

UNIDAD DE COORDINACION HOSPITALARIA



PROPUESTA PARA INCLUIR EL MODELO DE COORDINACION EN UN HOSPITAL CENTRAL EN LA RIOJA-ARGENTINA.



TESINA FINAL. MASTER ALIANZA-20019

AUTOR: Dr. PARODI, JOSE MAXIMILIANO

TUTOR: Dr. SAGREDO MENESES, VICTOR

SALAMANCA: ABRIL 2019

AGRADECIMIENTOS

A todos los que hicieron posible esta experiencia, gracias.

A la ONT por este acto de generosidad académica y humana.

A mi tutor de tesina Dr. Víctor Sagredo Meneses por recibirme y guiarme durante estos meses de aprendizaje; al personal de la Coordinación de trasplante del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca cuyo esfuerzo, dedicación, y responsabilidad hacen posible la actividad de donación y trasplante: Simona Holguera Barba, Miguel Bravo Riaño y especialmente al Dr. Álvaro, García Miguel por su calidez humana y su calidad profesional. A los compañeros de la UVI del Hospital Virgen Vega, por saludarme como un colega y despedirme como un amigo.

A todos los que colaboraron desde mi país: Dirección del Hospital Enrique Vera Barros, y Ministerio de salud de la provincia de La Rioja, INCUCAI y CUCAILaR, gracias por el apoyo y la confianza.

A mi familia principio y fin de todo.

INDICE

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 4 |
| Antecedentes..... | 4 |
| Importancia del coordinador de trasplante en el modelo español..... | 6 |
| Perfil del coordinador de trasplante en España..... | 6 |
| Equipos de coordinación, composición y dedicación..... | 7 |
| Procedencia y número de equipos..... | 7 |
| Dependencia..... | 7 |
| Funciones..... | 8 |
| Objetivos..... | 10 |
| Justificación..... | 11 |
| Materiales y Método..... | 11 |
| Intervención y resultados..... | 12 |
| Discusión..... | 24 |
| Conclusión..... | 25 |
| Anexo 1..... | 26 |
| Anexo 2..... | 27 |
| Bibliografía..... | 28 |

INTRODUCCION

A través del siguiente trabajo, se describe la organización y funcionamiento de una Unidad de Coordinación Hospitalaria de Procuración y Trasplante en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAU-Salamanca), España, con el objetivo de trasladar sus bases para crear una Unidad de Procuración en el Hospital Enrique Vera Barros (HEVB) de la provincia de La Rioja, Argentina.

Es el Modelo Español referente mundial a la hora de hablar de Donación y Trasplante, y La Unidad de Coordinación Hospitalaria la herramienta básica por medio de la cual se posicionan como líderes en la materia. Y desarrollar esta herramienta en nuestro medio tiene como finalidad mejorar el proceso de procuración de órganos y trasplante.

ANTECEDENTES:

Los beneficios clínicos y el impacto en la supervivencia de los pacientes han hecho que el trasplante, se constituya en la modalidad terapéutica de elección para muchas personas que sufren de enfermedades devastadoras en todo el mundo. Incorporar el proceso de procuración de órganos y trasplante como práctica habitual y sistemática de las instituciones sanitarias tiene por objeto el aumento en las tasas de donación e implante. La escasez de órganos para trasplante constituye el factor limitante fundamental de estas terapéuticas.

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) se creó en 1989, e indujo, entre otras medidas, la creación de una red nacional de coordinadores, entrenados específicamente, con un alto grado de motivación y con un perfil específico y distinto al de otros países europeos.

Actualmente España registra un aumento en un 37% la tasa de donación, el mayor incremento de su historia, al pasar de 35,1 a 48 donantes p.m.p.

Los puntos básicos que definen el Modelo Español son:

- La red de coordinadores de trasplante a tres niveles: nacional, autonómico y hospitalario.
- Los dos primeros niveles nombrados constituyen una verdadera interfaz entre los niveles políticos/administrativos y los profesionales.
- El tercer nivel, el coordinador hospitalario debe ser un médico (ayudado siempre por enfermería), que trabaja en la coordinación a tiempo parcial, está situado dentro del hospital, y depende de la dirección del mismo. Funcionalmente ligado a la coordinación autonómica y nacional.
- La mayoría de los coordinadores son intensivistas en contacto directo con las unidades que generan donantes. La dedicación a tiempo parcial les permite continuar con su trabajo previo y posibilita a su vez la sustitución no traumática del coordinador médico en caso de que este decida, por motivos de fatiga u otros, dejar la coordinación o bien los resultados de su gestión no sean los esperados.
- Un programa de Garantía de Calidad. Auditoria continua de muerte encefálica en las unidades de vigilancia intensiva, llevada a cabo por los coordinadores, y evaluaciones externas por la ONT a cargo de expertos en coordinación procedentes de otros hospitales.
- La oficina central de la ONT actúa como agencia de servicios en apoyo de todo el sistema y de la distribución, transporte, manejo de listas de espera, estadísticas, información y esfuerzos dirigidos a la formación continua.

- Reembolso hospitalario por parte en estos momentos de las administraciones autonómicas.
- Dedicación a los medios de comunicación.
- Una legislación adecuada.

IMPORTANCIA DEL COORDINADOR DE TRASPLANTES EN EL MODELO ESPAÑOL

El hecho de que de un donante fallecido se puedan extraer varios órganos, a veces por parte de equipos quirúrgicos ubicados muy lejos del hospital donde se produce la donación, cambió por completo el panorama al pasar de la extracción renal a la multiorgánica que requiere una logística realmente compleja. El mundialmente conocido como "Spanish Model", asienta sobre el papel y la función desempeñadas por los profesionales que se encargan de la coordinación de este proceso y que han sido los responsables de que España constituya el único país que ha experimentado un incremento progresivo y continuado de las tasas de donación a lo largo de los años.

PERFIL DEL COORDINADOR DE TRASPLANTES EN ESPAÑA

Los coordinadores hospitalarios son los responsables de potenciar la donación de órganos en el interior de su hospital y desde luego, la pieza clave del sistema.

Podemos resumir la filosofía del «Modelo Español» de obtención de órganos en los siguientes puntos: – Los donantes de órganos son por definición personas que fallecen en situación de muerte encefálica (y los donantes en

asistolia un porcentaje, con un enfoque específico). Ello implica necesariamente su ubicación en las unidades de vigilancia intensiva (UVI)

La causa número uno de pérdida de donantes en todo el mundo es la no detección de los donantes potenciales. El agente fundamental para la detección es un médico ubicado primariamente en las UVIs. El perfil de los coordinadores de trasplante, de acuerdo con las recomendaciones de la ONT es el siguiente:

a) Equipos de coordinación, composición y dedicación:

Es más correcto hablar de equipos de coordinación que de coordinadores puesto que está claro que en un hospital mediano o grande no resultaría posible la cobertura efectiva todo el año. Debe contar de médicos y enfermeros en número variable según cada Hospital.

Por otra parte, el hecho de que haya un coordinador médico, habitualmente en relación con las UVIs simplifica el proceso de formación en cuanto a diagnóstico de muerte cerebral, requisitos médicos o mantenimiento del donante.

b) Procedencia y número de equipos:

Actualmente España consta con 185 Equipos de Coordinación. De los 330 coordinadores médicos el 81 % son Intensivistas, 94% con dedicación parcial, 6% con dedicación total. En cuanto a los profesionales de enfermería, los con dedicación total representan el 35%, frente a dedicación parcial del 65%; 37% son de intensivistas, la distribución completa de ambos grupos se muestra en la figura 1.

c) Dependencia:

En España la recomendación de la ONT fue que el coordinador de trasplante debe considerarse un colaborador directo del director del hospital en materia de trasplantes. De esta manera se asume que la actividad de coordinación forma parte de los servicios del hospital y los Resultados remitirse a su dirección.

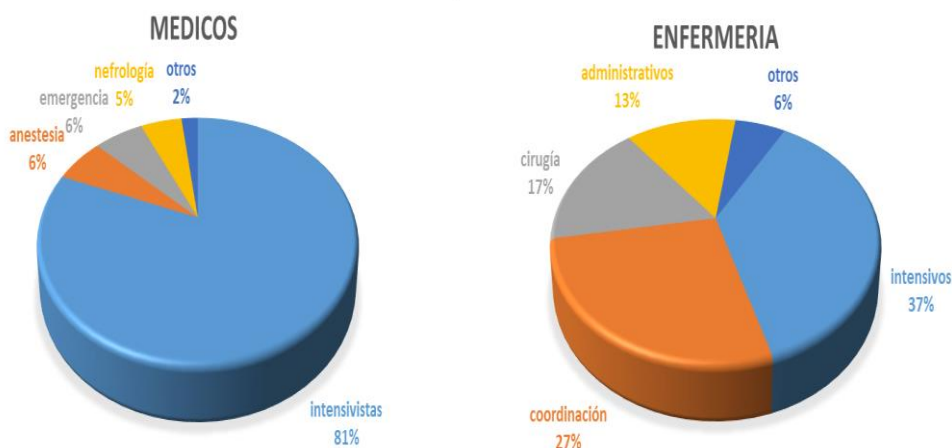


Fig.1: distribución de los profesionales según procedencia.

d) Funciones: el coordinador tiene una misión principal y fundamental: la obtención de órganos. El primer paso en la generación de órganos es la detección de los donantes potenciales. La escasez de órganos existente en casi todo el mundo es un problema de detección. La necesidad de que no se pierdan potenciales donantes por no haber pensado en ellos explica las preferencias por los intensivistas como coordinadores. Una vez detectado el potencial donante también es fundamental la consecución de un mantenimiento adecuado, hasta que se realice el diagnóstico de muerte cerebral. Que será efectuado siempre por tres médicos distintos a los del equipo de trasplante y en el que el coordinador es un colaborador que

facilita los medios para tal fin. Una vez hecho el diagnóstico de muerte puede ser necesario conseguir la autorización judicial en caso de causa no médica y siempre y en todo caso lograr la entrevista/autorización familiar. También éste es un punto crucial porque todavía un 14,8% de las familias no dan el consentimiento, con unas diferencias muy marcadas entre los equipos de coordinación bien entrenados y aquellos que no lo están. La tasa de negativa familiar fue variando a lo largo del tiempo (fig.2), influenciada por múltiples factores, entre ellos la capacitación de los profesionales en el momento de establecer la relación de ayuda a las familias durante la entrevista y una actitud positiva para la donación por parte de la sociedad. Una vez establecido el diagnóstico de muerte y obtenidas las autorizaciones correspondientes, es necesario preparar la logística intrahospitalaria para proceder a la extracción de órganos, al tiempo que se contacta con la oficina central de la ONT con el fin de proceder a la adscripción de los distintos órganos de acuerdo con los criterios de distribución. En muchas ocasiones se asignan los órganos a equipos trasplantadores situados a veces a muchos kilómetros de distancia del lugar donde se produce la donación. Ello implica coordinar los tiempos, los recursos y a los equipos para la correcta extracción y preservación de los órganos. La figura del coordinador es fundamental para que todo el proceso se lleve a cabo de manera adecuada. Además, debe atender a los familiares en todos sus requerimientos y asegurarse de que se produzca una restitución lo más perfecta posible del aspecto externo del donante.



fig.2 tasa de Negativa familiar

El coordinador de trasplantes es el responsable de cumplimentar adecuadamente el protocolo del Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación. El objetivo de este programa es triple: 1. Definir la Capacidad Teórica de Donación de órganos según el tipo de hospital. 2. Detectar los escapes durante el proceso de donación, con el análisis de las causas de pérdidas potenciales de donantes. 3. Describir los factores hospitalarios que tienen impacto sobre el proceso de donación.

OBJETIVOS:

1. Generales:

- Establecer los lineamientos para crear una Unidad de Coordinación Hospitalaria de Procuración y Trasplante en el Hospital Enrique Vera Barros de La Rioja Argentina.

2. Específicos:

- -Describir el funcionamiento de la Unidad de Coordinación Hospitalaria de Donación y Trasplante en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, España.

- Describir la estructura actual y organización del personal
- Describir la actividad de donación y trasplante en dicha unidad en el último año.
- Extrapolar la metodología de trabajo a través de la Unidad de Coordinación a nuestra realidad en Argentina.

JUSTIFICACION:

El Hospital Enrique Vera Barros de la de La Rioja, es el hospital central, ubicado en la Capital de la provincia con 180.995 habitantes, pero cuya influencia a través de derivaciones alcanza a una población mayor en todo el territorio provincial e interprovincial. Dicho hospital, con servicios de cuidados críticos, neurocirugía, cirugía general, etc.; no consta con una unidad de procuración hospitalaria, por lo que se plantea la creación de la misma, a partir de la experiencia recabada en el CAU-Salamanca, a los fines de aumentar la detección de potenciales donantes, establecer estándares de calidad, incorporar la procuración de órganos y tejidos para implante a los objetivos institucionales y brindar soluciones a la problemática de la demanda creciente de trasplante en todo el territorio provincial y nacional.

MATERIALES Y METODOS

- Se describe la Unidad de Coordinación y la actividad de procuración y trasplante en el CAU-Salamanca, mediante el análisis del control de calidad 2018, memorias 2017 y registro de actividades periódicas.
- Se describe la situación de procuración y trasplante en el HEVB

- Se propone la creación de una unidad de coordinación a partir de una estructura básica y funciones fundamentales.

INTERVENCION y RESULTADOS:

El Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAU-Salamanca), es un complejo sanitario compuesto por diferentes centros, cuyo origen se remonta a más de sesenta años. En el mismo e inmersa en el funcionamiento diario del Hospital, la Unidad de Coordinación Hospitalaria de Trasplante (ver anexo 1), trabaja en estrecha relación con las Unidades de Vigilancia Intensiva (UVI) en la detección de potenciales donantes en Muerte Encefálica (ME); desarrollando, además, programas de Trasplante Renal de Vivo, el programa de trasplante de Páncreas y recientemente Donación en Asistolia Controlada (DAC). Es innegable que la dedicación y el compromiso de cada uno de los actores, es fundamental para obtener los resultados buscados, pero también lo es el contexto y la actitud positiva a la Donación de aquellos colaboradores directos e indirectos que, producto de la educación y capacitación constante, hacen del proceso Donación-Trasplante un servicio más y factible del Hospital. Es así que se observa además de lo descrito, el ingreso de pacientes a UVI desde otros servicios (emergencias-urgencias, unidad de ictus, REA, etc.) con el fin de realizar cuidados intensivos orientados a la donación y el ingreso de pacientes con criterios no estándar.

La Unidad de Coordinación del Complejo asistencial Universitario consta de:

- Dos Médicos Coordinadores: ambos intensivistas, con dedicación parcial en la unidad de coordinación, y cuya tarea habitual diaria se desarrolla dentro de la UVI, lo que les permite el contacto inmediato con el enfermo neurocrítico, el diagnóstico precoz de ME y el mantenimiento del potencial donante, además de establecer los lazos indispensables con el resto de médicos intensivistas, los servicios de emergencia-urgencia, servicios de Reanimación, anestesia, Neurocirugía, etc.
- Una Enfermera a tiempo completo: el labor diario desde la oficina de coordinación, y en interacción con el resto del hospital llevado a cabo por este agente, es una de las piezas primordiales a la hora de hablar de la organización diaria, del manejo de recursos, de desarrollo de los programas de trasplante de vivos y cruzados, que lleva implícito el trato directo con los pacientes, la realización de los estudios complementarios pre-trasplante (tarea en relación directa con el servicio de Nefrología, radiología, inmunologías, etc.), la organización de documentación y la comunicación y trabajo mancomunado con los equipos de trasplante.
- Un Enfermero, a tiempo parcial en la unidad de coordinación, igualmente importante en el desarrollo de los programas y actividades propias de la coordinación.

A su vez la Coordinación de Trasplante del Hospital se relaciona con los equipos quirúrgicos de Trasplante Renal, de Páncreas; el servicio de inmunología y de anatomía patológica, integrando en las actividades, en el

momento que sea necesario a equipos de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores específicos para las tareas de ablación y trasplante.

En Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, que depende de la comunidad Autónoma de Castilla y León, consta actualmente de:

| | |
|----------------------------|---------------------------------|
| 719 camas para internación | 30 camas de UVI-Neonatal |
| 28 camas de UVI Adultos | 6 camas UVI- pediátrica |
| 11 camas Unidad Coronaria | 5 camas críticas en Reanimación |

Durante el año **2018**, se atendieron 155918 urgencias, se realizaron 546 Neurocirugías Programadas y 251 de Urgencia, 47 craniectomías urgentes y 121 programadas. Se registró un total de 2004 óbitos en este periodo. Los *Exitus letalis en las unidades Críticas* y la cantidad Muertes Encefálicas (ME) se muestran en la siguiente tabla:

| | Total de óbitos en unidades de críticos | Total de Muertes Encefálicas. |
|---------------------------------------|---|-------------------------------|
| UVI Neurocrítica | 72 | 34 |
| UVI polivalente y de cirugía cardiaca | 76 | 0 |
| UVI-Neonatos | 4 | 0 |
| UVI Infantil | 13 | 0 |
| Unidad Coronaria | 53 | 0 |
| Unidad de Reanimación (REA) | 14 | 0 |

De las 72 muertes en UVI Neurocrítica, 34 cumplieron criterios de ME, 27 se convirtieron en Donantes y se extrajeron órganos (79% de las ME), 24 fueron multiorgánicas y 3 fueron de un solo órgano. En 20% de las muertes encefálicas (7 ME) no se logró la extracción, debido a: Negativa familiar 14,7% (5 ME). Contraindicación Médica 2,9% (1ME, contraindicada por carcinoma color rectal diseminado). Donante no eficaz 2,9% (1 ME). (figura 3).

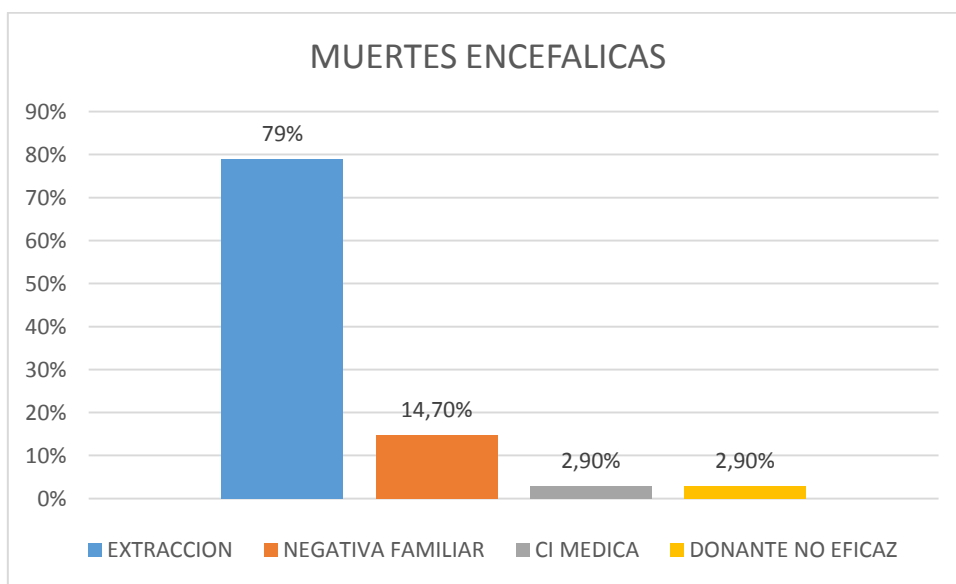


Figura 3. Muertes Encefálicas en UVI, su evolución posterior al diagnóstico. Año 2018

La tasa de negativa familiar disminuye con respecto al año anterior (19,23%) y se sitúa próxima a la media nacional (14,8%). Durante el año 2018 se desarrolló en el Complejo Asistencia Universitario, el plan de Donación en Asistolia Controlada, con 5 donantes. De los cuales se obtuvieron 9 riñones (un donante monorreno) y uno fue a su vez donante hepático. En total durante el año 2018 se extrajeron 81 órganos con una tasa de Implante del 71,6% (58 órganos) y se descartaron 23 órganos (28%). En la comunidad de Castilla y León hay dos centros autorizados por la Consejería de Sanidad para realizar trasplante Renal: el Complejo

Asistencial Universitario de Salamanca y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. La actividad trasplantadora desarrollada por el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca puede verse en la figura 4, habiendo realizado a fecha 31 de diciembre de 2017 un total acumulado de 1.147 trasplantes renales desde 1983, incluidos los 38 trasplantes del programa renal de vivo. En el año 2017 realizaron 54 trasplantes, incluidos los 8 de páncreas/riñón y los 8 de donante vivo, siendo 11 de ellos del Área de Valladolid (4 de vivo, 5 páncreas/riñón y 2 renales de donante de cadáver).

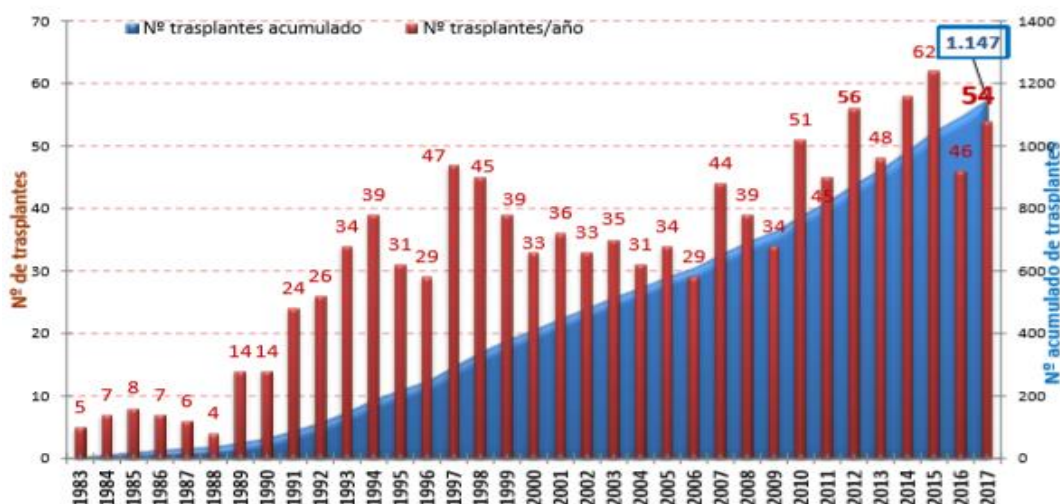


Fig. 4: Evolución del número de trasplantes renales y numero acumulado, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Año 1983-2017

Durante el 2018 la actividad trasplantadora renal resulto en: 62 trasplantes.

Como se mencionó previamente, la actividad no se limita a la procuración de donantes cadavéricos. Se desarrolla en el hospital el plan de donante-trasplante Renal de Vivos (fig.5) y formando parte también del plan de Donación Cruzada.

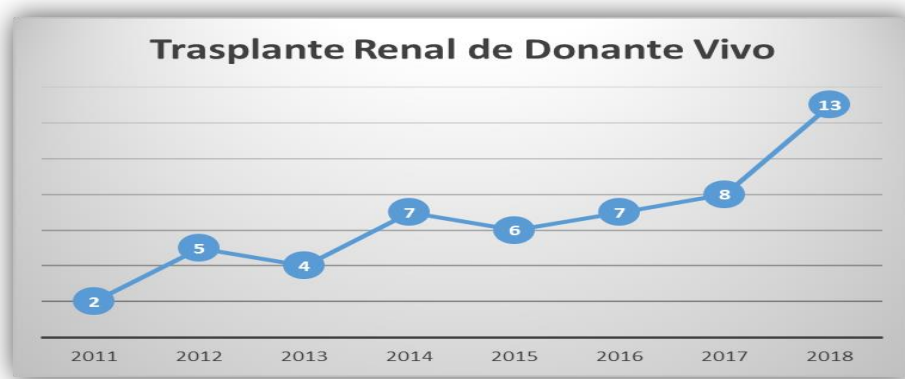


Fig.5: Trasplante Renal de Donante Vivo. Los números indican la cantidad de trasplante por año

El programa de trasplante de páncreas/páncreas-riñón se inicia en Salamanca en el año 2009, con un total de 71 implantes pancreáticos (fig.6), siendo el Complejo Asistencial Universitario el centro de referencia de Castilla y León.



fig.6: Implantes pancreáticos desde el año 2009. Los números indican la cantidad de trasplante por año.

Según las memorias hasta el año 2017, la evolución en la tasa de trasplante de páncreas pmp, en Castilla y León muestra la siguiente evolución (fig.7):

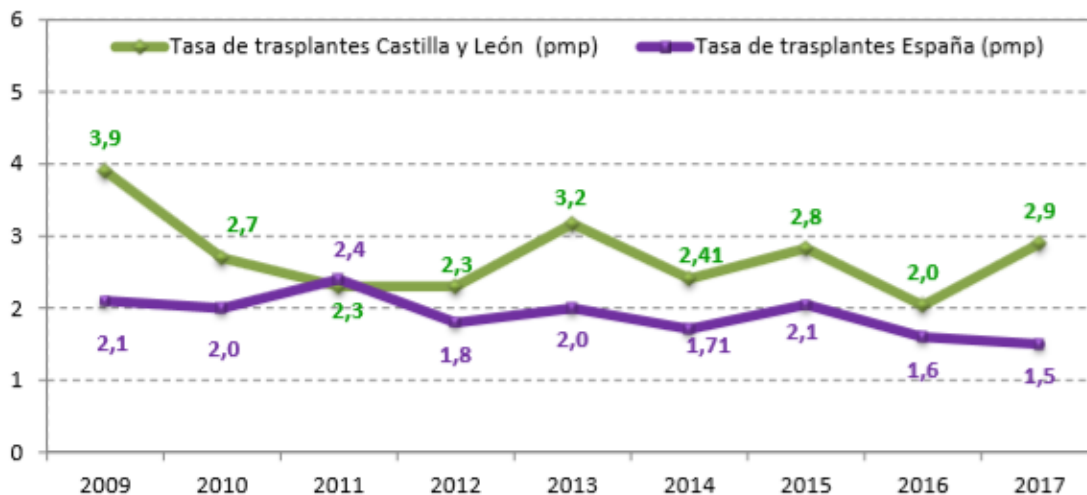


Fig. 7: evolución de la tasa de trasplante de páncreas 2009-2017

Toda la actividad mencionada que se realiza en el CAU-Salamanca, precisa del trabajo mancomunado de la Coordinación y de los Equipos de Trasplante. Pero además no se puede obviar que en este centro se realiza además una importante labor de Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) tanto autólogo, como alogénico emparentado y no emparentados. Además de la actividad concerniente a tejidos, principalmente tejido ocular y oteo tendinoso.

Argentina presenta un crecimiento paulatino en la materia, en los últimos años, sobre todo en el 2018, con un crecimiento interanual de 18%, llegando a una tasa de donantes de 15,75 pmp y una tasa de trasplante de 46,79 pmp.

Nuestra provincia (La Rioja, Argentina), con un Hospital Central con 31 camas de cuidados críticos (21 de UCI y 10 UCO), servicio de Neurocirugía y Emergencia-Urgencia 24hs activo; no cuenta con una unidad de coordinación intrahospitalaria como tal, dependiendo la actividad de la intervención de la oficina de coordinación jurisdiccional. Durante el año 2018 registra una tasa de

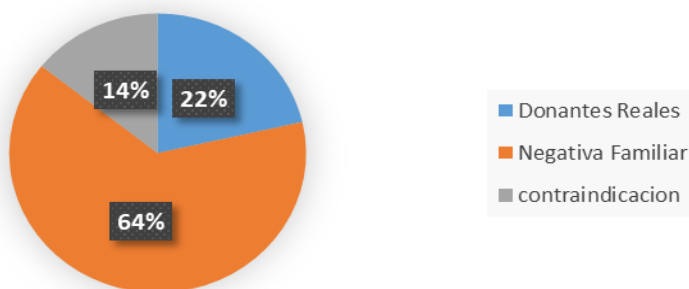
donantes de 7,83 pmp. (fig8) y una tasa de trasplante a partir de los órganos procurados, de 28,7 pmp, ubicándose por debajo de la media nacional.

| PROVINCIA | POBLACIÓN | DONANTES | TASA DE DONANTE PMH |
|---------------------|-------------------|------------|---------------------|
| CABA | 3.068.043 | 107 | 34,88 |
| Tucumán | 1.654.388 | 57 | 34,45 |
| Córdoba | 3.683.937 | 82 | 22,26 |
| Santa Fe | 3.481.514 | 77 | 22,11 |
| Misiones | 1.233.177 | 27 | 21,89 |
| Mendoza | 1.949.293 | 41 | 21,03 |
| Formosa | 595.129 | 12 | 20,16 |
| Entre Ríos | 1.360.443 | 27 | 19,85 |
| Neuquén | 646.784 | 11 | 17,01 |
| Catamarca | 408.152 | 6 | 14,70 |
| Jujuy | 753.891 | 11 | 14,59 |
| La Pampa | 352.378 | 5 | 14,19 |
| Río Negro | 728.403 | 9 | 12,36 |
| Chubut | 598.380 | 7 | 11,70 |
| Santiago del Estero | 958.251 | 11 | 11,48 |
| Buenos Aires | 17.196.396 | 176 | 10,23 |
| Salta | 1.388.532 | 13 | 9,36 |
| La Rioja | 383.220 | 3 | 7,83 |
| San Juan | 764.464 | 5 | 6,54 |
| San Luis | 495.629 | 3 | 6,05 |
| Santa Cruz | 347.593 | 2 | 5,75 |
| Corrientes | 1.101.084 | 5 | 4,54 |
| Chaco | 1.180.477 | 4 | 3,39 |
| Tierra del Fuego | 164.944 | 0 | 0,00 |
| TOTAL | 44.494.502 | 701 | 15,75 |

Fig.6: tasas de donante pmh, por provincia, Argentina. Fuente: memoria 2018 INCUCAI

En dicho periodo se evalúan 85 pacientes con protocolo de Glasgow 7, cargados al sistema de registro SINTRA, de los cuales 37 fueron dados de alta (43,52%) y 48 fallecieron (56,47%). De estos últimos el 34 fallecieron por PCR (70,83%) y 14 por Muerte Encefálica (29,16%) y una tasa de extracción del 21,42%. La evolución posterior de las ME fue como sigue (fig. 9):

Evolucion de las ME



Evolucion de PCR pos ME

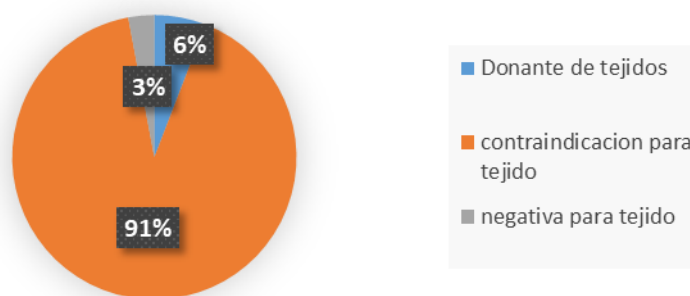


Fig 9: evolución de pos ME. Fuente SINTRA-CRESI

A la luz de estos datos y basado en la experiencia en el CAU de Salamanca y en sus resultados, se propone la CREACION de una UNIDAD DE COORDINACION INTRAHOSPITALARIA O SERVICIO DE PROCURACION Y TRASPLANTE. Cuya estructuración básica podría ser como sigue (ver también anexo 2):

DEPENDENCIA:

- Dependencia de la Dirección del Hospital: esto integra a la Coordinación de procuración y trasplante, como un servicio más del hospital y permite disponer de los recursos necesarios para tal actividad. Es al Director a quien se responde por la labor en materia de donación y trasplante y se informa del control de calidad. El trabajo en conjunto con la Dirección del hospital permite aplicar políticas para crear una actitud positiva para la donación en la comunidad hospitalaria.
- Relación normativa y funcional con la unidad jurisdiccional (CUCAILaR).

PERSONAL:

-Dos Médicos Coordinadores con el perfil actual preponderante, es decir intensivistas que trabajen en las UCIs. Y en la coordinación a tiempo parcial. Para lograr detectar tempranamente las ME y los potenciales Donantes, realizar mantenimiento y las entrevistas familiares; y crear en sus colegas de las UCI la actitud positiva para la donación, transmitir información y actualizaciones en la materia a otros médicos, enfermeros, residentes, etc. Además de estar al día y en contacto con las tecnologías para el diagnóstico de pacientes con lesiones cerebrales, y coordinar los operativos, etc.

-Una enfermera/o a tiempo completo: por la experiencia recabada en CAU-salamanca, este agente es angular para el desarrollo de la unidad de coordinación. Sus funciones son múltiples pero determinantes: Organización logística en los procedimientos en conjunción con el coordinador médico, desarrollo de estadística, seguimiento de los programas implementados, participación en formación continua, en el control de calidad, coordinación de otros enfermeros y auxiliares para los procedimientos de ablación, etc. La asignación de la misma a la Unidad debe gestionarla el Jefe Coordinador de Unidad, autorizado por la Dirección del hospital. Deberá también, desarrollar tareas de formación y docencia, y Capacitarse en mantenimiento cadavérico de potenciales donantes.

-Personal Administrativo: con conocimientos en sistemas de computación. Monitorear ingreso y egreso de pacientes a través de nuestro sistema de datos (el SINTRA), realizar estadísticas, llevar registro de las actividades de la unidad. Gestionar acciones vinculadas a las actualizaciones de Listas de

espera, al registro de medicamentos para los pacientes trasplantados, participar con los requerimientos administrativos durante los operativos. Y mantener una comunicación fluida y actualizada con el organismo jurisdiccional.

MATERIALES:

- Utilería: la unidad coordinación requiere desde el punto de vista físico-estructural, lo mínimo indispensable: material de librería, un ordenador, telefonía, internet, etc.
- Un espacio físico para ordenar sus registros dentro del hospital.
- Como espacio común a la UCI se sugiere contar con un espacio físico para la comunicación de malas noticias, y para la entrevista familiar orientada a la donación. Un espacio acorde y tranquilo redundará en una mejor comunicación y tiene sustento científico a la hora de hablar de Comunicación y establecer la Relación de Ayuda con los familiares.
- Equipamiento específico: electroencefalograma, cajas de ablación, material descartable, insumos relacionados, soluciones de preservación, etc.
- Disponibilidad para determinaciones serológicas y de laboratorio y estudios por imágenes en el hospital
- Adecuar recurso humano a las demandas específicas. Haciendo hincapié en generar personal capacitado de enfermería, auxiliares y celadores para los procedimientos de donación-trasplante.

REMUNERACION:

Prestación adquirida por actividad o por localización según convenios entre Hospital y la Unidad Jurisdiccional y Nacional.

PLAZOS: para iniciar actividades luego de la formación de la unidad, menor a 30 días.

FUNCIONES GENERALES DE LA UNIDAD.

- Cumplimiento del Programa Detección y Seguimiento de Potencial donante (en Argentina a partir del programa de seguimiento Glasgow 7)
- Diagnóstico de Muerte Encefálica, Mantenimiento Cadavérico y Entrevistas Familiares.
- Coordinación de Operativos de Donación / Procuración de tejidos
- Envío de Muestras, Autorizaciones Judiciales y Traslado de Equipos.
- Ablación renal por cirujano del Hospital
- Monitoreo de óbitos/ ME / control de calidad
- Estándares de calidad: Muertes Encefálicas: 70 PMP
 - Tasa de extracción: 60%
 - Donantes de Órganos: 35 PMP
 - Donantes de Tejidos: 10% de óbitos totales
- Operativos en otros Establecimientos de la Ciudad públicos y privados, y en localidades de la provincia.
- Actividades de capacitación a Personal del Hospital y Médicos Residentes
- Información y capacitación a la sociedad, periodistas, asistentes sociales.

- Articular con otros servicios del hospital actividades orientadas a mejorar la calidad del proceso detección-donación y trasplante.
- Presentar evaluación interna con control de calidad a la dirección del hospital y evaluaciones periódicas externas dispuestas por el organismo jurisdiccional, según las normativas nacionales.

DISCUSION:

La herramienta básica propuesta por el Modelo Español para obtener los resultados previstos en donación y trasplante es la Unidad de Coordinación Hospitalaria, con las peculiaridades y características expuestas. Los resultados descriptos en el CAU-Salamanca muestran una intensa actividad y desarrollo constante de programas como el de Donante Renal Vivo que en él 2018 supera al año anterior, y el de trasplante de Páncreas con un número creciente con respecto a años previos que posiciona a Castilla y León por encima de la nacional en cuanto a tasa de trasplante de páncreas pmp según memorias 2017. La importancia de coordinadores médicos a tiempo parcial en la coordinación y en relación directa con las Unidades de Intensivos queda demostrada por la detección de ME (100% de las ME ocurridas en el hospital en el 2018), la reducción de la negativa familiar (del 19,23 al 14,7% en el 2018), y la ausencia de pérdida de donante en ME por parada cardíaca u otras complicaciones. La presencia de una enfermera a tiempo completo en la coordinación, ordena y conecta los diferentes actores, y permite la interacción con los servicios, el seguimiento de pacientes y el ordenamiento de las actividades diarias. La dependencia directa de la Unidad a la Dirección del Hospital permite la auditoria interna, el control de calidad y el empoderamiento de los facultativos. A la luz de estos resultados es que se propone crear una

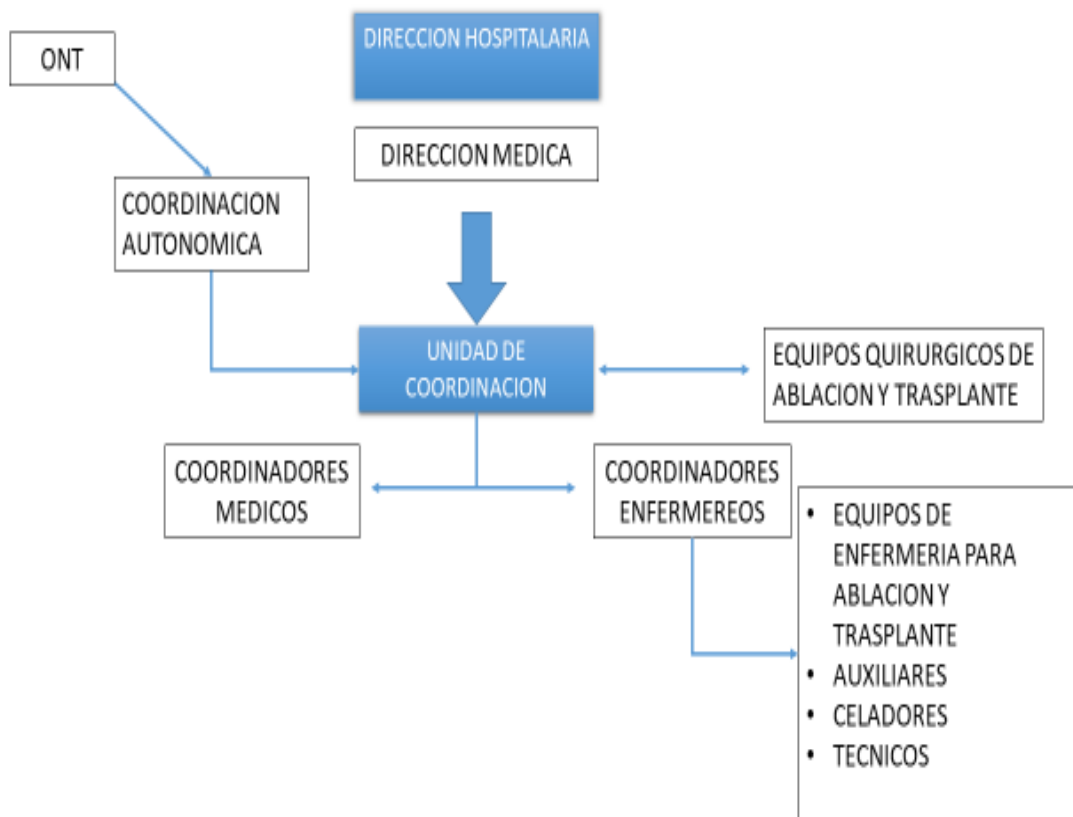
Unidad de Coordinación Hospitalaria en el HEVB, con una estructura similar en cuanto a perfil de coordinadores, dedicación y dependencia. Al igual que funciones y objetivos de calidad básicos para mejorar las tasas de procuración-trasplante en nuestra provincia.

CONCLUSION

Plantear la actividad de donación-trasplante como una necesidad básica y un servicio brindado por el efector de salud (el hospital), es primordial para dar respuesta a la creciente demanda de órganos para el tratamiento de enfermedades graves y terminales. Además de generar un impacto en lo que respecta a costos y beneficio en el sistema público de salud en general, y en la vida de cada paciente y familia en particular. Desarrollar esta actividad de Coordinación desde un lugar ajeno al hospital, y/o desde otro sitio que no sea aquel desde donde se genera el mayor número de potenciales donantes no es lo aconsejable por el Modelo Español, y a la luz de los resultados y del prestigio mundial de dicho modelo, se estima sensato imitarlo. La herramienta necesaria para este fin es la Unidad de Coordinación hospitalaria. La experiencia en CAU-de Salamanca así lo demuestra.

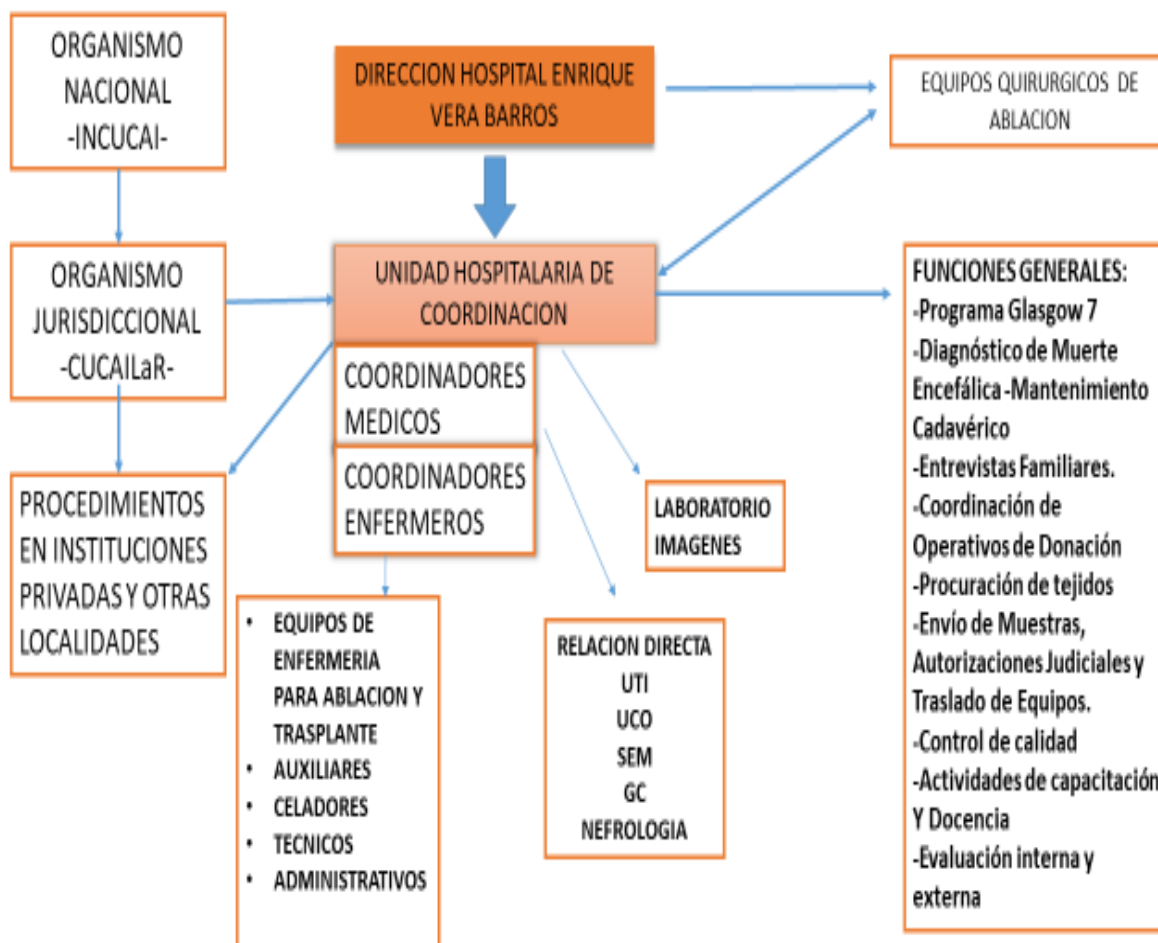
ANEXO 1

Organización Unidad de Coordinación Hospitalaria, CAU-Salamanca.



Anexo 2:

Unidad de Coordinación Hospitalaria sugerida para Hospital Enrique Vera Barros, La Rioja, Argentina: organización básica, relaciones y funciones generales.



BIBLIOGRAFIA

1. Rafael Matesanz . EL modelo español de donación y trasplante: La ONT. El Modelo Español de coordinación y trasplante.2º edición; 11-21 (2008).
2. Beatriz Domínguez Gil. Directora ONT. Master Alianza en Donación y Trasplante de órganos, tejidos y células. Curso 28 de enero-3 de abril 2019: donantes pmp-2018.
3. Beatriz Domínguez Gil. Directora ONT. Master Alianza en Donación y Trasplante de órganos, tejidos y células. Curso 28 de enero-3 de abril 2019: donantes de órganos en España desde inicios de ONT.
4. Beatriz Domínguez Gil. Directora ONT. Master Alianza en Donación y Trasplante de órganos, tejidos y células. Curso 28 de enero-3 de abril 2019: equipos de coordinación, España 2019.
5. Beatriz Domínguez Gil. Directora ONT. Master Alianza en Donación y Trasplante de órganos, tejidos y células. Curso 28 de enero-3 de abril 2019: negativa a la Donación, España 2018.
6. CAU-Salamanca. Unidad de Coordinación. Organización de personal año 2018.
7. CAU-Salamanca. Control de Calidad 2018.
8. Memoria de donación y trasplante de Castilla y León, consejería de Sanidad, Evolución del número de trasplantes renales y numero acumulado, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Año 1983-2017; 49, (2017)
9. CAU-Salamanca, trasplante renal y de páncreas 2018.
10. Memoria de donación y trasplante de Castilla y León, consejería de Sanidad; evolución de la tasa de trasplante de páncreas 2009-2017, 90, (2017).
11. INCUCAI, Memoria 2018 Procuración y trasplante de órganos tejidos y células en Argentina; introducción, 9, (2018).
12. INCUCAI, Memoria 2018 Procuración y trasplante de órganos tejidos y células en Argentina; actividad de procuración y trasplante, 11-12, (2018)
13. INCUCAI, Memoria 2018 Procuración y trasplante de órganos tejidos y células en Argentina; tasa de donante por provincia, 31 ,(2018).
14. SINTRA/CRESI informe de actividad, La Rioja, Argentina.
15. Bustos Jose, Hospitales con unidad de coordinación de trasplante, 3-9, (2018).