_digna.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/.../723.../ley_26742_muerte_digna.pdf). acceso Marzo 2019

