SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

CCINSHAE

COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

ANEXOS

GUÍA DEL COORDINADOR HOSPITALARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE EN MÉXICO

CENATRA

CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Enero de 2019

ANEXO 1

CLASIFICACIÓN DE TUMORES DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ANEXO 1. CLASIFICACIÓN DE TUMORES DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

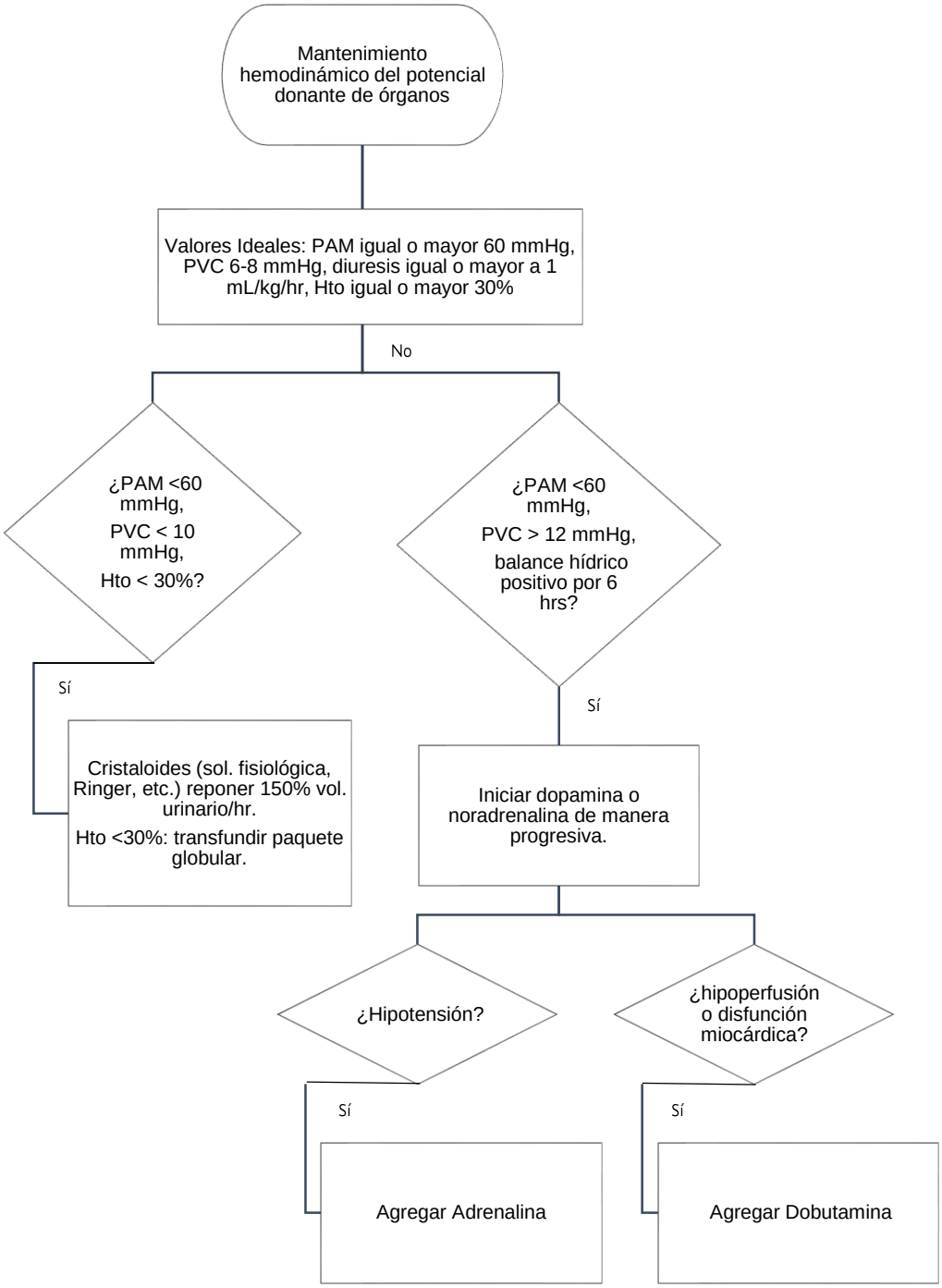
Grupo I Tumores que no contraindican la donación de órganos (grados I y II de la OMS).	Tumores neuroepiteliales	Tumores astrocíticos	Astrocitoma difuso (Incluye el fibrilar, protoplasmático y gemistocítico). Grado II Astrocitoma pilocítico. Grado I Xantoastrocitoma pleomórfico. Grado II Astrocitoma subependimario. Grado I
		Tumores oligodendrogliales	Oligodendroglioma de bajo grado. Grado II
		Gliomas mixtos	Oligoastrocitoma de bajo grado. Grado II
		Tumores ependimales	Subependimoma. Grado I Ependimoma mixto papilar. Grado I Ependimoma de bajo grado (incluye el celular, papilar, células claras y tanicítico). Grado II
		Tumores del plexo coroideo	Papiloma del plexo coroideo. Grado I
		Neoplasias neurales y neuro-gliales:	Gangliocitoma. Grado I Ganglioglioma. Grado I-II Tumor desmoplástico infantil. Grado I Tumor disembrioplástico neuroepitelial. Grado I Neurocitoma central. Grado II Liponeurocitoma. Grado II
		Tumores pineales	Pineocitoma. Grado II
		Tumores gliales de origen incierto	Glioma del tercer ventrículo. Grado II
	Tumores de los pares craneales y nervios periféricos	Schwannoma (incluye el celular, plexiforme y melanótico). Grado I Neurofibroma. Grado I	
	Tumores de las meninges	Meningioma (incluye meningotelial, fibroso, mixto, xantomatoso, angiomatoso, microquístico, secretor, linfoplasmocítico y metaplásico). Grado I Meningioma atípico. Grado II Meningioma de células claras. Grado II Meningioma de cuerpos coroides. Grado II	
	Otros	Craniofaringioma. Grado I Hemangioblastoma. Grado I Teratoma maduro. Grado I	

Grupo II Tumores que pueden ser considerados para la donación de órganos ante la ausencia de otros factores de riesgo (tumores cerebrales grado III de la OMS)	Tumores neuroepiteliales	Astrocitoma anaplásico. Grado III Oligodendroglioma anaplásico. Grado III Oligoastrocitoma anaplásico. Grado III Ependimoma anaplásico. Grado III
	Tumores meníngeos	Meningioma papilar. Grado III Meningioma rabdoide. Grado III Meningioma anaplásico. Grado III
Grupo III. Tumores que contraindican la donación de órganos (tumores cerebrales grado IV de la OMS)	Tumores neuroepiteliales	Glioblastoma multiforme. Grado IV Carcinoma de plexo coroideo. Grado III-IV Pineocitoma. Pineoblastoma. Grado III-IV Astroblastoma. Grado IV Gliomatosis cerebri. Grado IV Tumores embrionarios: Meduloblastoma. Grado IV Tumor neuroectodérmico primitivo. Grado IV Meduloepitelioma. Grado IV Neuroblastoma. Ganglioneuroblastoma. Grado IV Ependimoblastoma. Grado IV Teratoma/rabdomiosarcoma atípicos. Grado IV
	Tumor de células germinales	Germinoma. Grado IV Tumor embrionario. Grado IV Tumor del saco vitelino. Grado IV Coriocarcinoma. Grado IV Teratoma inmaduro. Grado IV Teratoma con trasformación maligna. Grado IV
	Otros	Tumor maligno de nervio periférico. Grado III-IV Hemangiopericitoma. Grado III-IV Sarcomas intracraneales (liposarcoma, fibrosarcoma, leiomiosarcoma, rabdomiosarcoma, condrosarcoma, osteosarcoma, y angiosarcoma). Grado IV Tumores hematológicos: Linfoma cerebral. Plasmocitoma y sarcoma granulocítico. Grado IV

ANEXO 2

MANEJO HEMODINÁMICO DEL POTENCIAL DONANTE DE ÓRGANOS

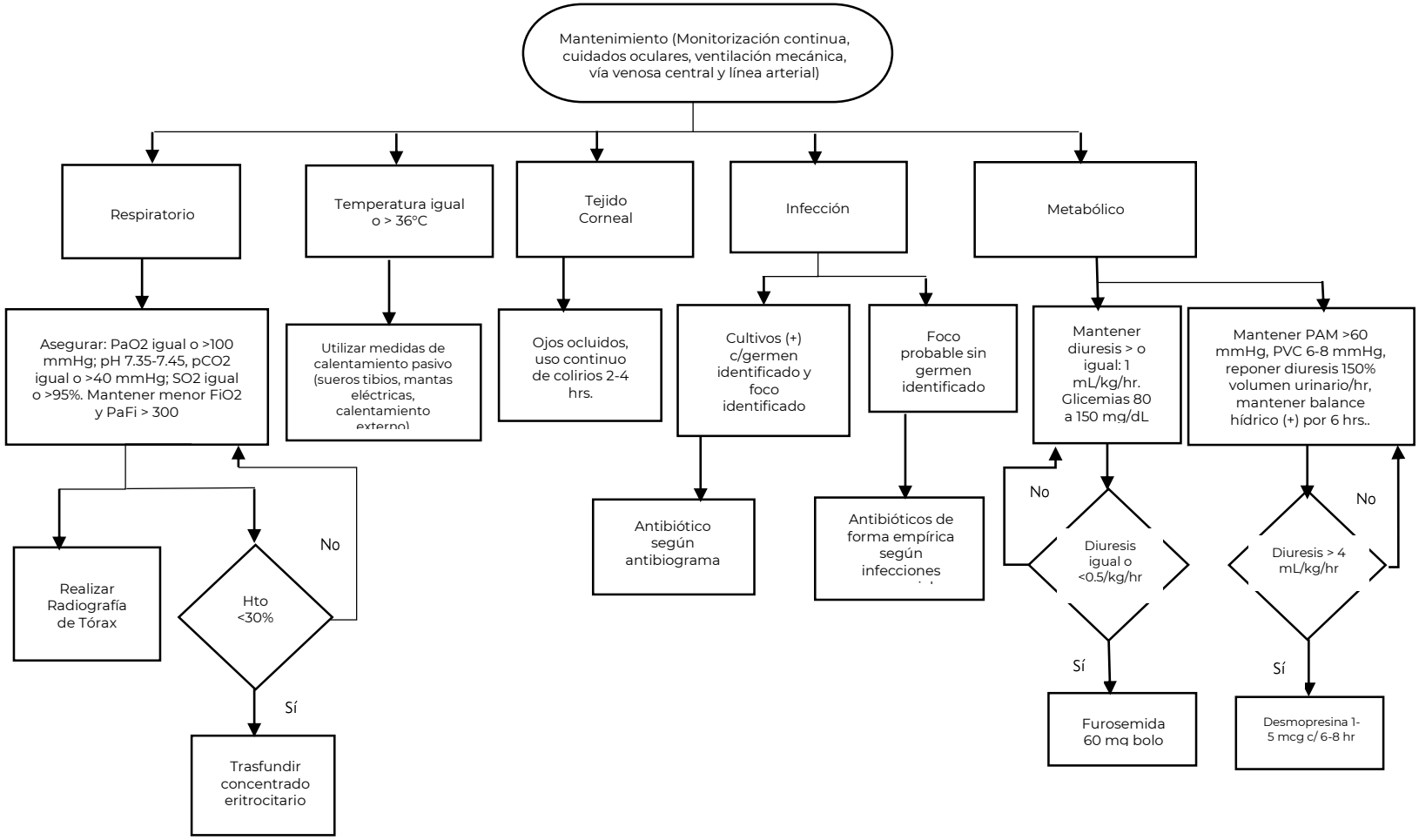
ANEXO 2. MANEJO HEMODINÁMICO DEL POTENCIAL DONANTE DE ÓRGANOS



ANEXO 3

MANEJO RESPIRATORIO, TÉRMICO, INFECCIOSO Y METABÓLICO DEL POTENCIAL DONANTE DE ÓRGANOS

ANEXO 3: MANEJO RESPIRATORIO, TÉRMICO, INFECCIOSO Y METABÓLICO DEL POTENCIAL DONANTE DE ÓRGANOS



ANEXO 4

CONSENTIMIENTO PARA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO PARA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADÁVERES CON FINES DE TRASPLANTE

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

1.- DATOS DEL DONADOR O DISPONENTE

NOMBRE: (1) _____

SEXO: (2) _____ EDAD: (3) _____

Diagnóstico de Ingreso (4) _____

Causa de la Muerte (5) _____ Fecha (6) _____ Hora (7) _____

Nombre del Hospital (8) _____

Domicilio del Hospital (9) _____

2.- CONSENTIMIENTO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Yo (10) _____ con parentesco por (11) _____, del hoy occiso (a) C. (12) _____, otorgo el consentimiento para donar (13) _____

En forma libre y voluntaria, siendo mayor de edad, estando en pleno uso de mis facultades mentales y después de haber sido informado lo suficiente acerca de la disposición, en virtud que el hoy occiso (a) nunca manifestó la negación a la donación de órganos y tejidos para que estos sean utilizados en forma altruista y gratuita con fines de trasplante.

3.- DATOS DEL FAMILIAR QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO.

(14) _____
Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s)

(15) _____ (16) _____ (17) _____ (18) _____
Estado Civil | Fecha de Nacimiento | Escolaridad | Ocupación

Domicilio

(19) _____ (20) _____
Calle y Número | Colonia o Localidad

(21) _____ (22) _____ (23) _____ (24) _____
Delegación o Municipio | Entidad Federativa | Código Postal | Ciudad

(25) _____
Firma del familiar que otorga el consentimiento

4.- DATOS DE DOS TESTIGOS.

(26) _____ (27) _____
Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s) | Parentesco

Domicilio

(28) _____ (29) _____
Calle y Número | Colonia o Localidad

(30) _____ (31) _____ (32) _____ (33) _____
Delegación política o Municipio | Entidad Federativa | Código Postal | Ciudad

(34) _____ (35) _____
Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s) | Parentesco

Domicilio

(36) _____ (37) _____
Calle y Número | Colonia o Localidad

(38) _____ (39) _____ (40) _____ (41) _____
Delegación política o Municipio | Entidad Federativa | Código Postal | Ciudad

(42) _____
Firma del primer testigo

(43) _____
Firma del segundo testigo

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL DOCUMENTO DE MODIFICACIONES AL SISTEMA INFORMÁTICO DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES (SIRNT)
ESTE FORMATO DEBERA LLENARSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE.

1.- Nombre del potencial donante
2.- Sexo; Masculino / Femenino
3.- Edad en años del potencial donante
4.- Diagnostico nosológico de ingreso a urgencias.
5.- Diagnostico final nosológico y/o patológico, causa directa de muerte encefálica.
6.- Fecha en que ocurrió la perdida de la vida
7.- Hora en que ocurrió la pérdida de la vida
8.- Nombre completo del hospital donde se encuentra hospitalizado el donador
9.- Ubicación del hospital donde se encuentra hospitalizado el donador
10.-Nombre completo del familiar que otorga el consentimiento
11.-Parentesco del familiar del potencial donante
12.-Nombre del potencial donante
13.-Organos y/o tejidos que se donaran
14.-Nombre completo del familiar del potencial donante
15.-Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Unión libre
16.-Fecha de nacimiento día / mes / año
17.-Ultimo grado de estudios
18.-Ocupación habitual
19.-Nombre de la calle. Numero exterior
20.-Colonia o Localidad
21.-Delegacion política o Municipio
22.-Entidad Federativa
23.-Codigo postal
24.-Ciudad
25.- Firma del familiar que otorga el consentimiento
26.- Nombre completo del testigo del potencial donante
27.- Parentesco del testigo del potencial donante
28.- Nombre de la calle, núm. exterior, núm. Inter, del testigo del potencial donante
29.- Colonia o Localidad
30.- Delegación política o municipio
31.- Entidad Federativa
32.- Código postal
33.- Ciudad
34.- Nombre completo del testigo del potencial donante
35.- Parentesco del testigo del potencial donante
36.- Nombre de la calle, núm. exterior, núm. Inter, del testigo del potencial donante
37.- Colonia o Localidad
38.- Delegación política o municipio
39.- Entidad Federativa
40.- Código postal
41.- Ciudad
42.- Firma del primer testigo del potencial donante
43.- Firma del segundo testigo del potencial donante

ANEXO 5

ACTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

SECRETARÍA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE
TRASPLANTES

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

ACTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADÁVERES A LOS QUE SE ORDENA LA NECROPSIA.

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso.
Llénese con letra de molde legible o a máquina.

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón Social _____ Número de Licencia sanitaria _____

Calle y Número _____ Colonia o Localidad _____

Delegación política o Municipio _____ Entidad Federativa _____ Código Postal _____ Teléfono (s) _____

2.- DATOS DEL DONADOR O DONANTE

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s) | Edad | Sexo

Causa de Muerte _____

Con certificación de pérdida de la vida, dada en la Ciudad de_____a las_____horas del día _____ del mes _____del año _____.

3.- ESPECIFICACIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS A OBTENER

Órganos y Tejidos que se van a obtener:

_____

_____

_____

_____

4.- DATOS DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO

Número de la agencia _____

Calle y Número _____ Colonia o Localidad _____

Delegación política o Municipio _____ Entidad Federativa _____ Código Postal _____ Teléfono (s) _____

Turno_____Mesa_____Fecha _____

Sello de Recibido

5.- COORDINADOR HOSPITALARIO DE TRASPLANTES

Bajo protesta de decir la verdad manifiesto contar con las autorizaciones sanitarias correspondientes, así como cumplir y hacer cumplir los ordenamientos legales en materia de donación, trasplantes y pérdida de la vida de seres humanos.

_____
Nombre y Firma del Coordinador Hospitalario de Trasplantes

El presente documento se encuentra debidamente elaborado con fundamento en los artículos 328, 343 y 344 de la Ley General de Salud, y en el artículo 19 del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de control Sanitario para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de seres Humanos.
Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Sistema de Atención Telefónica a la Ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 54-80-20-00 en el D.F. y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01-800-00-14800, o al 1-888-594-3372 desde Estados Unidos y Canadá o al Centro Nacional de Trasplantes en el Distrito Federal al 56-31-14-99 o desde el interior de la República al 01-800201-78-61y 62.

INSTRUCTIVO DE LLENADO
ACTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADÁVERES A LOS QUE SE ORDENA LA NECROPSIA.

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

- Anotar el nombre o razón social.
- Anotar el número de Licencia Sanitaria otorgada por el Centro Nacional de Trasplantes.
- Anotar la calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad, Estado.

2.- DATOS DEL DONANTE O DISPONENTE

- Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombre (s).
- Anotar la edad y el sexo.
- Anotar la causa de la muerte (ejemplo: Muerte Cerebral secundaria a H.P.A.F. perforante de cráneo).
- Anotar la ciudad, hora, día, mes, y año en que se haya certificado la pérdida de la vida.

3.- ESPECIFICACIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS A OBTENER

- Anotar que órganos o tejidos se van a obtener (ejemplo: riñón, derecho, hígado y córneas, etc.)

4.- DATOS DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO

- Anotar el número de la agencia del ministerio público en donde se lleva la averiguación previa.
- Anotar la calle y número donde se encuentra.
- Anotar el turno y la mesa donde se lleva la averiguación previa.
- Anotar la fecha (día, mes y año).
- Sello de recibido

5.- NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR HOSPITALARIO DE TRASPALNTES

- Anotar nombre y firma del Coordinador Hospitalario de Trasplantes.

ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCIÓN, EN HOJA TAMAÑO CARTA.
LOS DOCUMENTOS NO DEBERÁN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS. EL DOCUMENTO SE PRESENTA POR DUPLICADO PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE.

ANEXO 6

CERTIFICADO DE PÉRDIDA DE LA VIDA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE LA VIDA PARA LA DISPOSICIÓN
DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES DE TRASPLANTES

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Médico que certifica: (1) _____

Cédula Profesional Número (2) _____

Manifiesta que de acuerdo a los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud,

El / la C. (3) _____

Quien se encuentra en la cama/cuarto/núm. (4) _____ del servicio de (5) _____

del hospital (6) _____

ubicado en (7) _____

ha perdido la vida.

De acuerdo al artículo 343 de la Ley General de Salud, la pérdida de la vida ocurre cuando se presenta la muerte encefálica.

En el mismo artículo se establece que la muerte encefálica se presenta cuando existen los siguientes signos:

I. Ausencia completa y permanente de conciencia,
II. Ausencia permanente de respiración espontánea,
III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nocioceptivos.

Así mismo, se ha descartado que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas y la muerte encefálica se ha corroborado a través de la(s) siguiente (s) prueba (s):

(8) _____

Con base en lo anterior, el que suscribe CERTIFICA LA PÉRDIDA DE LA VIDA de,

El / la C. (9) _____

ocurrida en la Ciudad de (10) _____ a las _____ horas del día _____

del mes de _____ del año _____

(11) _____
Nombre y Firma

El presente documento se encuentra debidamente elaborado con fundamento a los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud.
Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase en llamar al Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) a los teléfonos 01 55 54 87 99 02 ext 51430 en el D.F. y área metropolitana, del interior de la República al 01 800 22 36 282, o al 044 55 54 34 56 68 o al 01 55 54 87 99 63.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL DOCUMENTO DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES (SIRNT)
ESTE FORMATO DEBERA LLENARSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE.

1.- Nombre del médico que certifica.
2.- Número de Cédula Profesional del médico que certifica.
3.- Nombre completo del potencial donante.
4.- Numero de cama donde se encuentra el potencial donante.
5.- Área hospitalaria donde se ubica al potencial donante.
6.- Nombre completo del hospital donde se encuentra hospitalizado el donador.
7.- Ubicación del hospital donde se encuentra hospitalizado el donador.
8.- Estudio electrofísico que demuestra ausencia de la actividad eléctrica y o del gabinete que demuestre ausencia de flujo intracraneal. Anotar uno solo. Fecha y hora del estudio.
9.- Nombre completo del potencial donante.
10.- Ciudad, hora, día, mes y año en que ocurrió la perdida de la vida.
11.- Nombre y firma del médico que certifica la pérdida de la vida.

ANEXO 7

FORMATO DE ACTIVACIÓN DE URGENCIA CARDIACA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Secretaría de Salud
Centro Nacional de Trasplantes
Dirección del Registro Nacional de Trasplantes

Formato para la solicitud de Activación de Urgencia Nacional de Trasplante Cardíaco

De conformidad a lo señalado en el Título Décimo Cuarto: Donación, trasplantes y pérdida de la vida, Art. 41 y 43 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

FECHA DE SOLICITUD (1): _____

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

ID (2): _____
Grupo Sanguíneo (3): _____
Establecimiento (7):
_____
Entidad Federativa (9): _____
Diagnóstico de Ingreso (11):
_____

Sexo (4): _____
Talla (6): _____ **cm**
RNT (7): _____

Edad (5): _____
Peso (6): _____ **kg**
Dependencia (8):
_____

Fecha de ingreso (10): _____
Diagnóstico Actual (12):
_____

INFORMACIÓN SOBRE LA URGENCIA

GRADO DE URGENCIA (13)				
☐ I: Falla Primaria de Injerto	☐ II: Shock Cardiogénico	☐ III: S.C. con balón de contrapulsación	☐ IV: S.C. con aminas y Ventilador	☐ V: Clase funcional IV Refractaria

PACIENTE ADULTO (> 18 AÑOS) (14)	
☐ Cuenta con corazón artificial total. ☐ Cuenta con balón intra-aórtico ☐ Cuenta con membrana extracorpórea de oxigenación (15)	☐ El paciente requiere del apoyo de ventilación mecánica continua. (15)
☐ Requiere del uso de fármacos inotrópicos en infusión continua (16): Medicamento:_____ Dosis:_____ Tiempo:_____ Medicamento:_____ Dosis:_____ Tiempo:_____ Medicamento:_____ Dosis:_____ Tiempo:_____	
El paciente requiere de alguno de los siguientes dispositivos de apoyo mecánico circulatorio: ☐ Dispositivo de asistencia ventricular izquierdo (LVAD) ☐ Dispositivo de asistencia venticular derecho (RVAD) ☐ Dispositivo de asistencia ventricular izquierdo y derecho (BiVAD) (15)	

PACIENTE PEDIÁTRICO (<18 AÑOS) (13)	
☐ El paciente requiere del apoyo de ventilación mecánica continua. ☐ El paciente cuenta con balón intra-aórtico. ☐ El paciente tiene cardiopatía ductus-dependiente (Cuenta con stent o infusión de prostaglandinas). (15)	☐ El paciente tiene una cardiopatía congénita y requiere infusión de inotrópicos IV o inotrópico a dosis alta. ☐ El paciente requiere de un dispositivo de apoyo mecánico circulatorio. (LVAD, RVAD, BiVAD). (15)

DATOS CLÍNICOS DE RELEVANCIA

Crónico-Degenerativos [17]	Quirúrgicos [17]	Trasplante Previo [17]
☐ Sí ☐ No ☐ Hipertensión Arterial ☐ Diabetes Mellitus Tipo 2 ☐ Dislipidemia ☐ Osteoartritis ☐ Artritis Reumatoide ☐ Hipo/Hipertiroidismo ☐ Enfermedad Hepática Crónica ☐ Artritis Reumatoide ☐ VIH ☐ Otro [18]: _____ _____	☐ Sí ☐ No 1. _____ [18] 2. _____ [18] 3. _____ [18] 4. _____ [18] **Alérgicos [17]** ☐ Sí ☐ No Especificar [18]: _____ _____ _____	☐ Sí ☐ No Órgano [18]: _____ Fecha [18]: _____ Tejido [18]: _____ Fecha [18]: _____ ¿Presentó rechazo al injerto? ☐ Sí ☐ No

RESUMEN CLÍNICO [19]

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

[20]

Diagnósticos Actuales [21]	Medidas Terapéuticas Importantes [22]	Complicaciones Intrahospitalarias [23]
• _____	1. _____	▪ _____
• _____	2. _____	▪ _____
• _____	3. _____	▪ _____
• _____	4. _____	▪ _____
• _____	5. _____	▪ _____
• _____	6. _____	▪ _____

LABORATORIO Y GABINETE

- Anexar Resultados de Laboratorio y Gabinete del paciente. [24][25]

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO [28]

_____
Nombre y firma del Presidente del Comité Interno de Trasplantes y/o Responsable Sanitario [26]

_____
Nombre y firma del Responsable del Programa [27]

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Secretaría de Salud
Secretaría de Salud
Dirección del Registro Nacional de Trasplantes

Instructivo de llenado de Formato de Inicio de Proceso de Urgencia de Trasplante Cardíaco

1. Registrar fecha de solicitud (Debe ser la misma en que se hará el envío) (DD/MM/AAAA): i.e. 13/Marzo/2016.

DATOS GENERALES

2. Escribir ID del receptor, corroborando que coincida con el que se encuentra en el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SiRNT).
3. Escribir Grupo y Rh del receptor.
4. Escribir sexo/género del paciente: Masculino o Femenino.
5. Escribir edad en años, con número, del paciente adulto. Si se trata de un paciente pediátrico indicar años y meses cumplidos: i.e. 2a 9m
6. Escribir datos somatométricos del paciente: Talla en centímetros y peso en kilogramos.
7. Registrar nombre del establecimiento solicitante, corroborar que sea en el que el paciente se encuentra registrado ante el SiRNT. Escribir número RNT.
8. Indicar, con siglas, institución a la cual pertenece el Establecimiento Solicitante: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicio Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios de Salud del Estado (SSE), Secretaría de Salud (SSA), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Privado.
9. Especificar Entidad Federativa en la que se encuentra el Establecimiento.
10. Registrar fecha de ingreso del paciente durante esta hospitalización (DD/MM/AAAA): i.e. 15/09/2016).
11. Indicar diagnóstico de la Nota de Ingreso del paciente durante esta hospitalización.
12. Indicar diagnóstico actual y principal del paciente en esta hospitalización.

INFORMACIÓN SOBRE LA URGENCIA

13. Dependiendo de los datos clínicos, indicar el grado de Urgencia en el que se encuentra el paciente y, posteriormente completar el resto de la tabla.
14. Dependiendo de la edad del paciente (Adulto o Pediátrico) identificar el campo específico para el paciente.
15. Una vez en el área correspondiente, rellenar completamente la casilla de la característica que corresponda a la situación clínica actual del receptor.
16. En caso de seleccionar el apartado de requerimiento de fármacos vasoactivos, indicar nombre genérico, dosis manejada actualmente así como tiempo en días u horas desde el inicio hasta el momento de registrar la solicitud.

**Basado en los criterios UNOS para asignación de estatus 1.A a paciente adulto o pediátrico, Urgencia de Trasplante Cardíaco. Se considera que el paciente debe cumplir con al menos una de las circunstancias señaladas.*

DATOS CLÍNICOS DE RELEVANCIA

17. En cada una de las áreas correspondientes, rellenar completamente la casilla de las patologías y antecedentes indicados de acuerdo a la historia clínica del receptor.
18. En aquellos espacios que contengan una línea, escribir lo solicitado en caso de requerirse. Este espacio podrá ser ampliado de acuerdo a las necesidades de la persona que registre la información.

RESUMEN CLÍNICO

19. Escribir de forma resumida y cronológica los datos relevantes para la situación actual del paciente en esta hospitalización y que se encuentren de manera asociada al motivo de Urgencia. Omitir valores de laboratorio o descripción detallada de estudios de gabinete ya que éstos se anexarán posteriormente. Este espacio podrá ser ampliado de acuerdo a las necesidades de la persona que registre la información.
20. En la tabla inferior a los renglones, registrar los datos solicitados.
21. Escribir los diagnósticos actuales y más relevantes del paciente en orden de importancia y asociados a la causa de la urgencia.
22. Registrar las medidas terapéuticas más relevantes que se hayan utilizado durante esta hospitalización ante complicaciones o como manejo base de la patología.
23. Indicar las complicaciones que se hayan agregado durante este cuadro, adicional a la urgencia o previo a la misma: i.e. infección nosocomial, paro cardiorrespiratorio, hemorragia, efecto adverso importante, etc.

LABORATORIO Y GABINETE

24. **LABORATORIO:** Anexar en este documento todos los resultados de laboratorio del paciente, desde el momento de ingreso a la Institución (En esta hospitalización) hasta el más reciente. Se ordenarán de forma cronológica, colocando primero los más recientes. En este apartado se incluirán: Biometría Hemática, Química Sanguínea, Estudios de Coagulación, Enzimáticos, Cultivos, Especiales, etc.
25. **GABINETE:** Anexar en este documento todos los estudios de gabinete que se han realizado al paciente, desde el momento de ingreso a la Institución (En esta hospitalización) hasta el más reciente. Se ordenarán de forma cronológica, colocando primero los más recientes. Incluir únicamente aquellos asociados a la patología cardíaca que derivó en Urgencia. En este apartado se incluirán: Radiografías de Tórax, Electrocardiograma, Ecocardiograma, etc. Se incluirán las imágenes así como la interpretación de los mismos.

FIRMAS

26. Colocar nombre completo del Presidente del Comité Interno de Trasplantes y/o Responsable Sanitario así como firma autógrafa. En caso de colocar sello que contenga el nombre y cédula, debe ser completamente visible, sin manchas ni borrones.
27. Colocar nombre completo del Responsable del Programa así como firma autógrafa. En caso de colocar sello que contenga el nombre y cédula, debe ser completamente visible, sin manchas ni borrones.
28. Colocar en el cuadro indicado el sello del establecimiento, debe ser completamente visible, sin manchas ni borrones.

***NOTA:** La Urgencia Nacional es la única situación médica que modifica los procedimientos habituales de distribución de órganos y por su importancia, el respaldo de estas acciones serán responsabilidad del Comité Interno del establecimiento que notifica dicha solicitud. Por la propia naturaleza de las Urgencias Médicas, estas son auditables a consideración de la autoridad sanitaria, jurídica y/o administrativa. Este formato, una vez completo, deberá ser enviado vía correo electrónico a la siguiente dirección: rnt.cenatra@salud.gob.mx; además de comunicar la activación de Urgencia de Trasplante Cardíaco a cualquiera de los siguientes números telefónicos: 01 800 2236287, 044-55-54-34-56-68 ó 01-(55)-54-87-99-63.

ANEXO 8

FORMATO DE CANCELACIÓN DE URGENCIA CARDIACA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Secretaría de Salud
Centro Nacional de Trasplantes
Dirección del Registro Nacional de Trasplantes

Formato para la solicitud de Baja de Urgencia Nacional de Trasplante Cardíaco

D - _____ EÑALADO EN EL TÍTULO DÉCIMO CUARTO: DONACIÓN, TRASPLANTES Y PÉRDIDA DE LA VIDA, ART. 41 Y 43 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE TRASPLANTES.

FECHA DE SOLICITUD (1): _____

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

ID (2): _____
Grupo Sanguíneo (3): _____
Establecimiento (7):
_____
Entidad Federativa (9): _____
Diagnóstico de Urgencia (11):
_____

Sexo (4): _____
Talla (6): _____ **cm**
RNT (7): _____

Edad (5): _____
Peso (6): _____ **kg**
Dependencia (8):
_____

Fecha de ingreso (10): _____
Diagnóstico Actual (12):
_____

MOTIVO DE BAJA (13)

☐ Trasplante	☐ Estabilización del Paciente	☐ Deterioro Clínico del Paciente	☐ Defunción

INFORMACIÓN DEL TRASPLANTE

Información del Trasplante	
Fecha (14): _____ Hora (15): _____ Cirujano (16): _____ **Complicaciones durante la cirugía (17)** ☐ Sí ☐ No Especificar (18): _____ _____ _____ Otros hallazgos (19): _____ _____ _____	Establecimiento Generador (20): _____ RNT (21): _____ Dependencia (22): _____ Entidad Federativa (23): _____ **Donador** Edad (24): _____ Sexo (25): _____ Grupo Sanguíneo (26): _____ Causa de Defunción (27): _____ Tiempo de Isquemia (28): _____

RESUMEN CLÍNICO DE BAJA [29]

RECHAZO PRIMARIO AL INJERTO (30)	ESQUEMA INMUNOSUPRESOR (31)	PLAN DE MANEJO Y VIGILANCIA (32)	PRONÓSTICO (33)
☐ Sí ☐ No	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

- Anexar Documentación de acuerdo a lo indicado en el instructivo. [34][35][36][37]

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO [40]

_____

Nombre y firma del Presidente del Comité Interno de Trasplantes y/o Responsable Sanitario [38]

_____

Nombre y firma del Responsable del Programa [39]

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Secretaría de Salud
Centro Nacional de Trasplantes
Dirección del Registro Nacional de Trasplantes

Instructivo de llenado de Formato de Baja de Proceso de Urgencia de Trasplante Cardíaco

1. Registrar fecha de solicitud (Debe ser la misma en que se hará el envío) (DD/MM/AAAA): i.e. 13/Marzo/2016.

DATOS GENERALES

2. Escribir ID del receptor, corroborando que coincida con el que se encuentra en el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SiRNT).
3. Escribir Grupo y Rh del receptor.
4. Escribir sexo/género del paciente: Masculino o Femenino.
5. Escribir edad en años, con número, del paciente adulto. Si se trata de un paciente pediátrico indicar años y meses cumplidos: i.e. 2a 9m
6. Escribir datos somatométricos del paciente: Talla en centímetros y peso en kilogramos.
7. Registrar nombre del establecimiento solicitante, corroborar que sea en el que el paciente se encuentra registrado ante el SiRNT. Escribir número RNT.
8. Indicar, con siglas, institución a la cual pertenece el Establecimiento Solicitante: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicio Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios de Salud del Estado (SSE), Secretaría de Salud (SSA), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Privado.
9. Especificar Entidad Federativa en la que se encuentra el Establecimiento.
10. Registrar fecha de ingreso del paciente durante esta hospitalización (DD/MM/AAAA): i.e. 15/09/2016).
11. Indicar diagnóstico que se consideró como actual en la solicitud de Alta de Urgencia.
12. Indicar diagnóstico actual y principal del paciente en esta hospitalización.

MOTIVO DE BAJA

13. Dependiendo de la situación del paciente y el caso individual, rellenar completamente la casilla correspondiente al motivo de solicitud de baja.

INFORMACIÓN DEL TRASPLANTE

14. Indicar fecha en que se realizó el trasplante.
15. Indicar hora de la cirugía de trasplante.
16. Escribir el nombre del Cirujano que realizó la Cirugía.
17. Dependiendo del caso correspondiente, rellenar la casilla referente a la presencia de complicaciones.
18. En caso de que se haya presentado alguna complicación, indicar cuál de forma resumida así como su resolución.
19. Si se presentó algún hallazgo de interés durante la cirugía, describirlo brevemente.
20. Registrar el nombre del Hospital Generador del órgano.
21. Indicar el número de RNT del Hospital Generador.

22. Indicar la Institución a la que pertenece el Hospital Generador: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicio Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios de Salud del Estado (SSE), Secretaría de Salud (SSA), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Privado.
23. Indicar la entidad federativa donde se encuentra el Hospital Generador.
24. Indicar la edad del donador.
25. Indicar sexo del donador.
26. Indicar Grupo Sanguíneo y RH del donador.
27. Indicar causa de Defunción del Donador de acuerdo a lo reportado por el Establecimiento Generador.
28. Indicar el tiempo total en horas que permaneció en Isquemia el órgano.

RESUMEN CLÍNICO DE BAJA

29. Escribir de forma resumida y cronológica los datos relevantes para la situación actual del paciente en esta hospitalización, posterior al momento de solicitud de alta de Urgencia y que lleven al desenlace del caso y justifiquen el motivo de baja de la misma.
30. Rellenar la casilla correspondiente referente a la presencia de rechazo primario del injerto.
31. Registrar el nombre genérico del fármaco utilizado para inmunosupresión, así como posología.
32. Reportar únicamente las medidas especiales y concretas que integren el plan de manejo y vigilancia inmediata sobre el estado del paciente y su respuesta al trasplante.
33. Indicar el pronóstico que brinda el médico tratante del receptor.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

34. **En caso de Trasplante:** Anexar en este documento la hoja de resguardo del órgano y una copia de la Hoja Quirúrgica y/o Nota Post-quirúrgica.
35. **En caso de Mejoría del Paciente:** Anexar en este documento una copia de la Nota Médica que reporte la mejoría del caso, justificando los criterios para descartar la necesidad urgente de trasplante.
36. **En caso de Deterioro Clínico:** Anexar en este documento una copia de la Nota Médica que reporte los datos de deterioro así como los criterios que justifiquen el descartar al paciente como receptor.
37. **En caso de Defunción:** Anexar en este documento una copia de la Nota de Defunción y del Certificado de Defunción del paciente.

FIRMAS

38. Colocar nombre completo del Presidente del Comité Interno de Trasplantes y/o Responsable Sanitario así como firma autógrafa. En caso de colocar sello que contenga el nombre y cédula, debe ser completamente visible, sin manchas ni borrones.
39. Colocar nombre completo del Responsable del Programa así como firma autógrafa. En caso de colocar sello que contenga el nombre y cédula, debe ser completamente visible, sin manchas ni borrones.
40. Colocar en el cuadro indicado el sello del establecimiento, debe ser completamente visible, sin manchas ni borrones.

***NOTA:** La Urgencia Nacional es la única situación médica que modifica los procedimientos habituales de distribución de órganos y por su importancia, el respaldo de estas acciones serán responsabilidad del Comité Interno del establecimiento que notifica dicha solicitud. Por la propia naturaleza de las Urgencias Médicas, estas son auditables a consideración de la autoridad sanitaria, jurídica y/o administrativa. Este formato, una vez completo, deberá ser enviado vía correo electrónico a la siguiente dirección: rnt.cenatra@salud.gob.mx; además de comunicar la baja de Urgencia de Trasplante Cardíaco a cualquiera de los siguientes números telefónicos: 01 800 2236287, 044-55-54-34-56-68 ó 01-(55)-54-87-99-63.

ANEXO 9

FORMATO DE ACTIVACIÓN DE URGENCIA HEPÁTICA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Formato de Activación de Urgencia de Trasplante Hepático

De conformidad a lo señalado en el Título Décimo Cuarto: Donación, trasplantes y pérdida de la vida, Art. 41 y 43 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

(1)**Fecha:** ___/___/___

1.- Datos Generales del Establecimiento:

(2)Nombre del Establecimiento: _____
(3)RNT: ____ (4)Institución: _____ (5)Entidad Federativa: _____

2.- Datos Generales del Receptor.

(6)ID: _____ (7) Edad: _____ (8)Sexo: (M) (F) (9)Gpo. Sanguíneo y Rh: _____ (10) Peso: _____kg Talla: _____cm

2.- Diagnóstico:

(11)**Etiología de la Falla Hepática:**

- ☐ Falla Hepática Fulminante: Enfermedad Hepática Preexistente: _____
- ☐ Trombosis Arterial: ¿Dentro de los primeros 14 días del Trasplante?:_____
- ☐ Falla Primaria del Injerto: ¿Dentro de los primeros 7 días del Trasplante?: _____

3.- Criterios Médicos

(12)**¿El paciente cumple con Criterios del King`s College Hospital?**

IHAG por paracetamol*

- ☐ pH arterial < 7.3 a la admisión
  O los tres siguientes:
- ☐ Encefalopatía hepática Grado 3-4
- ☐ Creatinina sérica > 3.4 mg/dL (300 mmol/L)
- ☐ INR > 6.5

IHAG por otras causas*

- ☐ INR >6.5
  O cualquiera de los siguientes:
- ☐ Edad < 10 años o > 40 años
- ☐ Etiología viral no A no B, reacción idiosincrásica a drogas, Enfermedad de Wilson
- ☐ Periodo de ictericia previo a Encefalopatía Hepática >7 días
- ☐ Bilirrubina sérica >18 mg/dL (300 mmol/L)

*IHAG: Insuficiencia Hepática Aguda Grave

(13)**Índice Pronóstico MELD**

Valor del INR	
Valor de la bilirrubina sérica total	(mg/dL)
Valor de creatinina sérica	(mg/dL)
¿El paciente ha requerido diálisis al menos dos veces en la semana previa?	☐SI ☐ NO

Puntaje MELD: ☐

¿El paciente se encuentra en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)?(14) ☐ SI ☐ NO

¿Cuenta con apoyo ventilatorio, circulatorio o terapia sustitutiva?(15) ☐ SI ☐ NO

En caso de ser afirmativo, especificar cuál: _____
_____

4.- Evolución Clínica desde su ingreso:(16) _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5.- Anexar laboratorios al ingreso y actuales.(17)

_____
(18)Nombre y firma del Presidente del Comité Interno de Trasplantes y/o Responsable Sanitario

(20)Sello de la Institución

_____
(19)Nombre y firma del Responsable del Programa

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES
DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

- Instructivo de llenado de Formato de Inicio de Proceso de Urgencia Hepática

1) Colocar fecha por día, mes y año.
2) Especificar nombre del hospital donde se encuentra el receptor.
3) Indicar RNT del establecimiento.
4) Indicar Institución a la que pertenece el establecimiento: IMSS, ISSSTE, Servicios de Salud del Estado (SSE), Secretaria de Salud (SSA), SEDENA, SEMAR, PEMEX, Privado.
5) Especificar entidad federativa donde se ubica el establecimiento.
6) Especificar ID del receptor, verificando que este completo y correcto.
7) Colocar edad en años, si es menor de edad especificar edad en años y meses cumplidos.
8) Marcar si el receptor es Masculino (M) o Femenino (F).
9) Indicar Grupo y Rh del paciente receptor.
10) Indicar peso en kilogramos y talla en centímetros tanto para receptores Adultos como Pediátricos.
11) Marcar en la casilla correspondiente la etiología de la Falla Hepática, así como su criterio relacionado.
12) Marcar en la casilla correspondiente los criterios del King´s College que cumple el paciente receptor, son eficaces en predecir mortalidad y por lo tanto cuando están presentes se considera indicada la realización de un trasplante hepático.
13) Modelo MELD fundamental que es muy útil para determinar la mortalidad a tres meses con una C estadística de 0,80 (o sea, que acierta en el 80% de los casos).
14) Especificar si el receptor se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos del Establecimiento (Como parte de los criterios de la UNOS para asignación 1A, Urgencia de trasplante Hepático)
15) Indicar si el paciente se encuentra bajo ventilación mecánica invasiva, apoyo con aminas vasoactivas, diálisis, Hemofiltración veno-venosa continua o hemodiálisis veno-venosa continua (Como parte de los criterios de la UNOS para asignación 1A, Urgencia de trasplante Hepático).
16) Resumen de la evolución clínica del paciente a su llegada a la institución hasta la condición médica meritoria de trasplante hepático (El espacio suministrado en el presente Formato no deberá representar una limitante en el reporte de la evolución clínica, existiendo la posibilidad de anexar la información que el solicitante considere pertinente).
17) Anexar resultados de laboratorio del receptor al ingreso hospitalario y los últimos resultados obtenidos.
18) Nombre y firma del Presidente del Comité Interno de Trasplantes y/o Responsable Sanitario del establecimiento.
19) Nombre y firma del responsable del Programa de Trasplante Hepático del Establecimiento
20) Sello del Establecimiento.

La Urgencia Nacional es la única situación médica que modifica los procedimientos habituales de distribución de órganos y por su importancia, el respaldo de estas acciones serán responsabilidad del Comité Interno del establecimiento que notifica dicha solicitud.

El formato deberá ser enviado vía correo electrónico a la siguiente dirección: rnt.cenatra@salud.gob.mx; además de comunicar la activación de Urgencia de Trasplante Hepático a cualquiera de los siguientes números telefónicos: 01 800 2236287, 044-55-54-34-56-68 ó 01-(55)-54-
87-99-63.

ANEXO 10

FORMATO DE CANCELACIÓN DE URGENCIA HEPÁTICA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Formato de Cancelación de Urgencia de Trasplante Hepático

De conformidad a lo señalado en el Título Décimo Cuarto: Donación, trasplantes y pérdida de la vida, Art. 41 y 43 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

(1)**Fecha: _/__/____**

1.- Datos Generales del Establecimiento:

(2)Nombre del Establecimiento: _____
(3)RNT:_____(4)Institución:_____(5)Entidad Federativa: _____

2.- Datos Generales del Receptor.

(6)ID:_____ (7) Edad:_____ (8)Sexo: (M) (F)

3.- Motivo de Cancelación de Urgencia de Trasplante: (9)

☐ **Trasplante.** (10) Fecha y hora de trasplante:_____
(11)Hospital Generador:_____(12) RNT:_____(13)Dependencia:_____
(14)Tiempo en estatus de Urgencia:_____(15) Complicaciones postquirúrgicas: ☐ SI ☐ NO
(16)En caso de presentar complicaciones especificar: _____
_____

☐ **Defunción del paciente.** (17)Causa:_____(18)Fecha de defunción:____/___/_____
☐ **Deterioro Clínico del paciente.** (17)Causa: _____
_____

☐ **Estabilización del paciente.** (17)Causa:_____
_____

4.- Resumen Clínico Postquirúrgico:(19)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5.- Anexar laboratorios en caso haber presentado Estabilización o Deterioro del receptor. (20)

_____
(21)Nombre y firma del Presidente del Comité Interno de Trasplantes y/o Responsable Sanitario

(23)Sello del establecimiento

_____
(22)Nombre y firma del Responsable del Programa

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES
DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

- Instructivo de llenado de Formato de Inicio de Proceso de Urgencia Hepática

1) Colocar fecha por día, mes y año.
2) Especificar nombre del hospital donde se encuentra el receptor.
3) Indicar RNT del establecimiento.
4) Indicar Institución a la que pertenece el establecimiento: IMSS, ISSSTE, Servicios de Salud del Estado (SSE), Secretaria de Salud (SSA), SEDENA, SEMAR, PEMEX, Privado.
5) Especificar entidad federativa donde se ubica el establecimiento.
6) Especificar ID del receptor, verificando que este completo y correcto.
7) Colocar edad en años, si es menor de edad especificar edad en años y meses cumplidos.
8) Marcar si el receptor es Masculino (M) o Femenino (F).
9) En esta sección se indicará en la casilla correspondiente el motivo por el cual se solicita la cancelación de la Urgencia de Trasplante.
10) En caso de hacer realizado el trasplante del receptor indicar la fecha y hora del trasplante.
11) Indicar el Hospital que generó la donación.
12) Indicar el RNT del establecimiento generador de la donación.
13) Indicar la dependencia a la cual pertenece el Hospital Generador.
14) Indicar con número la cantidad de tiempo en la cual estuvo activa la Urgencia de Trasplante.
15) Marcar en la casilla correspondiente si hubo o no complicaciones postquirúrgicas
16) En caso de hacer presentado alguna complicación postquirúrgica especificarla en el espacio correspondiente.
17) Al seleccionar la casilla correspondiente a Deterioro Clínico del Paciente o Estabilización como motivo de Cancelación de Urgencia de Trasplante, indicar en el espacio correspondiente la causa de la misma.
18) Indicar la fecha de defunción del receptor.
19) Realizar resumen clínico del paciente que ha sido trasplantado
20) En caso de que la causa de Cancelación de la Urgencia de Trasplante fiera por estabilización del paciente o deterioro del mismo, anexar los laboratorios correspondientes a la evolución clínica del paciente.
21) Nombre y firma del Presidente del Comité de Trasplantes o Responsable Sanitario.
22) Nombre y firma del Responsable del Programa
23) Sello oficial de la institución

La Urgencia Nacional es la única situación médica que modifica los procedimientos habituales de distribución de órganos y por su importancia, el respaldo de estas acciones serán responsabilidad del Comité Interno del establecimiento que notifica dicha solicitud.

El formato deberá ser enviado vía correo electrónico a la siguiente dirección: rnt.cenatra@salud.gob.mx; además de comunicar la cancelación de Urgencia de Trasplante Hepático a cualquiera de los siguientes números telefónicos: 01 800 2236287, 044-55-54-34-56-68 ó 01-(55)-54-
87-99-63.

ANEXO 11

FORMATO DE ASIGNACIÓN PRIORITARIA DE CÓRNEA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Formato de Activación de Asignación Prioritaria de Córnea.

De conformidad a lo señalado en el Título Décimo Cuarto: Donación, trasplantes y pérdida de la vida, Art. 45 y 46 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

(1)**Fecha**: ____/____/_____

1.- Datos Generales del Establecimiento:

(2)Nombre del Establecimiento: _____

(3)RNT:_____(4) Institución:_____(5) Entidad Federativa: _____

2.-Datos Generales del Receptor.

(6)ID:_____(7) Edad:_____ (8) Sexo: (M) (F) (9) Peso:_____kg (10) Talla:_____cm

3.- Diagnóstico:

(11)**Indicación de Trasplante de Córnea:**

- ☐ Traumatismo Penetrante
- ☐ Perforación.
- ☐ Quemadura.
- ☐ Otra. Escriba cuál: _____

4.- (12) Tipo de Córnea a implantar:

- ☐ Tectónica
- ☐ Óptica
- ☐ Cosmética
- ☐ Otra Escriba cuál: _____

5.– (13) Evolución Clínica desde su ingreso: -

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____
(14)Nombre y firma del Presidente del Comité Interno de Trasplantes y/o Responsable Sanitario

(16)Sello del Establecimiento

_____
(15)Nombre y firma del Responsable del Programa

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES
DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

- Instructivo de llenado Formato de Activación de Asignación Prioritaria de Córnea

1) Colocar fecha por día, mes y año.
2) Especificar nombre del hospital donde se encuentra el receptor.
3) Indicar RNT del establecimiento.
4) Indicar Institución a la que pertenece el establecimiento: IMSS, ISSSTE, SSE, SSA, SEDENA, SEMAR, PEMEX, Privado.
5) Especificar entidad federativa donde se ubica el establecimiento.
6) Especificar ID de registro del receptor en el SIRNT, verificando que este completo y correcto.
7) Colocar edad en años, si es menor de edad especificar edad en años y meses cumplidos.
8) Marcar si el receptor es Masculino (M) o Femenino (F).
9) Indicar peso en kilogramos
10) Indicar talla en centímetros.
11) Especificar la indicación médica tomada en cuenta para realizar el trasplante de córnea. En caso de que el médico tratante considere otra indicación, marcar la casilla "Otra" y anotar el diagnóstico correspondiente.
12) Especificar el tipo de córnea a trasplantar. En caso de que el médico tratante considere otra indicación. Marcar la casilla "Otra" y anotar la información correspondiente.
13) Resumen de la evolución clínica del paciente a su llegada a la institución hasta la condición médica meritoria del trasplante de córnea (El espacio suministrado en el presente Formato no deberá representar una limitante en el reporte de la evolución clínica, existiendo la posibilidad de anexar la información que el solicitante considere pertinente).
14) Registrar nombre y firma del Presidente del Comité Interno de Trasplantes y/o Responsable Sanitario del establecimiento.
15) Registrar nombre y firma del responsable del Programa de trasplante de córnea.
16) Sello del Establecimiento

La asignación prioritaria es la única situación médica que modifica los procedimientos habituales de distribución de córneas y por su importancia, el respaldo de estas acciones serán responsabilidad del Comité Interno del establecimiento que notifica dicha solicitud.

El formato deberá ser enviado vía correo electrónico a la siguiente dirección: rnt.cenatra@salud.gob.mx; además de comunicar la activación de asignación prioritaria a cualquiera de los siguientes números telefónicos: 01 800 2236287, 044-55-54-34-56-68 ó 01-(55)-54-87-99-63.

ANEXO 12

FORMATO DE ASIGNACIÓN PRIORITARIA DE RIÑÓN

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Formato de Activación de Asignación Prioritaria de un Riñón

DE CONFORMIDAD A LO SEÑALADO EN EL TÍTULO DÉCIMO CUARTO: DONACIÓN, TRASPLANTES Y PÉRDIDA DE LA VIDA, **ART**. 336 Y **ARTS**. 44 Y 46 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE TRASPLANTES.

(1)**Fecha:** ___/___/____

1.- Datos Generales del Establecimiento:

(2)Nombre del Establecimiento: _____

(3)RNT:_____(4) Institución:_____(5) Entidad Federativa: _____

2.- Datos Generales del Receptor.

(6)ID:_____(7) Edad:_____(8) Sexo: (M) (F) (9) Gpo. Sanguíneo y Rh:_____(10) Peso:_____kg (11) Talla:_____cm

3.- Diagnóstico:

(12)**Etiología de la Insuficiencia Renal:**

4.- Criterios Médicos

(13) Justifique de manera breve, la razón de la asignación prioritaria.

5.- Evolución Clínica desde su ingreso:(14).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6.- Anexar laboratorios al ingreso y actuales. (15)

_____

(16)Nombre y firma del Presidente del Comité Interno de Trasplantes y/o Responsable Sanitario

(17)Sello del Establecimiento

_____

(18)Nombre y firma del Responsable del Programa

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES
DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

- Instructivo de llenado de Formato de Inicio de Proceso de asignación prioritaria renal

1) Colocar fecha por día, mes y año.
2) Especificar nombre del hospital donde se encuentra el receptor.
3) Indicar RNT del establecimiento.
4) Indicar Institución a la que pertenece el establecimiento: IMSS, ISSSTE, SSE, SSA, SEDENA, SEMAR, PEMEX, Privado.
5) Especificar entidad federativa donde se ubica el establecimiento.
6) Especificar ID del receptor, verificando que este completo y correcto.
7) Colocar edad en años, si es menor de edad especificar edad en años y meses Indicar RNT del establecimiento
8) Marcar si el receptor es Masculino (M) o Femenino (F).
9) Indicar Grupo y Rh del paciente receptor.
10) Indicar peso en kilogramos tanto para receptores Adultos como Pediátricos.
11) Indicar talla en centímetros tanto para receptores Adultos como Pediátricos.
12) Especifique la etiología de la Insuficiencia Renal.
13) Justifique de forma breve la justificación médica del caso.
14) Resumen de la evolución clínica del paciente a su llegada a la institución hasta la condición médica meritoria de trasplante renal (El espacio suministrado en el presente formato no deberá representar una limitante en el reporte de la evolución clínica, existiendo la posibilidad de anexar la información que el solicitante considere pertinente).
15) Anexar resultados de laboratorio del receptor al ingreso hospitalario y los últimos resultados obtenidos.
16) Nombre y firma del Responsable del Programa
17) Sello oficial de la institución
18) Nombre y firma del responsable del programa

El formato deberá ser enviado vía correo electrónico a la siguiente dirección: rnt.cenatra@salud.gob.mx; además de comunicar la activación de la asignación prioritaria de riñón, a su Coordinación Institucional, de contar con ella, al Centro o Consejo Estatal de Trasplantes y al CENATRA, a este Centro a los siguientes números telefónicos: 01 800 2236287, 044-55-54-34-56-68 o 01-(55)-54-87-99-63.

ANEXO 13

FORMATO DE HOJA DE RESGUARDO.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Propuesta de formato de custodia y guarda de órganos, tejidos y células procedentes de donación cadavérica

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

(1) **Fecha:** _____ de _____ de _____

Establecimiento Generador

(2) **Nombre del establecimiento donde se generó la donación:**

Institución: **Entidad federativa:** **RNT:**

(3) **Iniciales del donador:** **Sexo:**
Edad:

(4) **Fecha de procuración:**

(5) **Fecha y hora de certificación de pérdida de la vida:**

(6) **Número de expediente del establecimiento generador (opcional):**

(7) **Diagnóstico de pérdida de la vida**

(8) **Órgano o Tejido a custodiar (si es órgano o tejido par, especificar lado):**

(9) **Nombre y firma del Coordinador de Donación de Órganos y Tejidos:**

(9) **Número de Identificación oficial (Cédula Profesional, IFE, Pasaporte):**

Establecimiento Receptor

(10) **Nombre del establecimiento receptor de los órganos y/o tejidos:**

Institución: **Entidad federativa:** **RNT:**

(11) **Nombre y Cargo del Responsable de la custodia del órgano o tejido:**

Firma:

(11) **Número de Identificación oficial (Cédula Profesional, IFE, Pasaporte):**

ANEXO 14

FORMATO DE REPORTE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

FORMATO DE REPORTE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS

Nombre del Potencial Donador: _____

[1]Fecha de ingreso: _____ [2]Servicio: _____ [3]Cama: _____

[4]Hospital Generador: _____

[5]Registro: _____ [6]Fecha de proceso: _____

[7]Edad: _____ [8]Sexo: _____ [9]Grupo Y Rh: _____ [10]Religión: _____

[11]Estado civil: _____ [12]Ocupación: _____ [13]Originario: _____

[14]Domicilio: _____

_____ [15]Teléfono _____

[16]AHF: _____

[17]APNP: Tabaquismo: _____ Alcohol: _____ Drogas: _____

Tatuajes: _____ Promiscuidad: _____ Sexo de alto riesgo: _____

[18]APP: Cirugías Previas: _____

Crónico degenerativas: _____

Transfusiones: _____

[19]PA: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Reg: CIDPOTFT/004

INSTRUCTIVO DE LLENADO. DATOS GENERALES

	Concepto	Se anotará:	Ejemplo
1	Fecha de ingreso	Día-Mes-Año. Fecha de último ingreso del potencial donante a la unidad hospitalaria	06-08-2013
2	Servicio	Área hospitalaria donde se detectó al potencial donante	Hospitalización Neurocirugía
3	Cama	Número de cama del servicio donde se detectó al potencial donante	271
4	Hospital Generador	Nombre de la unidad hospitalaria en la cual se detecta al potencial donante	Instituto Nacional de Neurocirugía y Neurología
5	Registro	Número del expediente clínico de la unidad hospitalaria	187456
6	Nombre del Potencial Donador	Día-Mes-Año. Fecha en la que se detecta al potencial donador con Muerte Encefálica confirmada	08-08-2013
7	Edad	En años	35 años
8	Sexo	Masculino/Femenino	Femenino
9	Grupo y Rh	Hemoptipo del potencial donante	O+
10	Estado civil	Soltero(a), Casado(a) / Divorciado(a), Viudo (a), Unión Libre	Casada
11	Ocupación	Ocupación habitualdel potenial donante	Ama de casa
12	Originario	Lugar de origen del potencial donante (Ciudad y Estado de la República Mexicana o Ciudad y País del donante nacionalizado o extranjero)	Chilpancingo, Guerrero
13	Religión	Católico, Cristiano, Judío, Testigo de Jehová, Adventista, Protestante, Agnóstico	Católica
14	Domicilio	Calle, No. ext., No. int., Colonia, Ciudad, Estado	Calle los Olivos #48 int 402, Col. Las Fuentes, Chilpancingo, Guerrero
15	Teléfono	Número telefónico del familiar responsable (preferentemete el que corresponda al domicilio proporcionado)	(55) 89763712
16	Antecedentes Heredo Familiares	Diabetes Mellitus/Hipertensión Arterial Sistémic/Neoplasias/Hiperlipideias familiares, Preguntar padecimientos en Abuelos, Padres, Tíos, Hermanos del potencial donante	Madre con Diabetes Mellitus tipo 2
17	Antecedentes Personales No Patológicos	Inicio de hábitos, tiempo de evolución, cantidad y suspensión o uso actual	Tabaquismo desde los 20 años durante 10 años 10 cigarrillos al día, suspendido hace 5 años
18	Antecedentes Personales Patológicos	Enfermedades Crónico-degenerativas (padecimiento, manejo, tiempo de evolución). Tratamiento quirúrgico previo (fecha, evolución). Transfusiones (fecha, reacciones adversas)	Hipertensión Arterial Sistémica de 2 años de diagnóstico controlada con IECA. Apendicectomía hace 10 años sin complicaciones
19	Padecimiento Actual	Evolución clínica del padecimiento actual que condujo a la Muerte Encefálica, desde el inicio de la sintomatología, manejo y estado actual	Inicia padecimiento hace 3 días con presencia de cefalea intensa holocraneana de inicio súbito asociada a vómitos y mareo

EXPLORACIÓN FÍSICA

[20]Peso: _____ [21]Talla: _____ [22]Perímetro torácico: _____ [23]Perímetro abdominal: _____

Extremidad Superior: [24]Longitud: _____ [25]Circunferencia: _____ [26]Tono de Piel: _____

[27]Alteraciones: _____

[28]Alteraciones en piel: _____

[29]Eventos de paro cardiaco: _____ [30]Eventos de hipotensión: _____

DIAGNÓSTICO:

[31]Dx inicial: _____

[32]Dx de muerte encefálica: _____

[33]Método Dx complementario: _____

[34]TRATAMIENTO

Soluciones	
Antibióticos	
Aminas	
Otros	

[35]SIGNOS VITALES

Fecha/Hora	TA	FC	FR (rpm)	Temperatura (°C)	Diuresis (ml/Kg/Hr)

INSTRUCTIVO DE LLENADO. EXPLORACIÓN FÍSICA

	Concepto	Se anotará:	Ejemplo
20	Peso	En kilogramos (kg)	75Kg
21	Talla	En centímetros (cm)	180cm
22	Perímetro Torácico	En centímetros (cm)	95cm
23	Perímetro Abdominal	En centímetro (cm)	81cm
24	Longitud de Extremidad Superior	En centímetros (cm)	70cm
25	Diámetro Extremidad Superior	En centímetro (cm)	27cm
26	Tono de piel	Con base en la clasificación de Fitzpatrick	III
27	Alteraciones Extremidad Superior	Defectos macroscópicos en piel y anexos y/o musculoesqueléticas, o sospecha de alteraciones vasculares y/o nerviosas. Evaluar de manera simétrica	Insuficiencia arterial en miembro torácico por clínica
28	Alteraciones de la piel	Presencia de tatuajes, rash, acantosis, nevos de sospecha maligna o alguna otra neoplasia benigna o maligna (papiloma, hemangioma, Ca epidermoide, quistes, etc.)	Lesión macular de diámetro >6cm, de bordes irregulares, asimétrica de rápida evolución
29	Eventos de paro cardíaco	Número y duración en minutos (min)	1 durante 8 min
30	Eventos de hipotensión	Número y duración en minutos (min)	3 durante 20min c/una
31	Diagnóstico inicial	Diagnóstico nosológico de ingreso a urgencias	Pb Meningioma hipofisiario
32	Diagnóstico de Muerte Encefálica	Diagnóstico final nosológico y/o patólogico, causa directa de Muerte Encefálica	Macroadenoma hipofisiario
33	Método Diagnóstico Complementario	Estudio electrofisiológico que demuestra ausencia de actividad eléctrica y o de gabinete que demuestre ausencia de flujo intracraneal. Anotar uno solo. Fecha y hora del estudio.	Doppler Transcraneal, 29/09/2015 a las 16:20 horas
34	Tratamiento	Tiempo de inicio (Día-Mes-Año), dosis y evolución de soluciones intravasculares, antibioticoterapia, aminérgicos	02-05-2013. Solución glucosada al 5% 1000cc c/hr. Ceftriaxona 1gr c/12 hr (2).
35	Signos vitales	Fecha (Día-Mes-Año) y hora (hr). Tensión Arterial en mmHg, Frecuencia Cardíaca en latidos por minuto (lpm), Frecuencia Respiratoria en respiraciones por minuto (rpm), Temperatura en °C, Diuresis/kilogramo/hora (m/kg/hr)	09-11-2012. 100/90 mmHg. 76 lpm, 12 rpm, 36°C, 1.8 ml/kg/hr

LABORATORIOS

[36]Biometría hemática

Fecha / hora					
Leucocitos					
Hemoglobina					
Hematocrito					
Plaquetas					

[37]Química sanguínea

Fecha / hora					
Glucosa					
Urea					
BUN					
Creatinina					

[38]Electrolitos séricos

Fecha / hora					
Na^{+}					
K^{+}					
Cl^{-}					
Ca^{++}					
P^{+}					
Mg^{+}					

[39]Pruebas de funcionamiento hepático

Fecha / hora					
Albúmina					
BT					
BD					
BI					
TGO/AST					
TGP/ALT					
FA					
GGT					

INSTRUCTIVO DE LLENADO. LABORATORIOS I

	Concepto	Se anotará:	Ejemplo
36	Biometría Hemática	Fecha y Hora (Día-Mes-Año/hr) de resultados de Leucocitos totales, Hemoglobina (g/dl), Hematocrito (%), Plaquetas	16-06-2012. Leuc. 6,000. Hb 15g/dl, Hto 35%, Plq 135,000
37	Química Sanguínea	Fecha y Hora (Día-Mes-Año-hr) de resultados en mg/dl de Glucsa, Urea, BUN, Creatinina	16-06-2012. Glu 200mg/dl, Urea 45mg/dl, BUN 21mg/dl, Cr 1.2mg/dl
38	Electrolitos Séricos	Fecha y Hora (Días-Mes-Año-hr) de resultados en mmol/L de Sodio (Na^{+}), Cloro (Cl^{-}), Potasio (K^{+}), Calcio (Ca^{++}) Fósforo (P^{+}), Magnesio (Mg^{+})	16-6-2012. Na 135mmol/L, K 3.2mmol/L, Cl 110 mmol/L, Ca 8.8mmol/L, P 2mmol/L, Mg 1.2mmol/L
39	Pruebas de Funcionamiento Hepático	Fecha y Hora (Días-Mes-Año-hr) de resultados en UI/L de Fosfatasa Alcalina (FA), Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO/AST), Traasnsaminasa Glutámico Pirúvica (/TGP/ALT), Gamma Glutamil Transderasa Sérica (GGT); en mg/dl de Bilirrubina total (BT), Bilirrubina Directa (BD), Bilirrubina Indirecta (BI); en g/dl de Albúmina	16-06-2012. FA 78.6UI/L. BT 0.53 mg/dL. BD 0.31 mg/dL. BI 0.22 mg/dL. TGO 31.8 UI/L. TGP 49.6 UI/L. Albúmina 3.61 g/dL

[40]Tiempos de Coagulación

Fecha / hora					
TP					
TTP					
INR					
% de Actividad					

[41]Perfil de Lípidos

Fecha / hora					
Triglicéridos					
Colesterol total					
LDL					
HDL					

[42]Perfil Cardiaco

Fecha / hora					
DHL					
CK					
CK-MB					

[43]Examen General de Orina

Fecha / hora					
Densidad					
pH					
Proteínas					
Glucosa					
Cetonas					
Urobilinógeno					
Nitritos					
Hemoglobina					
Bilirrubina					
Leucocitos					
Eritrocitos					

INSTRUCTIVO DE LLENADO. LABORATORIOS II

	Concepto	Se anotará:	Ejemplo
40	Tiempos de Coagulación	Fecha y Hora (Día-Mes-Año-hr) de resultados de TP y TTP en segundos: porcentaje de actividad de TP	16-06-2012. TP 15.8seg, TTP 27seg., INR 1.28, % de actividad de TP 72%
41	Perfil Lipídico	Fecha y Hora (Día-Mes-Año-hr) de resultados en mg/dL de colesterol, Triglicéridos, Colesterol HDL y Colesterol LDL	16-06-2012. Colesterol 135mg/dL, Triglicéridos 326 mg/dL, HDL 35mg/dL, LDL 89mg/dL
42	Perfil Cardíaco	Fecha y Hora (Día-Mes-Año-hr) de resultados en UI/L de DHL, CK y CK-MB	16-06-2012. DHL 700UI/L, CK 100UI/L, CK-MB 35UI/L
43	Examen General de Orina	Fecha y Hora (Día-Mes-Año-hr) de resultados de los valores del Examen General de Orina	16-.2-2012. Densidad 1.010, pH 6, Proteínas neg, Glucosa +. Urobilinógeno +, Nitritos neg, Hemoglobina neg, Bilirrubina +, Leucocitos 5 x campo, Eritrocitos neg

[44]Infectología

Fecha/ Hora	
VIH	
VHB	
VHC	
VDRL	
CMV	
VEB	
[45]Cultivos previos	

[46]Estudios de Gabinete

Rx Tórax	
Rx Abdomen	
ECG	
Ecocardiograma	
US Abdominal	
Otros	

INSTRUCTIVO DE LLENADO. LABORATORIOS III

	Concepto	Se anotará:	Ejemplo
43	Infectología	Fecha y Hora (Día-Mes-Año-hr). Reactividad (positivo/negativo) Cuantificación de anticuerpos en caso de reactividad positiva (UI/L). Se evalúa VIH, VHB, VHC, VEB, CMV y VDRL	16-06-2012. T VIH Negativo, VHB Negativo, VHC Negativo, VEB Negativo, CMV Negativo, VDRL Negativo
44	Cultivos Previos	Fecha y Hora (Día-Mes-Año-hr). Secreción bronquial, Uroultivo, Hemocultivo, Antibiograma	16-06-2012. Secreción bronquial *Klebsiella spp* sensibilidad a Clindamicina, Levofloxacino
45	Estudios de Gabinete	Fecha y Hora (Día-Mes-Año-hr). Descripción de las alteraciones según sea el caso de los estudios complementarios realizados. Radiografía de Tórax y Abdominal. Electrocardiograma. Ecocardiograma. Ultrasonido Abdominal, Otros	16-06-2012. Tele de Tórax, Radiopacidad bibasal con borramiento de recesos costodiafragmáticos. Electrocardiograma sin alteraciones.

ANEXO 15

INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE DE DONACIÓN

ANEXO 15. INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE DE DONACIÓN

DOCUMENTO A INTEGRAR	
Formato de certificación de pérdida de vida • Firmado por el médico que lo certifica	
Reporte o informe del estudio de gabinete confirmatorio de muerte encefálica	
Resultado del panel viral para descartar riesgo sanitario	
Resultado de laboratorio donde se señale el grupo sanguíneo y Rh del donante	
Resultado de laboratorios para evaluación del donante • Química sanguínea, biometría hemática, tiempos de coagulación, pruebas de funcionamiento hepático, etc.	
Copias de notas de evolución o resumen médico del caso.	
Formato para el consentimiento para la disposición de órganos y tejidos • Copia de identificaciones de testigos	
Formato para la disposición de órganos y tejidos a los que se ordena la necropsia • En casos médico-legales	
Oficio de no inconveniente para la donación emitido por el ministerio público (oficio de anuencia) • En casos médico-legales	
Copias de notas posquirúrgicas de cada órgano o tejido procurado.	
Documento de entrega-recepción de órganos y tejidos. • Copia de identificación del profesional que resguarda el órgano	