



San Luis Potosí, S.L.P., 10 de agosto de 2022

Minuta de Junta Directiva.

Hoy, siendo las 9:00h, reunidos en la sala de juntas de la Dirección General del Centro Estatal de Trasplantes (CETRA), el Dr. Eusermin Gámez Gómez, Director General; la LAE. María José Cancino González, Directora Administrativa; el Dr. Ricardo Javier Díaz de León Navarro, Director Médico, Lic. Ernesto Solís Torres, Titular del área Jurídica y de Derechos Humanos, con la finalidad de dar seguimiento semanal a indicaciones, acuerdos y propuestas.

Toma la palabra el Dr. Eusermin Gámez Gómez, comenta las actividades realizadas desde la ultima reunión.

- Se da seguimiento a las respuestas de la encuesta de las preguntas 91 a la 103 del cuestionario de Clima Organizacional del CETRA, con la que finaliza este análisis, éstas mostraron resultados satisfactorios por lo que se continúan las medidas adoptadas. Se dará seguimiento a las preguntas que se consideraron confusas para mejorar su redacción.

Respecto de las acciones de Control Interno del CETRA:

- Del Programa de Trabajo de Control Interno.
 - Elemento 8: la LAE María José Cancino González presenta la propuesta la evaluación del proceso que se lleva por control interno, esta actividad estará a cargo de personal externo al proceso (Dr. Roberto Ávalos Carbajal), quien tendrá la responsabilidad de conocer a profundidad los procedimientos que lo componen y la metodología de evaluación. Se anexa el listado de acciones de evaluación y actualización.
 - Elemento 9 y 10: Respecto a la aplicación de metodología para la Administración de Riesgos y realización de actividades de control, el Dr. Díaz de León informa que se gestionó la capacitación de los Coordinadores Hospitalarios de donación del Estado el día 14 de Octubre.
 - Elemento 11: Se anexan las responsabilidades de los integrantes del GICI del CETRA en la administración de riesgos del proceso de control interno.



Del elemento 13: el Dr. Díaz de León agregará a su informe mensual de la Dirección Médica del CETRA, en el apartado "Registro Nacional de Trasplantes" las actividades de control manuales y con uso de TICs en el apartado: la tercera, cuarta, y quinta norma se dará seguimiento en la próxima Junta Directiva con los avances.

- Del elemento 14: La LAE María José Cancino González y el Dr. Díaz de León presentarán respectivamente las metas en base al presupuesto, y la información que se inscribe en el Registro Nacional de Trasplantes para informar al personal.
- Del elemento 15: el día 04 de julio se presentó el manual de procedimientos del Proceso que lleva CETRA en Control Interno, se informa que la medición de resultados y cumplimiento se incluye en el formato "Anexo 1 Formato de mesa de trabajo del CETRA con el establecimiento autorizado", en su página 5, apartado "RESULTADO DE LA REVISIÓN Y SUPERVISIÓN DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZADO PARA LA ACTIVIDAD DE DONACIÓN Y TRASPLANTES", el cual se enviará al Centro Nacional de Trasplantes para el análisis de objetivos y metas cumplidas.
- Del elemento 16: se trabaja en los estándares de calidad, resultados y desemeño. Se identifica que el estandar de calidad del proceso de tipo archivable será el cumplimiento del "Acuerdo Administrativo mediante el cual se establecen las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación en Materia de Control Interno del Estado", en el proceso que lleva el CETRA el estándar de calidad de los procedimientos se definirá en la próxima reunión.

- En seguimiento del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos:
 - Se anexa el listado de establecimientos autorizados para donación y trasplantes, y el personal capacitado o con necesidad de capacitación para el manejo de la plataforma del SIRNT.
 - Se inició la capacitación en el manejo de la plataforma del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes al personal de nuevo ingreso al Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes (Coordinadores hospitalarios de donación recién egresados del Diplomado que realiza el Centro Nacional de Trasplantes - UNAM), del Hospital General de Soledad.



- Se anexa cronograma de actividades del tercer trimestre para el cumplimiento del Plan de Trabajo de Control Interno.

De las acciones en donación y trasplantes:

- Se enviará al CENATRA la postulación del Lic. Roberto Castañón Ruiz para el reconocimiento al valor altruista con la emisión del acta de donación expresa ante Notario Público para la realización de los procesos de donación en el Estado.
- En seguimiento de las recomendaciones del Dr. Daniel Acosta se propone el establecimiento del "Programa de Garantía de Calidad del Proceso de donación" en el Hospital General de Soledad y Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto". Se anexa Manual y formatos.

Por la dirección administrativa se informa que:

- Se continua registro de la plataforma CEVAC, más de 200 registros.
- Se gestionó pago de partidas 1000 de agosto, se solicitó pago de partidas 2000 y 3000 correspondientes a Julio.
- Hoy se envían los formatos para el pago a CETRA, y se gestiona la compra de artículos promocionales para Septiembre, mes de la donación y trasplantes.

El Dr. Ricardo Díaz de León

- informa que se da seguimiento mensual y anual de los trasplantes en el Estado.
- Se da seguimiento donación y trasplantes para la entrega de reconocimiento a los donantes y familias donantes en establecimientos públicos y privados del Estado.
- Se tuvo una reunión virtual con la LE Elizabeth Martínez para aclaraciones, recomendaciones y sugerencias a la redacción del proyecto de investigación: *"Factores relacionados a una procuración no exitosa en población potencialmente donante con muerte encefálica, en las instituciones hospitalarias autorizadas por el centro estatal de trasplantes en el estado de san luis potosí para realizar actividades de donación y trasplante"* y se continúa el seguimiento.



- Se coordinó el apoyo al HGZ 50 IMSS con la realización de 1 electroencefalograma de apoyo diagnóstico el día 05 de agosto de 2022.
- Se realizaron 2 asesorías al público en relación a trasplante de hígado y renal.
- Revisión del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes, se detectan procesos de donación, se elaboraron los reconocimientos respectivos a los donantes.

El Lic. Ernesto Solís Torres, titular del área Jurídica y de Derechos Humanos del CETRA informa que

- Se continuó la actualización de la redacción de las cláusulas del convenio para entrega en comodato del microscopio especular para el análisis de tejido corneal, e integración del Banco de Tejidos Oculares, modalidad Banco de Córneas, en las instalaciones del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", no se cuenta con la participación de autoridades del Hospital. La Dra. Martha Rangel notificó al Dr. Díaz de León que es competencia del área jurídica del Hospital.
- Se entregó la información y formatos correspondientes del área para el reporte de transparencia del mes de Julio.

Se adjuntan los documentos referidos. Sin otro asunto por tratar, se da por finalizada la reunión a las 11:48h.

DR. EUSERMIN GÁMEZ GÓMEZ

DIRECTOR GENERAL

LAE. MARÍA JOSÉ CANCINO GONZÁLEZ

DIRECTORA ADMINISTRATIVA

DR. RICARDO JAVIER DIAZ DE LEÓN NAVARRO

DIRECTOR MÉDICO

LIC. ERNESTO SOLÍS TORRES

ÁREA JURÍDICA Y DE DERECHOS HUMANOS

Metodología de evaluación y actualización del proceso:

Vigilar y controlar el cumplimiento de los lineamientos del Registro Nacional de Trasplantes por los establecimientos de la Entidad.

1. Conocer a profundidad el proceso que lleva a cabo el CETRA de Control interno.
2. Identificar semestral las irregularidades que se están presentando.
3. Analizar cómo está el funcionamiento actual de los controles internos y de qué manera estos influyen en el cumplimiento de los lineamientos del registro nacional de trasplantes para los establecimientos de la entidad.
4. Identificar si una falla en uno de estos controles puede afectar el cumplimiento.
5. Definir los propósitos de cada uno de los controles.
6. Llevar a cabo pruebas semestrales y simulacros que permitan conocer si el funcionamiento de los controles es el adecuado.
7. Evaluar la efectividad de los controles.
8. Si se encuentran deficiencias trabajar en la mejora o proponer nuevos controles.

Integrantes del Grupo Interdisciplinario de Control Interno del CETRA (GICI).

10 de Agosto de 2022

DR. EUSERMIN GÁMEZ GÓMEZ
DIRECTOR GENERAL

Preside el grupo interdisciplinario, convoca a reuniones, lleva el orden del día.

LAE. MARÍA JOSÉ CANCINO GONZÁLEZ
DIRECTORA ADMINISTRATIVA

Enlace de administración de riesgos, evaluación interna del proceso

DR. RICARDO JAVIER DIAZ DE LEÓN NAVARRO
DIRECTOR MÉDICO

Generador del manual del proceso, formatos, actualizaciones y propuestas.

LIC. ERNESTO SOLÍS TORRES
TITULAR DEL ÁREA JURÍDICA Y DE DERECHOS HUMANOS
Apoyo en la generación del manual, formatos, actualizaciones y propuestas.

DR. ROBERTO ÁVALOS CARBAJAL
Evaluador externo, propuestas de mejora, coordina la metodología de mejora y actualización del proceso.

Personal responsable de Ingresar la información de actividad en donación, trasplantes y banco al Sistema Informativo del Registro Nacional de Trasplantes

ID RNT	Establecimiento	Nombre	Requiere capacitación	Observaciones:
31	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.	Dr. Sergio Cifuentes Gordillo	No	
75	SOCIEDAD DE BENEFICENCIA ESPAÑOLA A.C.	Dra. Thaydee G. Monsiváis Samroyo	No	
76	HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"	Dr. César Hernández Mier	No	
186	CENTRO DE OFTALMOLOGIA J. A. CASTAÑON		--	Programa inactivo, Pendientes de reactivación.
232	LASER SAN LUIS SA DE CV	Dra. Blanca Elizabeth Martínez Báez	SI	Se envió manual, pendiente taller presencial.
315	BANCOS DE TEJIDOS OCULARES DE SAN LUIS POTOSI	Dra. Karla E. Medina Marino	No	
345	HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 50	Dr. Francisco Javier Rodríguez Quilantán	No	
377	HOSPITAL GENERAL DE CD. VALLES	Dra. Gabriela López Leija	No	
406	HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1	Dr. Claudio Alberto García Perales	No	
428	HOSPITAL GENERAL DE SAN LUIS INTERNACIONAL	Dra. Ismael Padilla Avala	No	
488	MEDICA QUIRURGICA AMBULATORIA S.A.	Dra. Carla del Rocío Robles Gutiérrez	No	
551	OFTALMOLOGIA POTOSINA AVANZADA S.A. DE C.V.	Ing. Pedro Pablo Trujillo Faz	No	
620	STAR MEDICA, S. A. DE C. V. SAN LUIS POTOSI	Dr. Ricardo Aranda Castillo	No	
643	HOSPITAL GENERAL DE SOLEDAD	Dra. Maria del Carmen Medina González	SI	Solicitó a CENATRA cambio de contraseñas de acceso

Cronograma de actividades del Proceso

		Quincenas					
		1a julio	2a julio	1a agosto	2a agosto	1a sept	2a sept
Acción	Actividad						
Presentación del manual del proceso Vigilar y controlar el cumplimiento de los lineamientos...	Convocatoria a establecimientos autorizados						
	Subida del manual a página del CETRA www.cetraslp.gob.mx						
Revisión de cumplimiento en la Plataforma del Registro Nacional de Trasplantes https://cenatra.gob.mx/rnt/	Revisión de actas del comité						
	Revisión de la inscripción de receptores, donantes y trasplantes						
	Revisión de validación interna de la información inscrita en el Sistema Informático						
Mesa de trabajo Hospitales, establecimientos autorizados para donación, trasplante y/o banco.	Envío de oficio de supervisión						
	Supervisión de los programas de donación y trasplantes activos presencial						
	Análisis de la información obtenida de la supervisión de la plataforma nacional y presencial						
Mejoras al proceso	Generación de recomendaciones al establecimiento						
	Aplicación de la metodología para la mejora y actualización del proceso						



POTOSÍ
PARA LOS POTOSINOS
GOBIERNO DEL ESTADO 2021 • 2027



Manual del Programa de Calidad en el Proceso de Donación Cadavérica

Dr. Eusermin Gámez Gómez
Dr. Ricardo Javier Díaz de León Navarro.

REVISIÓN:
2022.- Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación

FECHA:
Agosto de 2022

INDICE

	<i>Pág.</i>
<i>1. Objetivo General</i>	<i>3</i>
<i>2. Objetivos Específicos</i>	<i>3</i>
<i>3. Justificación</i>	<i>3</i>
<i>4. Identificación del Centro Estatal de Trasplantes</i>	<i>4</i>
<i>5. Responsabilidades</i>	<i>5</i>
<i>6. Definiciones</i>	<i>5</i>
<i>7. Alcance y tiempo de aplicación</i>	<i>7</i>
<i>8. Formatos</i>	<i>12</i>
<i>9. Procedimientos</i>	<i>12</i>
<i>10. Fuentes</i>	<i>14</i>

Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación Cadavérica

1.- Objetivo general.

- Que todo procedimiento de donación en el Estado sea documentado física y digitalmente, quedando registrada dicha información para poder ser verificada y supervisada. Este registro se instituye en una herramienta con fines legales, de investigación y de realimentación del Programa mismo.

2.- Objetivos específicos:

- Que cada hospital realice un análisis de sus propios procedimientos con la finalidad de implementar acciones idóneas que mejoren sus resultados y fortalezcan las que demuestran ser funcionales.
- Asistir a los responsables del área de coordinación hospitalaria de donación y del Comité Interno de Trasplantes o de Coordinación para la Donación, con el fin de proporcionar análisis, valoración e información concerniente a las actividades supervisadas.
- Valorar la efectividad y eficiencia en la ejecución de las responsabilidades asignadas al personal involucrado.
- Dar certeza en los procesos de donación para el personal profesional involucrado y las familias de los donantes.
- Ser fuente de información al personal de la institución evaluada.
- Conocer los indicadores de calidad para cada Hospital procurador.
- Describir los factores que impactan directa o indirectamente sobre el proceso de donación.
- Identificar las Áreas del Proceso susceptibles de mejora.
- Validar la información obtenida de una evaluación interna, por personal externo a la institución.
- Emitir recomendaciones en base a los resultados obtenidos.
- En base a los resultados de la supervisión externa se propone la denominación “Hospital donante” a los establecimientos comprometidos con la calidad del proceso de donación.

3.- Justificación

Los trasplantes se consideran la mejor opción terapéutica disponible para la insuficiencia orgánica, en indicadores de supervivencia y de calidad de vida. No obstante la escasez de órganos es la principal limitante para dar respuesta a la creciente demanda de órganos y tejidos para trasplante.

Es de interés público que las actividades de trasplante se realicen de la mejor manera de acuerdo a lo que se dispone y dentro de los límites humanos, económicos, materiales y legales con que se cuenta. La donación cadavérica es una preocupación constante para todos los involucrados en los programas de donación y trasplante, por lo que es necesaria la evaluación de la calidad del proceso.

A partir de la publicación del Reglamento a la Ley General de Salud (Marzo de 2014) se establece la obligatoriedad para el establecimiento de implementar un sistema de gestión de calidad en los programas de trasplante en coordinación con los Centros Estatales de Trasplante. (Art. 34 del Reglamento a la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes)

Con el decreto 530 (Marzo de 2014) y las actualizaciones subsecuentes de la Ley de Donación y Trasplantes para el Estado de San Luis Potosí, se reestructuraron las funciones y responsabilidades del Centro Estatal de Trasplantes con la finalidad de otorgarle certeza y capacidad funcional.

Corresponde al Centro Estatal de Trasplantes coordinar y validar las acciones dirigidas a mejorar los procesos de donación y vigilar las actividades de donación y trasplantes.

4.- CETRA. Identificación del Centro:

Centro Estatal de Trasplantes, organismo descentralizado de la administración pública, encargado de la política pública en materia de donación y trasplantes de órganos, así como de los bancos de órganos y tejidos para trasplantes.

Centro Estatal De Trasplantes (CETRA).

Dirección del establecimiento: **Av. Scop # 1050, Col. Jardín, San Luis Potosí, S. L. P.**

Teléfonos de oficina: **(444) 813 33 64 y 813 33 84**

Nombre del servicio: **Coordinación estatal de donación y trasplantes.**

Número de teléfono de contacto las 24h: **44 41 27 34 66**

e-mail de contacto: **trasplanteslp@cetraslp.gob.mx, dirmedcetraslp@gmail.com**

Dirección General: supervisar, dirigir, vigilar y autorizar la aplicación del presente programa.

Dirección Médica: planear y supervisar las acciones del programa.

Dirección de Administración: revisar, gestionar y resguardar los recursos. Revisar los manuales de procedimientos y formatos.

Coordinador hospitalario de donación: médicos capacitados en el área de donación asignados por cada hospital con actividades de donación y trasplante, se encargan de llevar a cabo el proceso de donación, registrar datos derivados de cada proceso.

Comité Interno de Trasplantes o de Coordinación para la Donación: órgano colegiado del establecimiento responsable de las acciones en materia de donación y trasplantes.

Junta de Gobierno del Centro Estatal de Trasplantes: Junta de autoridades responsables del funcionamiento general del CETRA.

5.- Responsabilidades.

La responsabilidad del programa de garantía de calidad recae en el Comité Interno de Trasplantes o de Coordinación para la Donación de cada establecimiento, en coordinación con la Dirección Médica del Centro Estatal de Trasplantes, le corresponde:

- Actualizar y respaldar los datos obtenidos de los procesos de donación.
- Verificar la capacitación del personal involucrado en los procesos de donación.
- Vigilar que los procesos se realicen de acuerdo a la ética y normatividad vigente.
- Cumplir y dar seguimiento a los indicadores que representen la efectividad de los procedimientos.

6.- Definiciones.

Buenas prácticas: las acciones que genéricamente han demostrado ser efectivas en todos los hospitales.

Calidad: registro de acciones que nos permiten realizar, evaluar, comparar procedimientos con el fin de mejorar.

Capacidad generadora (de potenciales donantes): porcentaje de éxitos por muerte encefálica en el período de un año; la cual se obtendrá en forma general, (del total de defunciones) y en forma específica para la unidad de cuidados intensivos.

Causa de pérdida de potenciales donadores: Causa limitante de la continuidad de un proceso de donación.

Donante cadavérico: Donador en el que se ha determinado la pérdida de la vida por muerte encefálica o paro cardíaco irreversible.

Donador real: El donador en que se hace efectiva la extracción de al menos un órgano, tejido o segmento vascularizado con fines de trasplante.

Efectividad Global: porcentaje de pacientes en muerte encefálica que son donadores reales de órganos y tejidos con fines de trasplante en un lapso de tiempo determinado.

Evaluación: proceso sistemático para obtener y valorar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades y otros acontecimientos relacionados a un proceso específico.

Éxitus: Número de defunciones totales en un periodo y unidad hospitalaria determinados.

Hospital generador: hospital en que sucede la defunción del donador.

Hospital procurador: hospital en que se lleva a cabo el proceso de extracción de órganos y tejidos.

Hospital trasplantador: hospital autorizado en el que se realiza el trasplante.

Indicador de calidad: los datos estadísticos o descriptivos obtenidos sistemáticamente con la finalidad de mejorar los procesos. Permiten la comparación de resultados con los de otras instituciones en similitud de condiciones.

Manual de calidad: conjunto de disposiciones administrativas, médicos, procedimientos técnicos y/o normativos debidamente documentados, así como acciones para verificación y medidas correctivas destinadas a asegurar la eficacia del proceso.

Muerte encefálica: pérdida irreversible, por causa conocida, de las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de hemisferios cerebrales como del tronco encefálico, corroborado por estudios de gabinete. (Art 343 y 344 de la Ley General de Salud).

Pérdida del donante: interrupción del proceso de donación en cualquier momento antes de la extracción de órganos y tejidos válidos para trasplante.

Potencial donador: persona con daño neurológico grave y posible evolución a muerte encefálica en un plazo de tiempo breve.

Proceso de donación: conjunto de acciones destinadas a la obtención de órganos y tejidos con fines de trasplante, que inicia con la detección de un posible donante, continúa con la evaluación y el mantenimiento hemodinámico, la obtención del consentimiento para la disposición de órganos y tejidos, y concluye con la entrega del cadáver a los disponentes secundarios o autoridad competente en su caso.

Trazabilidad: en donación de órganos y tejidos, se refiere a la capacidad de localizar e identificar los órganos, tejidos y células, en cualquier momento desde su extracción hasta el trasplante o destino final.

Validación: determinar algo formalmente adecuado y que se ajusta a los estándares.

Viabilidad (de un órgano o tejido para trasplante): condición integral que caracteriza a los órganos y tejidos con probabilidades de concretarse en un trasplante o injerto útil considerando sus características y las circunstancias del proceso.

7.- Alcance y campo de aplicación.

El presente manual se establece como un elemento normativo para la ejecución de las actividades del proceso de donación, además informativo y de utilidad en el cumplimiento y seguimiento de indicadores puesto que en él se establecen los lineamientos para llevar un control y cumplir los objetivos de un estándar de calidad. La evaluación del proceso se realiza en dos etapas.

Primer Etapa: Evaluación interna

Consiste en una evaluación por los propios equipos de coordinación de los hospitales, mediante el análisis retrospectivo de los casos de defunción.

Requiere una evaluación inicial del hospital para establecer su capacidad generadora de potenciales donantes:

- Número de camas censables.
- Número de camas de la unidad de terapia intensiva.
- Defunciones totales en el último año.
- Casos de muerte encefálica durante el último año.

Cada hospital definirá sus procedimientos y personal responsable de la evaluación interna. Se apoya en el formato “Criterios de exclusión”.

La evaluación interna permite conocer la pérdida de un potencial donante desde la detección y hasta el momento del egreso hospitalario del cadáver.

La información requerida para la evaluación interna es el censo del total de defunciones mensual en el establecimiento que contenga los siguientes datos:

- Identificador individual.
- Fecha y hora de defunción (permite establecer el horario crítico de detección),
- Sala/Cama,
- Edad,

- Causa de la defunción (como se registra en el certificado de defunción o en el diagnóstico final en expediente).
- Comentario (Aquí se puede establecer otras causas de exclusión para ser donante, por ejemplo: ser paciente no identificado, no contar con familiares, sin diagnóstico corroborado).
 - Para los pacientes detectados que se descartan se registra la causa:
 - Neoplasia
 - Infectocontagioso
 - Edad
 - No viable (los casos que no cumplen criterios de exclusión, sin embargo los órganos y/o tejidos no son viables para su uso en trasplante por cualquier causa, por ejemplo: prematuridad, intoxicación o envenenamiento, lesión directa del órgano o tejido)
 - Riesgo sanitario (Riesgo de trasplante no asumible, por ejemplo, en casos de sospecha de enfermedad contagiosa sin disponibilidad diagnóstica, causa de la muerte no determinada).

Formato de “Registro potenciales donantes y defunciones”:

Núm.	Nombre	Fecha/Hora	Sala/Cama	Edad	Causa de defunción	Comentario
1						
2						

La valoración de los casos de potenciales donantes en muerte encefálica detectados se realizará con el formato de evaluación del riesgo sanitario.

Formato de "Resumen y valoración de riesgo del donante"



RESUMEN Y VALORACION DE RIESGO DEL DONANTE

Hospital: _____
 Nombre: _____ Edad: _____ Servicio y cama: _____
 Procedencia: _____
 Fecha de ingreso: ____/____/____
 Antecedentes Potencial Donador: DM2 (), HTA (), Alcoholismo (), Tabaquismo (), Reumáticos (),
 Cardíaco (), Infectocontagioso (), Neoplásico (), Trasfusiones (), Tatuajes (). Otros () Especificar:

Padecimiento Actual: _____

Evolución: _____

Dx. de Ingreso: _____
 Dx. actual: _____

Reporte de Estudios de Gabinete: _____

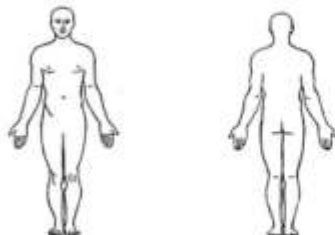
Suspensión de sedantes: (Fecha y Hora): ____/____/____, ____:____ hrs. PCR () si, () no
 Fecha de inicio y nombre de antibióticos actuales: _____

Peso: ____ kg, Talla: ____ m, IMC: _____; TAM: ____ mmHg; FC: ____ lpm, Temp: ____ °C; Diuresis: ____ ml/k/h;

Aminas	Dosis mcg/k/min	Fecha de Inicio	Grupo sanguíneo

BH	QS	ES	PFH	EGO	Serol:
Leu:	Gluc:	Na:	Alb:	Aspct:	VDRL:
Hgb:	Urea:	K:	TGO:	Dens:	HIV 1 y 2:
Hct:	Creat:	Cl:	TGP:	Leuc/c:	CMV IgG:
Plaq:		Ca:	B.T:	Prot:	CMV IgM:
Band:	Coag: / /	P:	B.I:	Eri/c:	VHB:
Obs:	TP:	Mg:	FA:		VHC:
	INR:	Otros:			
	TTP:				

EXPLORACION FISICA: Fecha ____/____/____, ____:____ hr.



1. Hematoma
2. Cicatriz
3. Adenomegalia
4. Tatuaje
5. Punción no terapéutica
6. Otro: _____

Observaciones: _____

Peso aproximado: _____ kg.

Hemodilución: Fecha y hora de toma de Muestra de Serología: ____/____/____, ____:____ hrs.
 48hrs previo a toma de Muestra Sanguínea: Paq. Glob: ____; Plaquetas: ____; Crioprecipitados: ____;
 Plasma: ____; Gelatina/Hemacel/Dextrosa: _____
 Ultima hr. Antes de muestra sanguínea : Cristaloideos (Hartmann/salino/mixto/glucosado/Ringer): ____ ml

El seguimiento del potencial donante desde la detección hasta el egreso hospitalario se realizará mediante el registro en el formato "Calidad del Proceso de donación":

GARANTÍA DE CALIDAD DEL PROCESO DE DONACIÓN

TEMPOS	AVISO: CETRA CENATRA	hrs. : / / hrs. : / /	hrs. : / / hrs. : / /	hrs. : / / hrs. : / /	hrs. : / / hrs. : / /
Pérdida de la vida		EEG <input type="checkbox"/> Doppler <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Caso Médico Legal : <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No		

<p>ETAPAS DE LA DONACION.</p> <p>A)- Defunción detectada.</p> <p style="text-align: center;">SI ↔ No</p> <p style="text-align: center;">Especificar: Contraindicación Médica</p> <p>B)-</p> <p style="text-align: center;">No ↔ SI</p> <p style="text-align: center;">Especificar: Viable para donación</p> <p>C)-</p> <p style="text-align: center;">SI ↔ No</p> <p style="text-align: center;">Especificar: Se realiza Entrevista Familiar: En caso Médico-Legal: autorización MP:</p>	<p style="text-align: center;">Causa:</p> <p style="text-align: center;">** (0)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Causa:</p> <p style="text-align: center;">** (1 6 2)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Causa:</p> <p style="text-align: center;">** (3,4,5,6,7,8)</p>	<p style="text-align: center;">Causa de ME: *</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1 A</td><td>TCE - Accidente vehicular</td></tr> <tr><td>B</td><td>TCE - Arma de fuego</td></tr> <tr><td>C</td><td>TCE - Accidente laboral</td></tr> <tr><td>D</td><td>TCE - Otros</td></tr> <tr><td>2 A</td><td>EVC - Isquémico</td></tr> <tr><td>B</td><td>EVC - Hemorrágico</td></tr> <tr><td>3 A</td><td>Anoxia</td></tr> <tr><td>4 A</td><td>Tumor</td></tr> <tr><td>5 A</td><td>Otro:</td></tr> </table> <p>Entrevistador: _____</p> <p>Observaciones: _____</p>	1 A	TCE - Accidente vehicular	B	TCE - Arma de fuego	C	TCE - Accidente laboral	D	TCE - Otros	2 A	EVC - Isquémico	B	EVC - Hemorrágico	3 A	Anoxia	4 A	Tumor	5 A	Otro:
1 A	TCE - Accidente vehicular																			
B	TCE - Arma de fuego																			
C	TCE - Accidente laboral																			
D	TCE - Otros																			
2 A	EVC - Isquémico																			
B	EVC - Hemorrágico																			
3 A	Anoxia																			
4 A	Tumor																			
5 A	Otro:																			

<p>0 NO SE AVISA A COORDINACIÓN</p> <p>0A : Sin causa específica</p> <p>0B : Descartado incorrectamente</p> <p>0C : Otra Causa</p>	<p>2 OTRAS CONDICIONES QUE IMPIDEN DONACIÓN</p> <p>2A : Sin causa de fallecimiento determinada</p> <p>2B : Antecedentes personales no disponibles</p> <p>2C : No valorable por condiciones hemodinámicas/PCR</p>	<p>5 SIN RECEPCIÓN ADECUADO</p> <p>6 NEGATIVA LEGAL</p> <p>7 NEGATIVA FAMILIAR</p> <p>7A : Negativa en vida del potencial donante</p> <p>7B : Negativa familiar sin razón específica</p> <p>7C : Dudas sobre la Muerte Encefálica</p> <p>7D : Dudas sobre integridad del cuerpo</p> <p>7E : No apoya a la sociedad.</p> <p>7F : Problemas con personal de salud</p> <p>7G : Mobios religiosos</p> <p>7H : Otra (especificar)</p>	<p>8 DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA NO COMPLETADO</p> <p>8A : No disponibilidad de método diagnóstico</p> <p>8B : Necesidades para método diagnóstico no disponibles</p> <p>8C : Pruebas confirmatorias no son concluyentes</p>
---	---	---	--

<p>1 CONTRAINDICACIONES MÉDICAS</p> <p>1A : Infección Bacteriana Activa</p> <p>1B : Infección por tuberculosis</p> <p>1C : Infección viral activa</p> <p>1D : Patología Sistémica - Colageno/Vasculitis</p> <p>1E : Patología sistémica - Arterioesclerosis avanzada</p> <p>1F : Neoplasia maligna</p> <p>1G : Riesgo infectocontagioso propio</p> <p>1H : Falta orgánica séptica</p> <p>1I : Otra contraindicación médica (especificar)</p>	<p>3 PROBLEMAS EN EL MANTENIMIENTO</p> <p>3A : Infección sistémica sin identificación etiológica</p> <p>3B : PCR Irreversible</p> <p>3C : Fallo multiorgánico evitable</p> <p>3D : Otro problema en mantenimiento (especificar)</p>
---	--

<p>4 PROBLEMAS ORGANIZATIVOS</p> <p>4A : No se localizan familiares</p> <p>4B : Retraso legal</p> <p>4C : Logística interna (hospital)</p> <p>4D : Logística externa (equipos, procuradores)</p>	<p>9 PROBLEMAS DE MANTENIMIENTO</p> <p>9A : Sin causa de fallecimiento determinada</p> <p>9B : Antecedentes personales no disponibles</p> <p>9C : No valorable por condiciones hemodinámicas/PCR</p>
---	---

La información obtenida mensualmente se analiza objetivamente por el Comité Interno de Trasplantes o de Coordinación para la Donación del establecimiento. Los datos se categorizan en el formato “**Registro de defunciones**”. **Se generan indicadores de calidad (capacidad generadora, causas de pérdida del donante y efectividad global)**, información descriptiva, estrategias y recomendaciones.

El formato electrónico del archivo de Excel genera un reporte automático.

Segunda etapa: Mesa de trabajo, validación externa.

Es realizada por profesionales externos al establecimiento en presencia de un representante del Comité Interno de Trasplantes o de Coordinación para la Donación por cada año de evaluación interna. Se programa la visita a los hospitales en comunicación con la Dirección General del Hospital. Se informa a los responsables en el hospital la mecánica de revisión de expedientes y de defunciones que se realizará:

- Se solicitarán al azar expedientes de defunciones del periodo evaluado. La selección de expedientes se realiza en el momento. El número de expedientes corresponde al 1% de las defunciones anuales.
- Se solicitarán 2 expedientes de potenciales donantes detectados con proceso de donación no concretado dentro del mismo periodo de tiempo.
- En caso de no contar con procesos de donación se evaluarán casos de pacientes fallecidos viables para donación de acuerdo con los criterios de exclusión registrados en los diagnósticos al egreso de la bitácora de defunciones o de entrega de certificados de defunción.
- Del mismo periodo se evaluará la detección de defunciones de 3 días al azar.

La interpretación de los resultados para cada hospital serán categorizados de acuerdo a los siguientes aspectos:

Tipo y características del Hospital: Por el nivel de atención, número de camas, disponibilidad de la especialidad de neurocirugía, unidad de terapia intensiva infantil y adultos.

Criterios de Admisión para la Unidad de Cuidados Intensivos: Hay criterios de admisión para pacientes graves variables entre los distintos establecimientos. Generalmente es de acuerdo a la capacidad de atención y número de camas de terapia intensiva disponibles. **Se deberá registrar si la unidad acepta el mantenimiento del potencial donante como criterio de ingreso.**

Análisis de las Defunciones: En la interpretación de los resultados de efectividad y de porcentaje de pérdidas debido a contraindicaciones médicas, problemas de mantenimiento del donante cadavérico, implicaciones médico-legales.

Funcionamiento del Establecimiento: Existen elementos organizativos específicos de cada hospital, que condicionan su propio funcionamiento y que se deben de tener en cuenta especialmente en el diseño de posibles medidas de mejora.

8.- Formatos del Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación.

Documento	Responsable
Registro potenciales donantes y defunciones	Coordinador de donación hospitalario
Resumen y valoración de riesgo de potencial donador	Coordinador de donación hospitalario
Calidad del proceso de donación	Coordinador de donación hospitalario
Evaluación del expediente	Evaluador externo
Análisis del censo de defunciones	Evaluador externo

9.- Procedimientos

Se enlistan a continuación en orden de realización los procedimientos del programa de calidad, así como el responsable de cada uno.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	
Entrega de Manual	Entrega del presente manual a los establecimientos con procesos de donación en el estado. Entrega en físico y/o formato electrónico.	Se entrega al Director General del establecimiento.
Elaboración del Censo mensual de defunciones.	Elaboración del censo de defunciones en el formato mencionado en "evaluación interna"	Responsable: Coordinador hospitalario de donación
Registro de datos	Llenado de los formatos "Registro potenciales donantes y defunciones" y "Resumen y valoración de riesgo del donante"	Llenado de los formatos. Responsable: Coordinador hospitalario de donación
Generación de informe	Solicitar informe a la hoja de cálculo. (El archivo se envía por el CETRA vía correo electrónico).	Generación de graficas descriptivas de la información. Responsable: Coordinador hospitalario de donación
Almacén del informe	Resguardo digital del informe	Guardado de cambios en el archivo. Responsable: Coordinador hospitalario de donación

Procesamiento de la información	Acceso a los datos generados	Visualización y manejo de la información en el equipo de cómputo. Responsable: Coordinador hospitalario de donación
Revisión y análisis	Revisión de información y análisis objetivo.	Presentación del informe. Responsable: Comité Interno de Trasplantes o de Coordinación para la donación.
Mesa de trabajo con evaluación externa	Evaluación anual.	Mesa de trabajo de trabajo con un representante del Comité Interno de Trasplantes o de Coordinación para la donación del establecimiento. Responsable: Centro Estatal de Trasplantes
Recomendaciones	Sugerencias al programa interno	De acuerdo a la información obtenida se hacen observaciones para la mejora continua del programa hospitalario de donación. Responsable: Centro Estatal de Trasplantes.
Reconocimiento al Establecimiento	Se extiende el reconocimiento a las acciones de calidad en evento solemne de forma anual en el mes de Septiembre. Se otorga al Hospital la denominación de "Hospital donante" por autoridades sanitarias y del Ejecutivo Estatal.	Responsable: <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento a la continuidad de medidas de Calidad por CETRA y autoridades locales. • Reconocimiento de Hospital Donante por CETRA-CENATRA y los Servicios de Salud para establecimientos comprometidos con la calidad del proceso de donación.

10. Fuentes:

1. Ley General de Salud, Título 14. Donación, trasplantes y pérdida de la vida.
2. Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Trasplantes. Marzo 2014
3. Ley de donación y trasplantes para el Estado de San Luis Potosí, Mayo de 2022
4. Organización Nacional De Trasplantes, España. Garantía de Calidad. <http://www.ont.es/infesp/paginas/programadegarantiadecalidad.aspx>
5. Centro Nacional de Trasplantes, México, Transparencia focalizada. http://www.cenatra.salud.gob.mx/transparencia_focalizada.html
6. Centro Nacional de Trasplantes, México, Recomendaciones dirigidas. http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/transparencia_recomendaciones_dirigidas.html.
7. Modelo Español De Coordinación y Trasplantes, 2ª ed. R. Matesanz.
8. ONT, Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación, metodología, <http://www.ont.es/infesp/paginas/metodologia.aspx>
9. N. Cuende*, J. F. Cañón*, M. Alonso** Et Al, Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación y Trasplante de la Organización Nacional de Trasplantes, Nefrología. Vol. XXI. Suplemento 4. 2001,
10. Ley General de Salud, México, Diario Oficial de la Federación 05-03-2012
11. Newsletter, Actividad de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, y Recomendaciones Aprobadas por el Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. RCIDT 2012, Vol. VI, No. 1, Noviembre 2012.
12. RECOMENDACIÓN REC -RCIDT- 2012 (17) SOBRE PRÁCTICAS GERENCIALES PARA ORGANISMOS DE COORDINACIÓN Y GESTIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTE EN IBEROAMÉRICA
13. RECOMENDACIONES PARA INCREMENTAR LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS, Fases del Proceso de Donación. Áreas de Mejora, Newsletter RCIDT Uruguay 2006 http://www.transplant-observatory.org.../Soluciones_a_la_Escasez_de_organos.pdf
14. Introducción al Trasplante de Órganos y tejidos, 3ª Ed. Valentín Cuevas, Mons Martínez, 2009, ISBN -13: 978-84-613-5973-8.
15. La Salud en México: 2006/2012, visión de Funsalud, Primera edición. ISBN 968-5661-46-4.
16. http://es.wikipedia.org/wiki/Control_de_calidad
17. Manual de Coordinador Hospitalario en Trasplantes. Programa de Donación de Órganos y Tejidos. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Trasplantes.
18. Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación. Resultados 1999-2004. ONT, Butlletí trasplantament 2006, G. Garrido, G de la Rosa, C. Martín, E. Sagredo, B. Miranta, R. Matesanz
19. Aplicación informática para la autoevaluación del programa de garantía de calidad de la Organización Nacional de Trasplantes, J. F. Cañón, N. Cuende y B. Miranda, NEFROLOGÍA. Vol. XXIII. Suplemento 5. 2003.
20. Guía de referencia rápida Diagnóstico de MUERTE ENCEFÁLICA. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: SSA-488-11.
21. http://www.ont.es/publicaciones/Documents/GUIA_BUENAS_PRACTICAS_DONACION_ORGANOS.pdf Guía de buenas prácticas en el proceso de donación de órganos. ONT. 2011



POTOSÍ
PARA LOS POTOSINOS
GOBIERNO DEL ESTADO 2021-2027



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN, DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS PARA TRASPLANTE

Criterios de exclusión absolutos (riesgo es mayor al beneficio esperado por el trasplante).

- Infección por VIH.
- Causa de muerte desconocida.
- Sepsis como causa de muerte.
- Neoplasia como causa de muerte.
- Neoplasias de alto grado de malignidad aun sin metástasis evidente.
- Infección sin aislamiento del agente causal.
- Enfermedad mental o estado de interdicción.

Criterios de exclusión relativos (posibilidad terapéutica del riesgo agregado al receptor)

- Múltiples transfusiones últimas 72hrs.
- Neoplasia primaria del sistema nervioso central como causa de muerte.
- Edad (menores de 3 años, mayores de 65 años)
- Pérdida de peso mayor a 5kg en último año
- Lesión en el órgano o tejido que se procura.
 - Córneas: Cirugía Intraocular, enfermedad ocular intrínseca, retinoblastoma, queratocono, queratoglobo.
 - Tejidos: infección o contaminación del tejido. Enfermedades autoinmunes.
 - Órganos sólidos: insuficiencia orgánica, infección del órgano, lesión orgánica o mecánica.
- Tatuaje/piercing/acupuntura en últimos 6 meses
- Estadía en prisión último año
- Más de una pareja sexual
- Envenenamiento como causa de defunción.
- Infección por Hepatitis viral.
- Infección bacteriana con agente causal conocido y en tratamiento.
- Infección por COVID19.