

EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA DE HOSPITAL DONANTE TRABAJO FINAL INTEGRADOR



**ESPECIALIZANDO
LIC. MARTHA VILCHEZ
DOCENTES
Dra Cometto María Cristina
Dra Gómez Patricia
Julio 2016**

AGRADECIMIENTO



Agradezco a las docentes Cristina Cometto y Patricia Gómez por permitirme cumplir mi objetivo de hace muchos años, al grupo Federal que nos acompañamos y ayudamos mutuamente, a mis compañeros José y Soledad por compartir estos dos años con dificultades y alegrías, a mis colegas del Nuevo Hospital de Río Cuarto y UNRC, en especial a mi amiga Luchy y mi Negrito hermoso por aguantar mis locuras.

INDICE

Introducción	4
Objetivos	5
Desarrollo	7
Proceso Histórico del INCUCAI	8
Hospital Donante	11
La Enfermería como pilar de la gestión de la Procuración en el Hospital Donante	11
Actividad de enfermería en procuración	12
Propuesta de Proceso de Atención de Enfermería	18
Asignación y distribución de órganos	23
Comunicación	24
Proceso de donación cadavérica a corazón parado	26
Conclusión	28
Bibliografía	30
Anexos	32

INTRODUCCION

El siguiente trabajo se realiza para obtener el título de Especialista en el cuidado del Paciente Crítico. Este material está dedicado fundamentalmente al personal de enfermería que desempeña sus tareas en diferentes servicios y establecimientos de salud. El propósito principal es poder acercarles las herramientas que les permitirá un mejor desenvolvimiento de su labor, en lo concerniente a la donación y procuración de órganos para trasplantes.

OBJETIVO

- ❖ Informar sobre los aspectos legales que conllevan a la donación de órganos.
- ❖ Capacitar y concientizar a nuestros colegas sobre la importancia de los cuidados en la Procuración de Órganos.
- ❖ Fomentar la solidaridad entre los integrantes del equipo de salud por sobre la individualidad.
- ❖ Reflexionar sobre el compromiso que atañe a los diferentes actores del sistema sanitario.
- ❖ Difundir el rol que desempeña fundamentalmente el enfermero dentro del equipo de procuración y trasplante.

El propósito es de servir como guía para todos aquellos que tengan interés en participar en el proceso de procuración y trasplante de órganos. El mantenimiento del potencial donante requiere cuidados de asistencia crítica que se desarrollan en unidades intensivas o coronarias. Es necesaria la colaboración no solo del personal que trabaja en estas unidades, sino también, la de otros servicios hospitalarios, con el fin de evitar que se puedan perder muchos órganos potencialmente trasplantables, ya que en ésta situación de donante de órganos se llega gracias a un trabajo activo de diagnóstico y mantenimiento adecuado.

“La participación del enfermero en la procuración debe ser entendida como parte fundamental del trabajo médico trasplantológico, siendo este partícipe y responsable privilegiado en el éxito que culmina con el ansiado trasplante que se convierte en la terapéutica que permite darle posibilidades de continuar con vida a muchas personas”. 1

Es decir, les brinda una mejor calidad de vida que los reintegrará a sus quehaceres habituales, con sus familias, amigos, en fin, con todo aquello que su insuficiencia orgánica le había impedido. Asimismo, cabe recordar que por el hecho de estar trabajando constantemente junto a la cama del paciente, el enfermero es un importante colaborador en la detección y denuncia de los posparos cardiacos, que podrán ser posibles donantes de tejidos. De hecho ya en algunos hospitales se ha puesto en marcha esta dinámica, con muy buenos resultados.

En el presente trabajo se hará un sintético abordaje de la historia del INCUCAI, los procedimientos de hospital donante y por último un protocolo de cuidado de enfermería.

DESARROLLO

PROCESO HISTORICO DEL INCUCAI

El sistema de procuración en Argentina surge como una responsabilidad del ámbito de la salud para dar respuesta a un problema sanitario concreto: los miles de pacientes que necesitan un trasplante de órganos o tejidos para tratar su enfermedad. Por este motivo, el INCUCAI, autoridad nacional responsable, y los [organismos jurisdiccionales](#) de ablación e implante, forman parte de las estructuras de la salud pública nacional y provincial.

La actividad de procuración de órganos comienza a fines de la década del 70, momento en que predomina un modelo de organización extrahospitalaria en los programas institucionales de procuración. 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 normalización 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.²

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 (Anexo I) de Trasplante de Órganos, normativa que rige en la actualidad con las modificaciones incorporadas por la Ley 26.066 (Anexo I). 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.

La necesidad de hacer frente al aumento de los pacientes en lista de espera en los últimos años genera un cambio cualitativo en la estrategia nacional, plasmado en el diseño del [Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos](#). Lanzado en 2003, éste plantea la procuración como una tarea médico asistencial ubicada dentro de la organización intrahospitalaria, que se suma a las acciones propias de los establecimientos sanitarios.²

En esta línea, se implementa la figura del coordinador hospitalario de trasplante, profesional perteneciente a la institución de salud y responsable de

la actividad de procuración en su lugar de trabajo, a través del seguimiento de subprogramas de garantía de calidad del proceso. En la mayoría de los casos, este rol es desempeñado por médicos intensivistas, aunque también abarca enfermeros, técnicos en neurofisiología y psicólogos.²

En ese año comenzó a funcionar en el ámbito del INCUCAI, el Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas creado por la Ley 25.392 (Anexo II) 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

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 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 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 crónica²

La puesta en marcha del Programa Federal de Procuración requirió la adhesión de las autoridades sanitarias de cada una de las provincias argentinas, alcanzada a través de convenios de compromiso entre éstas y nación. Como resultado, se ha logrado un crecimiento de los trasplantes en nuestro país.

La actividad de procuración reflejada en el índice de donantes por millón de habitantes pasó de 6 en 2002 a 15.1 en 2012 y 13.46 en 2013, posicionando a la República Argentina entre los primeros lugares en América Latina. Sin embargo, entendiendo la necesidad de continuar un crecimiento más acelerado de la actividad de procuración y considerando que en el mundo, los modelos exitosos son los que han logrado incorporar esta actividad a los objetivos de las instituciones sanitarias, e incorporan la actividad de procuración a sus tareas asistenciales habituales, se plantea la Estrategia de Hospital Donante, que incorpora estos objetivos, y que se ve plasmados en el “Programa Hospital Donante”, [Resolución del INCUCAI N° 229/13](#) (Anexo III) ²

HOSPITAL DONANTE

Enfermería Como Pilar De La Gestión De La Procuración En El Hospital Donante

La implementación del Programa Hospital Donante en las instituciones públicas y privadas, implica la incorporación de la procuración de órganos y tejidos como una actividad asistencial cotidiana que permite incrementar la disponibilidad de órganos y tejidos cadavéricos para trasplante.³

Este Programa Hospital Donante (HD) considera a la comunidad hospitalaria como un actor imprescindible y determinante en el proceso de procuración. Por ello estimula la participación del recurso humano en la comunicación intrahospitalaria y con los usuarios (pacientes y familiares) promoviendo planes de capacitación y el desarrollo de protocolos de intervención.

La enfermería tiene un rol significativo en esta tarea por su conocimiento de la dinámica institucional, su capacidad profesional, su estrecho vínculo con los equipos médicos y técnicos y la posibilidad de vincularse con las familias mejor que ningún otro actor sanitario.

La enfermería constituye el recurso humano sanitario con mayor cercanía con las familias, resultando indispensable si pensamos en el acompañamiento y contención cuando fallece un paciente, que al mismo tiempo constituye un potencial donante.^{2,3,7,10,11}

La actividad de la enfermería asignada a procuración dentro del HD no solo tiene actividad cuando hay un donante, sino que debe mantener constante relación con todo el entorno sanitario para facilitar la detección de los posibles donantes.

La detección es la actividad que rige la generación de donantes, para ello es necesaria la actividad coordinada de las diferentes áreas donde pueden surgir los donantes.

Para ello es necesario capacitar a todo el personal para que colabore y participe en la generación de donantes que permitirán trasplantar a pacientes sin oportunidad de otro tratamiento.

Actividad De Enfermería En Procuración

Los enfermeros/as que sean designados a la tarea de procuración deben conformar un equipo de trabajo junto al coordinador hospitalario de trasplante en los hospitales que lo posean o bien desarrollar las capacidades necesarias para un adecuado desempeño, es necesario que se aboquen a esta función de modo exclusivo y posean los requisitos indispensables que conforman el perfil del enfermero de procuración ideal: enfermeros profesionales con compromiso personal con esta actividad, conocimiento de la dinámica cotidiana del centro sanitario en el que se desempeñan, con capacidad de establecer empatía con los agentes sanitarios y pacientes/familiares, con comportamiento adecuado ante autoridades y profesionales de otros establecimientos, que posean conocimientos de informática y actividades administrativas.^{2,3}

Acciones diarias del enfermero asignado a la procuración:

Presentarse a primera hora de la mañana en área de admisión para:

- Registrar los ingresos que se produjeron en las 24hs anteriores, con datos del paciente, área de internación, diagnóstico y constar si aún permanecen internados.
- Corroborar los datos filiatorios con una fotocopia del DNI.
- Registrar las defunciones producidas en las últimas 24 hs, horario de muerte, verificar si aún permanece el cadáver en el hospital y en qué área, de acuerdo a esta información evaluar como potencial donante de tejidos.
- En caso de detectar un potencial donante de tejidos activar el protocolo correspondiente.
- Comunicar las novedades al coordinador hospitalario de trasplante o ante quien corresponda.

En área de cuidados críticos para:

- Informarse sobre evolución de pacientes bajo PSG<7.
- Registrar datos de pacientes ingresados con criterios de ingreso a PSG<7.
- Registrar salidas de PSG<7.
- En caso de detectar un síndrome clínico de ME avisar de inmediato al CHTx y activar protocolo correspondiente.
- Si detecta un paciente con Glasgow de 3 o 4 activar el protocolo, iniciar las medidas que correspondan.^{2,3,6}

En área específica:

- Actualizar información en SINTRA.

- Corroborar si hubo algún proceso de donación durante su ausencia.
- Controlar procesos administrativos y confección de documentación.
- Coordinar envío de documentación a organismo provincial de procuración.
- Verificar los insumos destinados a procuración (consumos, vencimientos, requerimientos, etc.).
- Enviar material a esterilización (si corresponde).
- Participar activamente junto al CHTx de la planificación de actividades comunicacionales dentro del HD.
- Programar 2 charlas semanales en diferentes áreas del HD, que involucren a todo el personal (incluyendo áreas no relacionadas con el asistencialismo).
- Coordinar la realización de ateneos multidisciplinarios relacionados con la procuración en las residencias de especialidades vinculadas a la generación de donantes o que realicen implantes (traumatología, oftalmología, cirugía reparadora, etc.).
- Tareas de difusión y promoción de la donación con la comunidad usuaria del HD.

Mantener material de difusión para distribuir en el HD y a la comunidad usuaria^{2,3,11}

Proceso De Donación Cadavérica A Corazón Batiente

Los donantes cadavéricos a corazón batiente son los proveedores de órganos para trasplante, son fallecidos en muerte encefálica, detectados en las

unidades de cuidados intensivos u otras áreas que cuenten con ventilación mecánica (respiradores) y capacidad de soporte complejo.

La muerte encefálica se produce como consecuencia de lesiones cerebrales (traumáticas o espontáneas, como axial también procesos tumorales o

infecciosos) que producen un daño irreversible en la totalidad de las estructuras del sistema nervioso central.^{2,3,11}

La tecnología actual nos permite, mediante el tratamiento del cadáver en la UTI, el sostén artificial y transitorio de la funcionalidad de órganos que posteriormente pueden implantarse en pacientes que lo requieren (por haber perdido la funcionalidad de sus propios órganos, por ejemplo: insuficiencia renal crónica terminal, insuficiencia hepática terminal, insuficiencia cardíaca terminal en el contexto de múltiples patologías que pueden provocarlas).

Detección Y Seguimiento De Posibles Donantes

Desde el año 2004 en nuestro país se ha instaurado en un gran número de centros sanitarios el Protocolo de Seguimiento de Pacientes con Glasgow menos de 7 dentro de las unidades de cuidados intensivos, dicho protocolo (PSG<7) consiste en registrar a todos los pacientes que ingresan en coma (valoración por escala de Glasgow que sea menor a 7) con diagnóstico que demuestre patología neurológica comprobable y documentable, pudiendo ser de origen traumático o enfermedad, o bien pacientes que presenten cuadro de post PCR reanimado que evolucionen en coma. Estos pacientes deben ser documentados en el SINTRA donde se cargan todos sus datos filiatorios, al igual que los del establecimiento donde se detectó, se realiza un seguimiento estricto de su evolución clínica pudiendo ser tres las posibilidades de salida del

PSG<7: a) muerte; b) parada cardíaca (protocolo de donante de tejidos) y c) parada circulatoria cerebral (protocolo de donante de órganos).

Si el paciente fallece los datos filiatorios registrados en el SINTRA son de importancia porque son confrontados con la información de las expresiones de voluntad registradas (RENADON) para conocer si este paciente expresó su voluntad hacia la donación, en el caso de que exista esta expresión se solicita la copia de dicho documento (acta) al lugar donde lo realizó.^{2,3}

Diagnóstico de Muerte Encefálica

El diagnóstico de Muerte Encefálica (ME) es un diagnóstico clínico irreversible de fácil comprobación por parte de personal profesional entrenado, compatible con el fallecimiento del paciente y caracterizado por:

- -Ausencia de respiración espontánea.
- -Ausencia de respuesta motora a estímulos de cualquier índole.
- -Presencia de midriasis arreactiva bilateral permanente.

Cuando se detecta esta situación clínica neurológica se debe descartar en primer lugar que el paciente se encuentre libre de drogas depresoras del sistema nervioso y no presente cuadros endócrinos o metabólicos que provoquen o incrementen el deterioro neurológico.

La certificación de ME la realizará un equipo de neurólogo y técnico, que pueden ser del propio establecimiento sanitario o enviados desde el organismo de procuración provincial de acuerdo a la legislación vigente.

En Argentina el marco jurídico establece la certificación de fallecimiento bajo criterios neurológicos, a través de lo establecido en la *Ley 24.193-Artículo 23*:

El fallecimiento de una persona se considerará tal cuando se verifiquen de modo acumulativos siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis (6) horas después de su constatación conjunta:

- *Ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia*
- *Ausencia de respiración espontánea;*
- *Ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas;*
- *Inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud con el asesoramiento del Instituto Nacional Central Único*

Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

La verificación de los signos referidos... ..no será necesaria en caso de paro cardio-respiratorio total e irreversible

Certificación de muerte: Requisitos previos a la evaluación neurológica son:

- *Causa del coma conocida y documentada*
- *Tiempo de evolución adecuado = lesión encefálica primaria tres horas de ARM para la evaluación inicial en mayores de 6 años y seis horas en menores – lesión encefálica secundaria difusa 12 horas en mayores de 6 años y 24 horas en menores*
- *Ausencia de drogas depresoras del S. N. C.*
- *Ausencia de drogas de bloqueantes neuromusculares*
- *Ausencia de hipotermia primaria, debe tener temperatura rectal > 32° C*
- *TA sistólica de 90 mm Hg ó más; TAM de al menos 60 mm Hg*
- *Ausencia de alteraciones metabólica y del medio interno*

Examen neurológico:

- *Coma Profundo*
- *Ausencia de toda respuesta de origen encefálico a estímulos nociceptivos*
- *Los reflejos de origen espinal pueden persistir*
- *Abolición de reflejos de tronco encefálicos:*

- Ausencia de sensibilidad y respuesta motora facial
- Ausencia de reflejo coeneano
- Ausencia de reflejo mandibular
- Ausencia de mueca de dolor
- Pupilas intermedias o midriáticas, paralíticas- Reflejos oculocefálicos sin respuesta
- Reflejos oculovestibulares sin respuesta
- Reflejo tusígeno abolido

- Reflejo nauseoso abolido
- Reflejo deglutorio abolido
- Apnea definitiva: Ausencia de movimientos respiratorios con estímulo del centro respiratorio por $\uparrow PaCO_2 > 60 \text{ mm Hg}$

Métodos de diagnóstico complementarios:

- Electroencefalograma
- Potenciales evocados: auditivos-somato sensitivos-visuales
- Angiogammagrafía cerebral
- Arteriografía Cerebral de los cuatro vasos
- Ecodoppler Transcraneano: Es útil en el caso de drogas depresoras del SNC, se debe verificar el cese del flujo sanguíneo cerebral en territorio anterior y posterior durante un mínimo de 30 minutos.2,3,4,6,8,11

Tratamiento del Donante

Una vez documentada la muerte encefálica y certificado el fallecimiento del paciente se iniciará el tratamiento de alteraciones fisiopatológicas, esto se realiza para mantener la viabilidad de los órganos que eventualmente podrían trasplantarse

El rol de enfermería es fundamental, en el cuidado del donante para preservar los órganos y tejidos en las mejores condiciones de perfusión y funcionalidad.

PROPUESTA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de Enfermería de muerte encefálica caracterizado por:

Convulsión, pupilas midriáticas con anisocoria, piel pálida, hemiparesia derecha, signos de decorticación y flexión en extremidad inferior relacionados con hemorragia cerebral y aumento de la presión intracraneana

Cuidados de Enfermería:

- Valoración del estado de conciencia utilizando escala de Glasgow, signos vitales, perfusión, ventilación, movilidad y fuerza motora, sensibilidad superficial y profunda.
- Valoración frecuencia, profundidad, y ritmo de la respiración, así como también la permeabilidad y protección del tubo endotraqueal.
- Instalación de monitor cardíaco, sonda nasogastrica, sonda vesical y vía venosa.
- Realización de balance hídrico estricto.
- Administración de oxigenoterapia, medicamentos y soluciones parenterales indicados por el médico.
- Mantenimiento de técnica aséptica, posición en ángulo de 30 a 45 grados, en cama con barandas, y ambiente tranquilo.
- Evaluación constante de la evolución, de los efectos deseados y adversos.

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de volumen de líquidos relacionado a la hipernatremia y al exceso de orina secundario a la diabetes insípida manifestado por taquicardia, con

tendencia a la disminución de la presión arterial media, estado subfebril, y aumento del hematocrito.

Cuidados de Enfermería: (manejo multisistémico por protocolo de UCI y manejo del edema cerebral secundario e hipertensión intracraneana)

- Monitorización continua de los signos vitales y niveles de glicemia.
- Toma de sangre para exámenes de control, valorando en particular electrolitos plasmáticos y hemograma.
- Valoración de los cambios en el estado de conciencia, pulsos periféricos, llenado capilar, hidratación de mucosas y turgencia de la piel.

- Realización balance hídrico estricto en forma horaria, considerando flujo urinario horario.
- Administración de soluciones parenterales, medicamentos y drogas vasoactivas indicados por el médico.
- Supervisión de funciones delegadas tales como cambios posturales, aseo de cavidades y genitales, baño en cama, cambios de pañales, protección de prominencias óseas y lubricación de la piel.
- Acogida a la familia y entrega de toda la información necesaria, requerida y pertinente.
- Facilidad para la visita y acompañamiento familiar.
- Evaluación constante de la evolución, de los efectos deseados y adversos.

Al examen neurológico del cuarto día posible donante se encuentra en Glasgow 3, sin respuesta motora o vegetativa. Con ventilación asistida, saturando 100%, piel pálida, fría, con enlentecimiento del llenado capilar, hipotensa (75/47 mmhg) con una presión arterial media entre 60 y 70 mmhg, bradicardia (52 latidos por minuto) e hipotérmica (33,7 grados Celsius), con una diuresis entre 70 y 50 cc por hora. Se corrige hipernatremia, sin embargo, por inestabilidad hemodinámica test de apnea se realiza al día siguiente.

Diagnóstico de Enfermería:

Disminución del gasto cardiaco relacionado a la alteración del volumen de eyección manifestado por piel pálida, fría, enlentecimiento del llenado capilar, disminución de los pulsos periféricos, hipotensión, hipotermia y oliguria.

Cuidados de Enfermería:

- Monitorización continua de la presión arterial, diuresis horaria, saturación de oxígeno, temperatura, niveles de hematocrito, hemoglobina y electrolitos plasmáticos.
- Control de la dosis de todas las drogas vasoactivas indicadas por el médico para mantener presión arterial igual o superior a 100 mmhg y diuresis igual o superior a 1 ml/kg/h.
- Mantención de la saturación de oxígeno superior a 95%, con niveles de PaO₂ igual o superior a 100 mmhg, y de PaCO₂ entre 35 y 45 mmhg, un Ph entre 7,35 y 7,45, un hematocrito superior al 30%, hemoglobina superior a 10 g/l, y temperatura corporal superior a 35 grados Celsius mediante la aplicación de frazadas eléctricas.^{11/8}

Intervención Enfermera de procuramiento durante toda esta etapa: monitoreo continuo durante las visitas de mañana, medio día y tarde, de la hemodinámica del posible donante, de su oxigenación, del resultado de sus exámenes de control, tanto sanguíneos como neurológicos, de las indicaciones médicas y los Cuidados de enfermería, todo con el fin de asegurar el funcionamiento óptimo de los órganos susceptibles a trasplantar.^{4,8,9,10}

Exámenes Complementarios

Se tomará muestras para hemocultivo, urocultivo y secreciones (si hubiera algún foco infeccioso) y exámenes de laboratorio:

- Serología con el fin de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas.

- Consideraciones generales: Hemograma, glucemia, natremia, kalemia.
- Evaluación renal: creatinemia, uremia, sedimento urinario, proteinuria.
- Evaluación hepática: bilirrubinemia total, directa e indirecta, TGO. TGP, fosfatasa alcalina, coagulograma.
- Evaluación cardíaca: CPK, CPK MB, electrocardiograma.
- Evaluación pancreática: amilasa.
- Evaluación pulmonar: gasometría arterial, radiografía de tórax.
- Ecografía abdominal y ecocardiograma.3,5,6,8

Sostén Fisiológico Básico

- Apoyo respiratorio (Respirador volumétrico - Oxímetro de pulso). El objetivo de la ventilación mecánica es alcanzar una saturación de O_{2v} > 95%, con la menor Fi O₂ posible (ideal < 40%) con PEEP de 4 cmH₂O.
- Se aspirarán las secreciones pulmonares en forma reglada.
- Reposición de fluidos.
- Soporte inotrópico: Droga de primera elección: Dopamina.
- Drogas de segunda elección: Noradrenalina y Adrenalina.
- Reposición de Electrolitos (Potasio, calcio, fósforo, magnesio).
- Control del Estado Ácido-Base:
- Control y tratamiento de Diabetes Insípida (Droga de elección: Desmopresina)
- Control y tratamiento de hiperglucemia, mantener por entre 70 a 100 mg/dl.
- Control y tratamiento de la hipernatremia.
- Manejo de la hipotermia:
- Mantener la temperatura por arriba de 32 ° realizando calentamiento activo con mantas, sueros calientes, etc.
- Monitoreo horario: ECG
- TAM invasiva
- Oximetría de pulso
- Presión venosa central
- Diuresis
- Temperatura central
- Control de laboratorio: Gasometría arterial cada 2 horas
- Rutina cada 6 hs o de acuerdo a solicitud

Asignación Y Distribución De Órganos:

Con los datos referidos a: medidas antropométricas, laboratorio y grupo sanguíneo puede iniciarse la asignación de los órganos a pacientes en lista de espera (para cada órgano) que en ese momento estén en condiciones de ser implantados. El acceso a esta información se realiza mediante el SINTRA (sistema informático nacional de trasplante) donde consta toda la información de los procesos de donación trasplante de todo el país on line las 24hs.

El SINTRA es el software utilizado en Argentina, permite acceder a la información sobre procuración y trasplante de todo el país en tiempo real,

posee diferentes niveles de acceso y garantiza la transparencia y velocidad del sistema de procuración en nuestro país.²

La conformación de la lista de potenciales receptores para cada órgano de ese donante es realizada en forma automática por el SINTRA, luego de cargados los datos.

Se establecen las comunicaciones con los médicos de los pacientes a los que se les asignaron los órganos.

La distribución se realiza tomando como base:

- **compatibilidad biológica** entre donante y receptor.
- **antigüedad** en lista de espera.
- **situación clínica** del paciente (emergencia, urgencia, electivo).
- **principio de regionalidad** (provincia, región, país).²

Traslado Del Potencial Donante A Quirófano

El traslado del donante a quirófano se realiza cuando fueron asignados los órganos a los pacientes y los equipos de trasplante se hacen presentes en la institución donde se encuentra el donante.

Comunicación

Es imprescindible en el contexto del HD que todo el personal conozca sobre donación de órganos y tejidos, internalizando que a partir del fallecimiento de un paciente puede generarse un donante dentro de un marco ético adecuado con estándares de calidad y procesos de gestión en los que es necesaria la participación de todos garantizando que se realice lo posible para que se trasplanten pacientes en lista de espera y al mismo tiempo se asegure y concrete la contención de la familia del donante.^{2,5,8,9}

Para poder concretar esta premisa es necesario realizar una intensa labor en la comunicación interna dentro del centro sanitario, quitando los velos que han convertido a la procuración de órganos y tejidos en una actividad selecta para unos pocos y llena de misterios, abriendo la posibilidad de participación a todos los agentes sanitarios, de todas las áreas. Mediante información clara y concreta, foros de discusión, conformación de comités, ateneos clínicos y fomentando la buena relación con los usuarios del sistema (pacientes y familiares).

Estas premisas básicas no solo incorporan la actividad de procuración en la agenda diaria de actividad hospitalaria sino que sirven como fundamento para mejorar otras actividades.

Si nos referimos específicamente a la donación la presencia de los enfermeros es muy significativa para los familiares de los pacientes; y este lazo se fortalece aun más al establecer una comunicación fluida, honesta, no evadiendo a sus inquietudes sino respondiendo a sus interrogantes. Crear un espacio de

respeto y consideración será fundamental para que la familia sienta nuestro apoyo en un momento donde deben adaptarse a la nueva situación que se les presenta.

Las familias de los fallecidos enfrentan una crisis, el inicio del duelo, y es necesario que el equipo de salud le brinde ayuda emocional siendo, por lo general, los enfermeros o el agente sanitario más cercano que puede actuar adecuadamente ante estas necesidades:

- Con información clara y adecuada a cada situación.
- Identificando los sentimientos de las familias y ayudándole a expresarlos.

Proceso De Donación Cadavérica A Corazón Parado

Todo fallecido en parada cardíaca de un centro sanitario debe ser evaluado como potencial donante de tejidos, a menos que haya manifestado su oposición o exista contraindicación médica o legal.

Esta evaluación se hará una vez constatado el fallecimiento, que será documentado por certificado de defunción firmado por un médico ajeno al equipo de ablación.

La validación como donante de tejidos se realiza según los criterios de inclusión/exclusión establecidos en los protocolos vigentes para cada tipo de tejido.

Los tejidos a extraer son: Córneas, válvulas cardíacas, huesos y piel.

Las válvulas cardiacas, huesos y piel deben ser extraídos en quirófano y por médicos especialistas.

Las córneas pueden extraerse en la cama donde está el cadáver o en la morgue, siendo requisito para la realización de esta práctica estar habilitado.

La enfermería es determinante en esta actividad, participando activamente en la detección, comunicación familiar, extracción de muestras sanguíneas y medidas de preservación de los tejidos del donante.

Cuando se consta que el fallecido no expresó oposición a la donación se realiza la toma de muestra sanguínea para laboratorio de serología: 10 ml de sangre en tubo seco. El método empleado para obtener sangre del cadáver es la punción intra cardíaca, también se pueden usar las vías subclavia, femoral y se realiza la toma desde cualquier vaso accesible.

Medidas de preservación de las córneas previo al acto de extracción:

- Oclusión de los párpados.
- Colocación de gasas humedecidas en solución fisiológica estéril sobre los párpados ocluidos y de ser posible colocar bolsas de hielo sobre los mismos.
- Elevar la cabeza 15° a 45° (por sobre el nivel del corazón) a fin de evitar el sangrado en el momento de la extracción.^{2,3,5,6}

Protocolo De Actuación Del Enfermero/A Con Donante A Corazón Parado

Tareas ante la detección de un fallecido:

- Solicitar la confección de la constancia de fallecimiento por médico del área o de guardia, y asegurarse que informe a los familiares el fallecimiento.
- Realizar validación del fallecido como donante.
- Registrar datos en el SINTRA para iniciar proceso de donación y/o cruzar datos con registro expresiones de voluntad.
- Tomar muestras sanguíneas para serología.
- Iniciar medidas de preservación de corneas.

- Establecer comunicación con la familia para conocer si hubo expresión de voluntad a la donación. –
- Dando tiempo y espacio para que puedan asimilar la situación.

Se indagará de modo delicado y respetuoso sobre la voluntad del fallecido hacia la donación de órganos y/o tejidos, sólo cuando la familia haya

comprendido, aceptado la muerte de su ser querido y se encuentren preparados para afrontar esta nueva situación. Esto deberá desarrollarse en los tiempos y espacios adecuados facilitando un entorno cómodo y de intimidad para los familiares en proceso de duelo, siendo parte del proceso de comunicación 2,4,3

CONCLUSIÓN

Con el transcurso de los años, nuestro país se ha avanzado en el desarrollo y evidencia de nuevas políticas y lineamientos ministeriales en el tema de donación de órganos, sobre todo en lo que respecta al proceso.

Esos no se pueden aplicar en su totalidad, ya que cultural y socialmente la familia es quien toma la última decisión, haya sido donante o no el familiar, lo que conlleva a que las listas de espera para trasplantes sigan creciendo, por ejemplo los pacientes con enfermedad renal crónica terminal sigan expectantes, entre otros...

Para que el proceso de donación y trasplante, que comienza con la detención del posible donante, sea exitoso, es importante trabajar como equipo multidisciplinario en cada una de las diferentes etapas, ya que requieren de un monitoreo adecuado de lo cual asegurará el éxito del proceso.

Dentro de este mismo proceso, mantener informada a la familia en todo momento, resulta vital dada su importancia en la decisión final, debiéndose contar, por lo tanto, con un personal sanitario capacitado, que sea capaz de comunicarse de manera acertada y eficaz, de esto dependerá la viabilidad y supervivencia del órgano a trasplantar.

Finalmente, si se actúa como equipo sanitario de manera comprometida, humana, responsable, con principios éticos-morales, y sobre todo como comunicadores sociales, se podrá crear conciencia y cultura de la donación de órganos, logrando aumentar los porcentajes de donación, la esperanza de vida de aquellas personas que dependen de un trasplante y mejorar su calidad de vida.

BIBIOGRAFÍA

1. María Magdalena Del Duqui Lemes¹, Marisa Antonini Ribeiro Bastos²
Los Cuidados de Manutención de los Potenciales Donativos de Órganos:
Estudio Etnográfico de la Vivencia del Equipo de Enfermería .2012
- 2 INCUCAI_ Sistema Nacional de Informaci
procura.incuca.gov.ar/public/Modulo3. El Registro Nacional de Procuración
y Trasplante representa los Módulos 3 y 4 del SINTRA y tiene como objetivo
primario instrumentar el registro único de 12/04/2016
- 3 MANUAL DE ENFERMERÍA EN PROCURACIÓN Y TRASPLANTE_Cucaiba
www.cucaiba.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2014/08/Manual_enfermeria.pdf
15/04/2016
- 4 Programa Buenos Aires Trasplante. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires,
Argentina.2013
- 5 Alejandra Fabiana Zarza Cuidados de enfermería en procuración de órganos
y cuidados en el peri-Quirúrgico inmediato de trasplante cardíaco 2012
- 6 Pía Andrea Hermosilla González, Susana Rocha Ortiz, Magali Rodríguez Vidal
Cuidados de enfermería en las etapas del proceso donación-trasplante en
chile, aplicado a un caso clínico 2012
- 7 Monsa-Prayma Manual de Enfermería en Intensivos 2011
- 8 Manual de Procedimientos en Cuidados Intensivos 2012 Ediciones Journal
- 9 Procuramiento de Órganos y Tejidos para Trasplante. Rol de Enfermería...
“Procuramiento de Órganos y Tejidos para Trasplante. Rol de Enfermería” Chile
2012 ... las etapas entre la donación y trasplante.... media/docs/ley donación
es.slideshare.net/kaelita077/procuramiento-de-rganos-y-tejidos
22/05/2016
- 10 EL CONCEPTO DE COORDINADOR DE TRASPLANTE
salud.edomexico.gob.mx/cetraem/doc/Manuales/manual_procuracion.pdf
10/06/2016
- 11 Sociedad Española de Enfermería Nefrológica Madrid, España Enfermería
Nefrológica, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 211-217

ANEXOS

ANEXO I

Ley 26.066 LEY DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Modificación de la Ley 24.193 Sancionada: noviembre 30 de 2005 Promulgada por el Poder Ejecutivo Nacional Publicada en el Boletín Oficial N° 30.807: diciembre 22 de 2005 El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunido en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTÍCULO 1º.- Sustitúyese en todo el texto de la ley 24.193 la expresión "material anatómico" por el término "tejidos", entendiéndose por tejidos al grupo de células destinadas a cumplir con una misma función biológica.

ARTÍCULO 2º.- Sustitúyese el artículo 1º de la ley 24.193, el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 1º: La ablación de órganos y tejidos para su implantación de cadáveres humanos a seres humanos y entre seres humanos, se rige por las disposiciones de esta ley en todo el territorio de la República. Exceptúase de lo previsto por la presente, los tejidos naturalmente renovables o separables del cuerpo humano con salvedad de la obtención y preservación de células progenitoras hematopoyéticas y su posterior implante a seres humanos, que quedará regida por esta ley. Entiéndense alcanzadas por la presente norma a las nuevas prácticas o técnicas que la autoridad de aplicación reconozca que se encuentran vinculadas con la implantación de órganos o tejidos en seres humanos. Considérase comprendido al xenotrasplante en las previsiones del párrafo precedente cuando cumpliera las condiciones que oportunamente determinare la autoridad de aplicación.

ARTÍCULO 3º.- Sustitúyese el artículo 13 de la ley 24.193, el que quedará redactado de la siguiente forma: Artículo 13: Los jefes y subjefes de los equipos, como asimismo los profesionales a que se refiere el artículo 3º deberán informar a los donantes vivos y a los receptores y, en caso de ser estos últimos incapaces, a su representante legal o persona que detente su guarda, de manera suficiente, clara y adaptada a su nivel cultural, sobre los riesgos de la operación de ablación e implante -según sea el caso-, sus secuelas físicas y psíquicas ciertas o posibles, la evolución previsible y las limitaciones resultantes, así como las posibilidades de mejoría que, verosímilmente, puedan resultar para el receptor. En caso de que los donantes y receptores no se

opongan, la información será suministrada también a su grupo familiar en el orden y condiciones previstos por el artículo 21 de la ley 24.193 y modificatoria. Luego de

asegurarse que la información ha sido comprendida por los sujetos destinatarios de la misma, dejarán a la libre voluntad de cada uno de ellos la decisión que corresponda adoptar. Del cumplimiento de este requisito, de la decisión del dador, de la del receptor y de la del representante legal cuando correspondiere, así como de la opinión médica sobre los mencionados riesgos, secuelas, evolución, limitaciones y mejoría, tanto para el dador como para el receptor, deberá quedar constancia documentada de acuerdo con la normativa a establecerse reglamentariamente. De ser incapaz el receptor o el dador en el caso de trasplante de médula ósea, la información prevista en este artículo deberá ser dada, además, a su representante legal. En los supuestos contemplados en el título V el lapso entre la recepción de la información y la operación respectiva no podrá ser inferior a CUARENTA Y OCHO (48) horas. Tratándose del supuesto contemplado en el artículo 21, respecto de donantes cadavéricos, la información será suministrada a las personas que allí se enumeran, en las formas y condiciones que se describen en el presente artículo, al sólo efecto informativo.

ARTÍCULO 4º.- Sustitúyese el artículo 19 de la ley 24.193 por el siguiente texto:
Artículo 19: Toda persona podrá en forma expresa: 1. Manifestar su voluntad negativa o afirmativa a la ablación de los órganos o tejidos de su propio cuerpo. 2. Restringir de un modo específico su voluntad afirmativa de ablación a determinados órganos y tejidos. 3. Condicionar la finalidad de la voluntad afirmativa de ablación a alguno o algunos de los fines previstos en esta ley -implante en seres humanos vivos o con fines de estudio o investigación-.

ARTÍCULO 5º.- Incorpórase a la ley 24.193, como artículo 19 bis el siguiente: Artículo 19 bis: La ablación podrá efectuarse respecto de toda persona capaz mayor de DIECIOCHO (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, la que será respetada cualquiera sea la forma en la que se hubiere manifestado. Este artículo entrará en vigencia transcurridos NOVENTA (90) días de ejecución de lo establecido en el artículo 13 de esta ley, que modifica el artículo 62 de la ley 24.193.

ARTÍCULO 6º.- Incorpórase a la ley 24.193 como artículo 19 ter el siguiente: Artículo 19 ter: En caso de fallecimiento de menores de Dieciocho (18) años, no emancipados, sus padres o su representante legal, exclusivamente, podrán autorizar la ablación de sus órganos o tejidos especificando los alcances de la misma. El vínculo familiar o la representación que se invoque será acreditado, a falta de otra prueba, mediante

declaración jurada, la que tendrá carácter de instrumento público, debiendo acompañarse dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas la documentación respectiva. La falta de consentimiento de alguno de los padres eliminará la posibilidad de autorizar la ablación en el cadáver del menor. En ausencia de las personas mencionadas precedentemente, se dará intervención al Ministerio Pupilar, quien podrá autorizar la ablación. De todo lo actuado, se labrará acta y se archivarán en el establecimiento las respectivas constancias, incluyendo una copia certificada del documento nacional de identidad del fallecido. De todo ello, se remitirán copias certificadas a la autoridad de contralor. Las certificaciones serán efectuadas por el director del establecimiento o quien lo reemplace. El incumplimiento de lo dispuesto en el presente párrafo hará pasible a los profesionales intervinientes de la sanción establecida en el artículo 29.

ARTÍCULO 7º.- Sustitúyese el artículo 20 de la ley 24.193, el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 20: Todo funcionario del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas estará obligado a recabar de las personas capaces, mayores de DIECIOCHO (18) años que concurran ante dicho organismo a realizar cualquier trámite, la manifestación de su voluntad positiva o negativa en los términos del artículo 19 y 19 bis o su negativa a expresar dicha voluntad. El interesado deberá responder el requerimiento. Dicha manifestación o su negativa a expresarla, será asentada en el documento nacional de identidad del declarante y se procederá a comunicarla en forma inmediata al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), dejando en todos los casos clara constancia de las limitaciones especificadas por el interesado, si las hubiera. La reglamentación establecerá otras formas y modalidades que faciliten la manifestación e impulsará la posibilidad de recabar el consentimiento en ocasión de los actos eleccionarios. Todo establecimiento asistencial público o privado obrará, a los efectos de este artículo, como delegación del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e

Implante (INCUCAI), siendo ésta condición para su habilitación. La Policía Federal y el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), deberán registrar en el Documento Nacional de Identidad la voluntad del dador debiendo comunicar dicha circunstancia dentro de los CINCO (5) días al Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas. El Correo Oficial de la República Argentina Sociedad Anónima, a solicitud de cualquier ciudadano mayor de DIECIOCHO (18) años, expedirá en forma gratuita telegrama o carta documento al Instituto Nacional

Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), con copia al Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas en la que conste la notificación del remitente de su negativa a donar los órganos. El Correo deberá dejar constancia en el Documento Nacional de Identidad de remitente de la notificación efectuada.

ARTÍCULO 8º.- Sustitúyese el artículo 21 de la ley 24.193, el que quedará redactado de la siguiente forma: Artículo 21: En caso de muerte natural, y no existiendo manifestación expresa del difunto, deberá requerirse de las siguientes personas, en el orden en que se las enumera, siempre que estuviesen en pleno uso de sus facultades mentales, testimonio sobre la última voluntad del causante, respecto a la ablación de sus órganos y/o a la finalidad de la misma. a) El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continuada e ininterrumpida; b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años; c) Cualquiera de los padres; d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años; e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años; f) Cualquiera de los abuelos; g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive; h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive; i) El representante legal, tutor o curador. Conforme la enumeración establecida precedentemente y respetando el orden que allí se establece, las personas que testimonien o den cuenta de la última voluntad del causante que se encuentren en orden más próximo excluyen el testimonio de las que se encuentren en un orden inferior. En caso de resultar contradicciones en los testimonios de las personas que se encuentren en el mismo orden, se estará a lo establecido en el artículo 19 bis. La relación con el causante y el testimonio de su última voluntad, serán acreditados, a falta de otra prueba, mediante declaración jurada, la que tendrá carácter de

instrumento público, debiendo acompañarse dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas la documentación respectiva, cuando correspondiere.

ARTÍCULO 9º.- Sustitúyese el artículo 22 de la ley 24.193 por el siguiente: Artículo 22: En caso de muerte violenta la autoridad competente adoptará los recaudos tendientes a ubicar a las personas enumeradas en el artículo anterior a efectos que los mismos den cuenta o testimonien la última voluntad del causante, debiendo dejar debidamente acreditada la constancia de los medios y mecanismos utilizados para la notificación en tiempo y forma a los familiares a efectos de testimoniar o dar cuenta de la voluntad del

presunto donante. El juez que entiende en la causa ordenará en el lapso de SEIS (6) horas a partir del fallecimiento la intervención del médico forense, policial o quien cumpla tal función, a fin de dictaminar si los órganos o tejidos que resulten aptos para ablacionar no afectarán el examen autopsiano. Aun existiendo autorización expresa del causante o el testimonio referido en el artículo 21 dentro de las SEIS (6) horas de producido el deceso, el juez informará al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) o al organismo jurisdiccional correspondiente la autorización para llevar a cabo la realización de la ablación, a través de resolución judicial fundada, con especificación de los órganos o tejidos autorizados a ablacionar de conformidad con lo dictaminado por el mismo forense. Una negativa del magistrado interviniente para autorizar la realización de la ablación deberá estar justificada conforme los requisitos exigidos en la presente ley. En el supuesto de duda sobre la existencia de autorización expresa del causante el juez podrá requerir del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) o del organismo jurisdiccional correspondiente los informes que estime menester.

ARTÍCULO 10.- Sustitúyese el inciso b) del artículo 27 de la ley 24.193, por el siguiente: b) Sobre el cadáver de quien expresamente se hubiere manifestado en contrario para la ablación o en su caso, del órgano u órganos respecto de los cuales se hubiese negado la ablación, como asimismo cuando se pretendieren utilizar los órganos o tejidos con fines distintos a los autorizados por el causante. A tales fines se considerará que existe manifestación expresa en contrario cuando mediere el supuesto del artículo 21 de la presente ley.

ARTÍCULO 11.- Sustitúyense los incisos n) y q) del artículo 44 de la ley 24.193, los que quedarán redactados de la siguiente manera: n) Coordinar la distribución de órganos a nivel nacional, así como también la recepción y envío de los mismos a nivel internacional y las acciones que se llevan a cabo para el mantenimiento de los siguientes registros: 1) Registro de personas que hubieren manifestado su oposición a la ablación de sus órganos y/o tejidos. 2) Registro de personas que aceptaron la ablación o condicionaren la misma a alguno de sus órganos o a algunos de los fines previstos en la presente ley. 3) Registro de manifestaciones de última voluntad, en las condiciones del artículo 21 en el que conste la identidad de la persona que testimonia y su relación con el causante. 4) Registro de destino de cada uno de los órganos o tejidos ablacionados con la jerarquía propia de los registros confidenciales bajo

secreto médico q) Dirigir las acciones que permitan mantener actualizados los registros creados por la presente ley en el orden nacional.

ARTÍCULO 12.- Sustitúyese el artículo 45 de la ley 24.193, por el siguiente: Artículo 45: El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) estará a cargo de un directorio integrado por un presidente, un vicepresidente y un director, designados por el Poder Ejecutivo Nacional de conformidad con las siguientes disposiciones: a) El presidente será designado a propuesta de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente; b) El vicepresidente será designado a propuesta del Consejo Federal de Salud (COFESA); c) El director será designado previo concurso abierto de títulos y antecedentes con destacada trayectoria en la temática, cuya evaluación estará a cargo de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente; d) Los miembros del directorio durarán CUATRO (4) años en sus funciones y podrán ser reelegidos por un período más. Tendrán dedicación de tiempo completo y no podrán participar patrimonialmente en ningún instituto, entidad o institución vinculado con el objeto de esta ley.

ARTÍCULO 13.- Sustitúyese en la ley 24.193, el texto del artículo 62 por el siguiente: Artículo 62: El Poder Ejecutivo Nacional deberá llevar a cabo en forma permanente, a través del Ministerio de Salud y Ambiente y si así este último lo dispusiere por medio del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI),

una intensa campaña señalando el carácter voluntario, altruista, desinteresado y solidario de la donación de órganos y tejidos a efectos de informar a la población el alcance del régimen que por la presente ley se instaura. Autorízase al Ministerio de Salud y Ambiente a celebrar convenios con otras entidades u organismos públicos o privados, nacionales o internacionales para el mejor cumplimiento de este objetivo.

ARTÍCULO 14.- El Ministerio de Salud y Ambiente deberá asegurar la provisión de los medicamentos y procedimientos terapéuticos necesarios que surjan como consecuencia de los trasplantes realizados en personas sin cobertura y carentes de recursos, conforme lo establezca la reglamentación de la ley.

ARTÍCULO 15.- La presente ley entrará en vigencia a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial. ARTÍCULO 16.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.
DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO EN BUENOS

AIRES, A LOS 30 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL CINCO .
-REGISTRADA BAJO EL N° 26066- EDUARDO O. CAMAÑO - DANIEL O. SCIOLI -
Eduardo D. Rolliano - Juan Estrada

ANEXO II

Ley 25.392 - REGISTRO NACIONAL DE DONANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (CPH) Creación. Organismo de Aplicación. Centros de Reclutamiento de Dadores, de Tipificación de Dadores e Informático. Sancionada Noviembre 30 de 2000. Promulgada de echo Enero 8 de 2001.

Artículo 1°: Créase el Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras hematopoyéticas .

Artículo 2°: El registro al que se refiere el artículo anterior tendrá su sede en el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), siendo este su organismo de aplicación. A esos fines, la operatividad del Instituto será la siguiente. a) Nivel 1: Establecimientos de Centros de Reclutamiento de Dadores, en forma directa o mediante convenios con distintas Jurisdicciones. b) Nivel 2: Centros de Tipificación de dadores, que funcionarán en los laboratorios de histocompatibilidad habilitados a tal fin. c) Nivel 3: Centro Informático en el Registro, a partir del aporte de datos relevados de acuerdo con lo dispuesto en el artículo

3. Artículo 3°: El Registro será depositario de los datos identificados y de filiación de los potenciales donantes, y deberá registrar, además, toda información derivada de los estudios de histocompatibilidad de Células Progenitoras Hematopoyéticas realizadas en los Laboratorios que se refiere el artículo 2° inciso b en las condiciones y plazos que determine la reglamentación.

Artículo 4°: La Autoridad de aplicación esta facultada para intercambiar información con todos aquellos países que tengan Registros similares a los creados por esta ley, a efectos de dar una mejor, más amplia y rápida cobertura aquellos pacientes que la requieran.

Artículo 5°: Incorpórese a la Ley 23.966, Título VI (t.o. 1997), el siguiente artículo: Artículo 30bis: del producido del impuesto a que se refiere el artículo anterior y previamente a la distribución allí determinada, se separará

mensualmente la suma de PESOS DOSCIENTO CINCUENTA MIL (\$250.000), que será transferida al INSTITUTO NACIONAL CENTRAL ÚNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE (INCUCAI), con destino al financiamiento del Registro Nacional de Donantes de Células progenitoras Hematopoyéticas.

Artículo 6°: Invitase a las Provincias a adecuar su Legislación y Normativas Reglamentarias y de Ejecución a las disposiciones de la Presente ley. Artículo 7°: Comuníquese al Poder Ejecutivo. DADA EN LA SALA DE SECCIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS 30 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2000. REGISTRADO BAJO EL N° 25392 Rafael Pascual - Mario Lozada - Guillermo Aramburu - Juan C. Oyarzún.

ANEXO III

