



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
SUBDIRECCIÓN RED NACIONAL DE TRASPLANTES Y BANCOS DE SANGRE
COORDINACIÓN NACIONAL RED DONACIÓN Y TRASPLANTES**



DOCUMENTO TÉCNICO NACIONAL

**COMISIÓN DE HÍGADO
10ª VERSIÓN**

BOGOTÁ, NOVIEMBRE DE 2019

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
SUBDIRECCIÓN RED NACIONAL DE TRASPLANTES Y BANCOS DE SANGRE
COORDINACIÓN NACIONAL RED DONACIÓN Y TRASPLANTES**

GRUPO RED NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTES

Yazmin Rocío Arias Murillo. Bact. M.Sc. Profesional Especializado

María Angélica Salinas Nova. Enf. Esp. M.Sc.. Profesional Especializado

REPRESENTANTES PROGRAMAS DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Gilberto Mejía - Fundación Cardioinfantil

Alonso Vera – Fundación Santafé de Bogotá

Andres Becerra - Hospital Universitario San Vicente Fundación

Andres Becerra - Centros Especializados San Vicente Fundación

German Lenis – Clínica Somer

Mauricio Duque - IPS Universitaria

Mauricio Millán - Fundación Valle de Lili

Anabel Vanin – Centro Médico Imbanaco

Carlos Guzmán - Hospital Pablo Tobón Uribe

Carlos Millán – Fundación Clínica Shaio

Gabriel Echeverri – Clínica de la Costa

Mauricio Vanegas – Fundación Cardiovascular de Colombia

Revisó: Adriana Segura Vásquez. Subdirectora Técnica Trasplantes y Bancos de Sangre.

Aprobó: Astrid Carolina Flórez. Directora de Redes en Salud Pública

TABLA DE CONTENIDO

1. CONSIDERANDOS	4
2. DEL DONANTE	6
3. DE LA DISTRIBUCIÓN.....	13
4. DEL RESCATE	22
5. DE LA FACTURACIÓN.....	28
GLOSARIO.....	30

1. CONSIDERANDOS

El Ministerio de Salud y Protección Social creó la Red Nacional de Donación y Trasplantes a través del Decreto 2493 de agosto de 2004, como un sistema que articula los Bancos de Tejidos, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas con programas de trasplante, Instituto Nacional de Salud, Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y demás actores del sistema, para la coordinación de actividades relacionadas con la gestión de la donación de órganos y tejidos, así como con su extracción, procesamiento, distribución, uso y biovigilancia.

El Instituto Nacional de Salud (INS), como Coordinador Nacional de la Red de Donación y Trasplantes y referente nacional en las áreas de su competencia, promueve acciones para el desarrollo y fortalecimiento de los procesos de donación y de trasplantes en el país. Uno de los objetivos de la Red de Donación y Trasplantes es lograr la disponibilidad de componentes anatómicos, de manera que sean accesibles a la población colombiana en condiciones de calidad, en forma oportuna y suficiente, siguiendo los principios de cooperación, eficacia, eficiencia, equidad y solidaridad.

Debido a la diversidad de actores que pueden llegar a interactuar en cada proceso de gestión de la donación, se hace necesario establecer guías de actuación general y de carácter nacional para mejorar y hacer efectivo el proceso, asegurando la calidad del mismo. Siendo este proceso un conjunto de actividades dinámicas y con un alto número de variables modificables en un corto periodo de tiempo, es necesario establecer un mecanismo igualmente ágil, por medio del cual se puedan evaluar continuamente las directrices establecidas, realizar recomendaciones y hacer las correcciones del caso. La

Comisión de Hígado es reconocida como un espacio válido de concertación y retroalimentación entre los diferentes actores del sistema. Está conformada por representantes de todas las IPS con programa de trasplante hepático del país y por el INS como Coordinador Nacional de la Red de Donación y Trasplantes.

La Comisión de Hígado es el espacio que permite la discusión y determinación de aspectos técnicos relacionados con el proceso de oferta, rescate, traslado y trasplante hepático; incluyendo la elaboración por consenso de recomendaciones sobre criterios técnico-científicos para la distribución de los órganos, bajo criterios nacionales de asignación que deben ser definidos por el INS. Debido a su naturaleza académica, dinámica y cambiante, la Comisión ha sido un espacio favorable para la reunión de actores expertos en la materia, que realizan recomendaciones y acuerdos para mejorar continuamente la operatividad de la Red.

El presente documento recoge las recomendaciones y acuerdos que se han efectuado en este espacio desde el año 2006 hasta la última reunión, efectuada en noviembre de 2019. Aspectos que deben ser de obligatorio cumplimiento por parte de los actores involucrados hasta una nueva reunión de la Comisión. A continuación, se relacionan los acuerdos establecidos en la última Comisión de Hígado.

2. DEL DONANTE

2.1 La información mínima, válida y anonimizada del donante para realizar la oferta de hígado es la siguiente:

- Código CRT
- IPS generadora
- Sexo
- Edad
- Raza
- Peso
- Talla
- Causa de muerte
- Fecha y hora de diagnóstico de muerte encefálica
- Perímetro abdominal
- Soporte inotrópico vigente (medicamentos, fecha de inicio y dosis actual)
- Grupo sanguíneo
- Antecedentes positivos (Patológicos, farmacológicos, quirúrgicos, familiares u otros).
- Fecha de ingreso a la IPS
- Tiempo de estancia en UCI y Tiempo de intubación
- Suministro de nutrición enteral y número de días
- Estado hemodinámico (signos vitales vigentes, diuresis actual, historia de hipotensión y oliguria durante la hospitalización).
- Laboratorios: cuadro hemático, creatinina, transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, PT, PTT, INR, sodio, potasio, gases arteriales. En caso de que existan, se informaran los laboratorios previos a los actuales.
- Disponibilidad de salas de cirugía para el rescate y horarios estimados para la extracción.

La aceptación del componente, se completará una vez exista resultado del perfil infeccioso completo.

NOTA: En caso de que se requiera información adicional sobre el donante, se podrá establecer comunicación directa entre los grupos con el fin de agilizar los procesos operativos, siempre y cuando posteriormente se haga la respectiva notificación a nivel Regional y Nacional.

Los laboratorios adicionales que se requieran para evaluar la aceptación de la oferta serán cubiertos por la IPS solicitante, o de común acuerdo con los otros grupos de rescate.

2.2 Pre oferta de hígado a nivel nacional: En el caso de donantes pediátricos, o donantes con criterios extendidos¹, donantes que se encuentren en ciudades intermedias y donantes de grupos sanguíneos A, B y AB, el médico coordinador de donación y trasplantes, podrá realizar una pre-oferta del componente para establecer los grupos interesados de acuerdo con su lista de receptores. Situación que no implica necesariamente la aceptación del mismo, lo cual se determina una vez se completen los datos para su oferta. La pre-oferta se realizará con los siguientes requisitos mínimos:

- Código CRT
- Tipo y número de identificación
- Sexo y Edad
- Raza
- Peso y Talla
- Perímetro abdominal
- Grupo sanguíneo

¹ Donante mayor de 60 años, con accidente Cerebro vascular como causa de muerte, antecedente de hipertensión arterial (HTA) y creatinina mayor a 1.5.

- Antecedentes positivos (Patológicos, farmacológicos, quirúrgicos, familiares u otros).
- Causa de muerte, diagnóstico de muerte encefálica
- Estado hemodinámico general
- Tiempo de estancia en UCI y Tiempo de intubación
- Laboratorios disponibles: cuadro hemático, creatinina, transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, PT, PTT, INR, sodio, potasio, gases arteriales.

La pre oferta permitirá determinar el interés de uno o más grupos de trasplante por los órganos donados, en caso de no aceptar la pre-oferta se pasara el turno. La pre-oferta no implica aceptación definitiva del componente.

En caso de que el mantenimiento del donante se realice solo para la posible extracción de hígado, la IPS Trasplantadora interesada en la pre-oferta y que solicite que se continúe con el proceso del cuidado del donante, debe asumir todos los gastos generados por la evaluación y mantenimiento del hígado, incluso si posteriormente se produce una contraindicación médica (perfil infeccioso positivo, deterioro progresivo de las pruebas hepáticas, paro cardíaco prolongado, etc) o quirúrgica (esteatosis hepática, neoplasia intrabdominal, u otras) para la extracción del hígado.

2.3 De acuerdo con la evaluación del donante realizada por el médico coordinador y en caso de potenciales donantes con diagnóstico de muerte encefálica en los cuales exista legalización de donación² y que no sean aceptados a nivel regional, deberán ser ofertados a nivel Nacional, con o sin criterios extendidos. La IPS que acepta la oferta de un donante con criterios extendidos asume la responsabilidad del uso de este tipo de donantes, siempre y cuando se hayan informado todas las condiciones del donante para ser catalogado de esta manera.

² La legalización de donación se realiza una vez se cumplan los criterios de muerte en el donante y la aplicación de los mecanismos de donación contenidos en la Ley 1805 de 2016.

2.4 Los laboratorios necesarios para realizar una oferta no deben exceder 4 horas luego de su toma. Donante con reporte de laboratorios normales, durante las últimas 4 horas antes de la hora de rescate y situación hemodinámica estable, no requerirá nuevos controles.

2.5 El médico coordinador de donación y trasplantes debe garantizar los reportes de laboratorios y paraclínicos requeridos como información mínima para efectuar la oferta a todo donante de hígado, una vez exista legalización de donación e independientemente de si se proyecta o no realizar una oferta nacional. Cuando se requiera el procesamiento de laboratorios en una ciudad distinta a la de la IPS Generadora en la que se encuentre el donante de hígado, el médico coordinador deberá anticipar el envío de las muestras de sangre requeridas, pudiendo realizar dicho envío inclusive antes de la entrevista familiar de donación, si así lo considera prudente o por solicitud explícita del Centro Regulador de Trasplantes.

2.6 Las siguientes situaciones son consideradas contraindicación absoluta para la obtención del hígado:

- Tumor cerebral primario de características malignas sin tipificación histológica (Diagnosticado por un especialista de las ramas de la neurociencia y documentado en la historia clínica).
- Tumor maligno excepto el basocelular y el carcinoma de cérvix in situ
- Sepsis sin germen identificado o foco no determinado
- Contraindicaciones médico-legales, de acuerdo con lo establecido por el médico coordinador de donación y trasplantes, cuando para efectos de proteger el proceso de necropsia médico legal se defina la imposibilidad de extraer el componente anatómico, en concordancia con lo establecido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Fiscalía General de la Nación u otras autoridades competentes para tal fin.

Una vez identificada esta situación por parte del médico coordinador, se deberá descartar la obtención del órgano. No obstante, será obligatorio realizar el registro del caso, la causa de contraindicación y su reporte oportuno en el sistema de información RedDataINS® del Instituto Nacional de Salud.

2.7 Siguiendo lo dispuesto por el artículo 7 de la Ley 1805 de 2016, todos los donantes en los que exista legalización de donación y que no tengan contraindicaciones absolutas deben ser ofertados oportunamente para cubrir las necesidades nacionales de donación y trasplantes, atendiendo a los niveles local, regional y nacional y utilizando los mecanismos establecidos por el Instituto Nacional de Salud para tal fin. El tiempo máximo de respuesta a una oferta regional o nacional es de 20 minutos, por cada IPS habilitada con servicio de trasplante hepático.

Durante una oferta regional o nacional, ésta se realizará a todos los grupos de trasplante hígado de manera simultánea, informando el orden de sus pacientes en el proceso de distribución y asignación desde el Centro Regulador de Trasplantes o la Coordinación Regional explícitamente autorizada para tal efecto por el INS.

2.8 Las situaciones no enlistadas como contraindicación absoluta, son consideradas contraindicaciones relativas para la obtención de hígado, las cuales podrán ser evaluadas por los grupos de trasplante hepático encargados de realizar la extracción del hígado y aquellos con receptores compatibles en la lista de espera nacional. En caso de encontrar una o más contraindicaciones relativas, el médico coordinador de donación y trasplantes deberá dejar constancia de las observaciones del caso, oportunamente y por escrito, utilizando los mecanismos establecidos para tal fin por el Instituto Nacional de Salud. A continuación, se enlistan algunas contraindicaciones relativas que los grupos podrán evaluar, caso por caso:

- HIV positivo, en los casos en los que se cuente con receptor HIV positivo.
- Drogadicción endovenosa
- Tatuaje o piercing, o compañeros sexuales en los últimos 6 meses con serología positiva para HIV.
- Tumores cerebrales con tipificación histopatológica³
- Donante con chagas positivo. Se debe informar a los grupos de trasplante, quienes informaran si tienen receptores positivos para chagas.

2.9 El médico coordinador de donación y trasplantes es responsable de velar por la veracidad y suficiencia de la información suministrada, con el fin de garantizar un proceso de donación efectivo y seguro para todos los involucrados, conforme a lo establecido en la Circular 007 de 2017 del Ministerio de Salud.

2.9 La oferta de hígado se llevará a cabo, en primer lugar para el grupo de trasplante que esté de turno para rescate de hígado en la regional donde se encuentre el donante. En caso de que este grupo no acepte, se ofertará a todos demás grupos de trasplante de hígado a nivel regional. En caso de no aceptación a nivel regional, se ofertará a nivel nacional.

2.10 En caso de existir donante HIV Positivo, debe realizarse consulta al nivel nacional, a través del Centro Regulador de Trasplantes (CRT) del INS, que verificará en el sistema de información RedDataINS© la lista actualizada de los receptores activos HIV Positivos. Solo se realizará oferta a las IPS con dichos receptores, en tanto no se requiera traslado aéreo del componente anatómico, dada su categorización de riesgo en la normatividad vigente, que al momento de expedir esta comisión impide su traslado en la cabina de la aeronave.

³ Caso de donantes con tumores tipificados se recomienda verificar Criterios para prevenir la trasmisión de enfermedades Neoplásicas en la donación de Órganos. Red Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes- Newsletter- Vol.1-2007.

2.11 La responsable de dar por terminado o de suspender un procedimiento de obtención de hígado es la Coordinación Nacional, directamente o a través de la Coordinación Regional autorizada para tal fin. En ningún caso es potestad de la IPS de turno o encargada del rescate.

2.12 En ausencia de rescate de riñón, la IPS a cargo del rescate de hígado es la responsable de procesar y asumir el costo del perfil infeccioso del donante.

2.14 La IPS es autónoma para rechazar un hígado ofertado para trasplante. Se informará el motivo de rechazo y el CRT lo consignará el nivel nacional en sus registros.

2.15 La IPS rescatadora deberá realizar confirmación de la hemoclasificación del donante, bien sea en el laboratorio de la IPS generadora o en su laboratorio de referencia. Adicionalmente la IPS trasplantadora, podrá realizar confirmación de grupo sanguíneo, para esto, se requiere una muestra de sangre total (Anticoagulante EDTA- un (1) Tubo Tapa lila) que se enviará siempre junto con el hígado por parte del médico coordinador de donación y trasplantes. El resultado de la hemoclasificación confirmada deberá registrarse en la historia clínica del receptor, preservando siempre el anonimato del donante.

2.15 Si el donante presenta inestabilidad hemodinámica que no puede ser corregida tras una hora de intervención médica, el coordinador de donación y trasplantes deberá informar la situación al Centro Regulador de Trasplantes, quien a su vez deberá reportarlo de inmediato a las regionales con grupos de trasplante interesados en trasplantar el hígado. Se deberá especificar: tiempo de inestabilidad, manejo instaurado y probables causas de la misma. En todos los casos en los que se descarte definitivamente el rescate de hígado por cuenta de inestabilidad hemodinámica, la Coordinación Regional respectiva deberá realizar un análisis académico del caso con los médicos coordinadores de donación y trasplantes de su área de influencia, para establecer las causas de la inestabilidad

hemodinámica y detectar las posibles oportunidades de mejora en el mantenimiento de los donantes.

3. DE LA DISTRIBUCIÓN

3.1 Las únicas listas de espera válidas para realizar distribución y asignación de hígado, que garantizan la equidad entre todos los receptores para acceder al trasplante, son las que elaboran y actualizan las IPS habilitadas con programa de trasplante hepático en el Sistema Nacional de Información RedDataINS© de la Coordinación Nacional, en donde se unifica la Lista de personas en espera de donación (LED).

3.2 El ingreso de pacientes a lista de espera en el sistema de información nacional RedDataINS© y la actualización de su estado (activo, inactivo, fallecido y trasplantado), incluyendo el diligenciamiento de todas las variables obligatorias, es responsabilidad de las IPS con Programa de Trasplante Hepático.

3.3 La lista de espera de hígado debe estar actualizada en el Sistema Nacional de Información de la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplante (RedDataINS©); cualquier información incorrecta o incompleta que afecte los procesos de asignación, es responsabilidad de las IPS con servicio de trasplante hepático.

3.4 Todo resultado positivo del perfil infeccioso realizado a los receptores, que se encuentre incluido en las enfermedades de notificación obligatoria al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública (SIVIGILA) deberá ser reportado según directrices nacionales, como mínimo para Hepatitis B; Sífilis; HIV; Hepatitis C; Chagas; TBC (en caso de realizarlo); e Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).

3.5 Antes de realizar un trasplante hepático es obligatorio tener el resultado de HTLV, y Chagas. El resultado de Epstein Baar (EBV) debe completarse con el fin de conocer el estatus serológico del donante.

3.6 La aceptación final de un componente anatómico (hígado), así como su asignación es responsabilidad de la IPS habilitada con programa de trasplante hepático según las guías de práctica clínica o protocolos, acordados al interior de los grupos de trasplante hepático.

3.7 La asignación de hígado se realizará con base en los criterios técnico científicos de asignación únicos vigentes a nivel nacional, definidos por el INS (Ley 1805 de 2016, art.7), de acuerdo con la lista única de espera actualizada en el Sistema Nacional de Información (RedDataINS®). Siempre se dejará constancia por escrito en la historia clínica del receptor de los criterios tenidos en cuenta para la asignación del hígado, teniendo en cuenta los criterios técnico científicos vigentes a nivel nacional.

3.8 El criterio de incompatibilidad de grupo sanguíneo solo aplicará para receptor en urgencia cero ante oferta regional o nacional de hígado para trasplante; siempre y cuando el grupo de trasplante que la activa solicite realizar oferta con incompatibilidad ABO. En receptores electivos el criterio de incompatibilidad de grupo sanguíneo no tiene puntuación de acuerdo con el modelo definido en el Consenso Nacional de criterios de asignación de trasplante hepático, por lo cual no se ofertará con este criterio en estos casos.

3.9 La asignación y distribución de hígado en estadio de urgencia cero se realizará teniendo en cuenta los siguientes criterios aprobados, los cuales hacen parte integral de los criterios Nacionales de asignación para trasplante hepático:

PACIENTES EN LISTA DE ESPERA CON URGENCIA CERO

Paciente pediátrico o adulto en urgencia 0 (cero) es aquel que se encuentra en cuidado intensivo debido a falla hepática fulminante. La urgencia 0 tendrá prioridad nacional

cumpliendo con los siguientes criterios y requiere la devolución del órgano a la IPS que lo cedió, con el siguiente órgano viable aceptado por dicho grupo.

URGENCIA 0 EN PACIENTE MENOR DE EDAD (0-18 años): Es aquel que se encuentra en cuidado intensivo debido a falla hepática aguda o enfermedad hepática crónica, tiene una expectativa de vida menor a 7 días y completa uno de los siguientes criterios:

1. Falla hepática fulminante definido como el inicio de encefalopatía (no siempre demostrable), dentro de las siguientes ocho (8) semanas del primer síntoma de enfermedad hepática en pacientes sin enfermedad hepática previa. Al menos uno de los siguientes tres criterios debe ser cumplido para enlistarse como urgencia 0:

- Dependencia de ventilador.
- En terapia de remplazo renal.
- INR >2.
- INR entre 1.5 a 1.9, que no corrige después de 6 a 8 horas de administración de vitamina K endovenosa y con encefalopatía demostrada.

2. Disfunción primaria de un hígado trasplantado, dentro de los primeros 7 días después de su trasplante. Al menos dos de los siguientes criterios deben cumplirse:

- ALT \geq 2000
- INR \geq 2.5
- Bilirrubina total \geq 10 mg/dl
- Acidosis: PH arterial \leq 7.30 ó venoso pH \leq 7.25 y/o lactato \geq 4 Mol/L.

3. Trombosis de la arteria hepática de un hígado trasplantado dentro de los primeros 14 días después de su trasplante.

4. Enfermedad hepática crónica. Los pacientes pediátricos (0-18) años con enfermedad hepática crónica en cuidados intensivos pueden enlistarse como urgencia cero si en PELD ≥ 25 (0-11 años) o MELD ≥ 25 (12-18 años) y al menos uno de los siguientes criterios se cumple:

- Ventilación mecánica
- Sangrado gastrointestinal con descompensación hemodinámica
- En terapia de reemplazo renal.

URGENCIA 0 EN PACIENTE ADULTO: Es aquel que se encuentra en cuidado intensivo debido a falla hepática aguda, tiene una expectativa de vida menor a 7 días y completa uno de los siguientes criterios:

1. Falla hepática fulminante: Definida como el inicio de encefalopatía hepática dentro de las siguientes doce (12) semanas siguientes al comienzo de la ictericia en pacientes sin enfermedad hepática previa. Se aplicaran los criterios de King's College para enlistamiento:

Acetaminofén.

- PH ≤ 7.3 ó
- Los siguientes tres: Encefalopatía GIII / IV + creatinina $>3.4\text{mg/dl}$ + INR ≥ 6.5 (PT >100)

No acetaminofén:

- INR ≥ 6.5 (PT >100) independiente del grado de encefalopatía ó

- Tres de las siguientes variables en asociación a encefalopatía:

Edad < 10 o ≥ 40 años

Bilirrubina > 17.5 mg/dl

Tiempo de ictericia a encefalopatía > 7 días

Etiología no A no B (criptogénica) ó relacionada con droga.

Tiempo de protrombina INR > 3.5 (PT > 50 seg).

2. Disfunción o no-función primaria de un hígado trasplantado, dentro de los 7 primeros días posterior al trasplante definido como:

- AST ≥ 3000 y al menos uno de los siguientes criterios:
- INR: > 2.5
- Acidosis: PH arterial ≤ 7.30 ó venoso pH ≤ 7.25 y /o lactato ≥ 4 mMol/L.

3. Trombosis de la arteria hepática de un hígado trasplantado dentro de los primeros 7 días a su trasplante.

4. Enfermedad de Wilson descompensada en forma aguda.

5. Criterio United Network for Organ Sharing (UNOS). Se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Expectativa de vida menor a 7 días sin trasplante previo.
- Encefalopatía hepática dentro de las 8 semanas después del inicio de los síntomas.
- Ausencia de enfermedad hepática pre-existente ^a
- Admisión en UCI, y al menos una de las siguientes condiciones:
 - Dependencia al ventilador

- Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis intermitente, hemofiltración continua, o hemodiálisis continua
 - INR >2
- a. Excepto para diagnóstico de enfermedad de Wilson*

Ante una urgencia cero esta debe ser reportada por el grupo del programa de trasplantes teniendo en cuenta que el paciente se encuentre activo y actualizado en el Sistema Nacional de Información de la Red RedDataINS©. Ante la activación de dos o más urgencias cero de manera simultánea se realizará oferta de acuerdo al orden de activación de la urgencia cero. Los menores de 18 años, tienen prioridad y van a la cabeza independiente del momento de enlistamiento.

PACIENTES EN LISTA DE ESPERA CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA EN ESTADO ELECTIVO

Son los pacientes con cirrosis incluidos en el Sistema Nacional de Información de la Red de donación y Trasplante RedDataINS© por las IPS con programas de trasplante. Serán trasplantados cumpliendo con los criterios nacionales de asignación, siendo obligatorio consignar en la historia clínica y en el sistema de información, la razón de la escogencia del receptor final dentro de los pacientes en lista de espera de la IPS.

3.10 El estadio clínico de urgencia cero debe ser determinado por el grupo de trasplante y deberá ser notificado al momento de activar la urgencia, como requisito indispensable para su reporte. Los datos del receptor en lista de espera deben ser verificados previamente a su reporte por el grupo de trasplante.

3.11 Luego de siete días (7) de la activación de un paciente en urgencia cero para trasplante hepático, en el caso que el grupo de trasplantes considere que sigue cumpliendo con los criterios para enlistamiento en urgencia deberá ser acreditada diariamente actualizando

cada 48 horas los laboratorios de los receptores activados. En caso de no actualizarse los datos del paciente por parte de la IPS, la urgencia cero se inactivará automáticamente, pasando a estado electivo. Esta actualización podrá ser reportada al correo electrónico crtrasplantes@ins.gov.co.

3.12 En todos los casos de urgencia cero, la responsabilidad de activar o desactivar a los receptores es de la IPS trasplantadora a la coordinación Nacional.

3.13 Ante la activación de una urgencia 0 para trasplante hepático, la Coordinación Nacional podrá reasignar un hígado ya asignado **siempre y cuando al momento de la activación no haya transcurrido más de una hora a partir de la asignación**. De lo anterior se informará inmediatamente desde el CRT a toda la Red vía chat nacional RDTC, y por correo electrónico y telefónicamente a la IPS trasplantadora que inicialmente había aceptado el hígado y al médico coordinador de donación a cargo del caso.

3.14 Luego del trasplante del receptor en urgencia cero, la IPS que utilizó el hígado proveniente de distribución regional o nacional ocasionada por la activación de urgencia 0, deberá realizar su devolución. Para tal fin la IPS que trasplantó el hígado ofertará los hígados que rescate a la IPS que lo cedió para su devolución. La devolución se hará de común acuerdo entre las IPS involucradas. La Coordinación Nacional de la Red, enviará mensualmente a cada IPS trasplantadora y Coordinación regional vía correo electrónico un reporte con las devoluciones pendientes, así mismo cuando se genere o se salde una deuda.

Vigencia: Las devoluciones tendrán un tiempo de vencimiento de un año, al menos con tres ofertas validas, órganos rescatados viables. (Ofertas de donantes en condiciones similares).

Nota: En caso de que la IPS que oferta el hígado para urgencia cero no disponga de lista de espera para trasplante de hígado no aplica la devolución.

3.15 En caso en que un grupo de trasplante considere pertinente la activación de un paciente en urgencia cero, sin el lleno de la totalidad de los criterios de urgencia cero, deberá presentar al Centro Regulador de Trasplantes el resumen de historia clínica del paciente, junto con la respectiva justificación. El CRT realizará una consulta a pares en los demás grupos de trasplante hepático del país, acogiendo la decisión correspondiente al concepto dado por la mayoría de los grupos consultados. Se realizará la consulta a tres grupos, quienes deberán responder de inmediato y el CRT dará respuesta a la IPS solicitante en un tiempo no mayor a 20 minutos a partir de la recepción de la solicitud.

3.16 En aquellos casos en que aparentemente no se justifique el rechazo a la oferta de un componente anatómico (hígado) para cubrir una urgencia cero, la Coordinación Nacional podrá solicitar auditoría al caso.

3.17 A nivel regional la distribución de componentes anatómicos (hígado) se realizará de acuerdo con los criterios definidos en cada Coordinación, hasta el momento en que sean definidos los criterios de distribución únicos nacionales por parte del INS. La asignación del componente (hígado) se realizará teniendo en cuenta los criterios técnico científicos definidos a nivel nacional por el INS.

3.18 Cuando se trate de un trasplante combinado o multivisceral, el órgano vital arrastra el órgano no vital. Para efectos de distribución nacional el riñón que fue arrastrado no requerirá devolverse.

3.19 Para todo hígado que sea extraído y posteriormente no trasplantado, la IPS debe enviar a la Coordinación Regional respectiva el documento original del acta de incineración de los mismos. Se recomienda que el componente (hígado) a incinerarse pase previamente por el servicio de patología de la IPS trasplantadora responsable de su descarte, para constatar la disposición final del componente anatómico humano. El plazo máximo para que las IPS reporten a las Coordinaciones Regionales las copias de las actas de incineración es un (1) mes a partir del descarte del órgano.

3.20 La oferta de hígado siempre debe obedecer a las necesidades nacionales de trasplante, conforme a lo establecido en el artículo 7 de la Ley 1805 de 2016. En consecuencia, una vez inicie, la oferta de hígado solo se cerrará cuando se lleve a cabo el traslado del hígado a la IPS trasplantadora que aceptó la oferta o, por el contrario, cuando se compruebe que no existe ningún receptor compatible a nivel nacional, tras realizar la oferta en todos los niveles pertinentes al caso.

3.21 Excepcionalmente, la oferta de hígado podrá ser cancelada en las siguientes circunstancias:

- Si a través del Centro Regulador de Trasplantes se documentan claros problemas logísticos que impidan el traslado oportuno del componente a todas las ciudades en las que se encuentran los posibles receptores. Esto, considerando la disponibilidad de vuelos para el envío del hígado, la restricción impuesta por el máximo tiempo de isquemia fría tolerable, a criterio de los grupos que aceptarían la oferta y la no aceptación de la familia del cambio en las condiciones para la entrega del cuerpo que fueron previamente acordadas con el médico coordinador a cargo del caso.
- Si el médico coordinador de donación y trasplantes documenta claramente ante el Centro Regulador de Trasplantes la inestabilidad hemodinámica del donante o cualquier otro cambio en las condiciones del mantenimiento que impidan la obtención de un hígado apto para trasplante.

La cancelación de una oferta nacional de hígado únicamente podrá ser autorizada desde el Centro Regulador de Trasplantes de la Coordinación Nacional, que elevará la respectiva novedad para el desarrollo de la auditoría del caso por parte de la respectiva Coordinación Regional.

4. DEL RESCATE

4.1 La hora de inicio del rescate será establecida por el médico coordinador de donación y trasplantes, previo acuerdo con el Centro Regulador de Trasplantes, en caso de oferta nacional; o con la Coordinación Regional de la Red, en caso de oferta regional, teniendo en cuenta la estabilidad hemodinámica del donante y las condiciones logísticas en la IPS generadora y las IPS de los potenciales receptores, así como las condiciones de traslado de todos los órganos aptos para trasplante.

4.2 En el rescate de un donante multiorgánico, todos los equipos quirúrgicos deben estar presentes en el quirófano de manera simultánea al inicio del procedimiento y según la hora establecida. Se debe informar a la IPS responsable del rescate de hígado la hora programada de inicio de cirugía, desde el momento en que se inicie el procesamiento del perfil infeccioso del donante.

4.3 El rescate solo se podrá iniciar una vez se tenga certeza de que el posible receptor está en condiciones de ser trasplantado, sin perjuicio de las obligaciones contenidas en el numeral 4.2 y considerando en todo lo posible las necesidades nacionales y la logística necesaria para que todos los componentes anatómicos puedan ser trasplantados.

4.4 El tiempo máximo permitido para la coordinación y desplazamiento de los equipos quirúrgicos para el rescate es de 4 horas, posterior al reporte del perfil infeccioso. Tiempo que deberá tenerse en cuenta para la coordinación de la hora de rescate establecida en el numeral 4.1. Lo anterior, sin perjuicio de evaluar las condiciones específicas que ameriten aumentar el tiempo para el inicio del rescate, tales como el traslado del componente entre regionales (aspectos logísticos). Cuando el tiempo de desplazamiento supere las cuatro (4) horas, las causas deberán ser informadas y justificadas ante el Centro Regulador de Trasplantes, que llevará registro de las situaciones especiales que se presenten a nivel

nacional y podrá elevar novedad para la respectiva auditoría del caso, si lo considera pertinente.

4.5 El traslado del donante al quirófano solo se podrá realizar de acuerdo con lo establecido en el numeral 4.2, DEL RESCATE. El responsable del traslado del donante al quirófano es el médico coordinador de donación y trasplantes, en conjunto con la IPS generadora, que deberá contar con infraestructura, equipos e insumos adecuados para el desarrollo de esta actividad. Cuando las condiciones del traslado afecten la estabilidad del donante por causas evitables, el médico coordinador deberá informar del hecho a la coordinación Nacional en las siguientes 24 horas, vía correo electrónico, para que el CRT eleve la novedad respectiva y se efectúe la auditoría correspondiente.

4.6 El rescate de un donante multiorgánico solo se podrá realizar cuando el perfil infeccioso se haya realizado en su totalidad y reportado su resultado.

4.7 El perfil infeccioso mínimo establecido es: Anticuerpo anti antígeno de superficie de hepatitis B, anticuerpos contra HIV, Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B (HBAgS), anticuerpos totales contra el antígeno core del virus de la Hepatitis B (Anti HBc), anticuerpo contra el Virus de Hepatitis C (HCV), anticuerpos anti Citomegalovirus IgG (CMV IgG), Serología para Sífilis (VDRL), Anticuerpos contra Chagas, Anticuerpos anti Toxoplasma IgG, anticuerpos contra el virus Epstein Barr (EBV) IgG y anticuerpos anti HTLV 1 y 2.

NOTA: Para el caso de donantes pediátricos adicional a estas pruebas se realizara la prueba toxoplasma IgM y Citomegalovirus IgM.

4.8 El rescate de un donante solo hepático o de hígado – riñón se podrá realizar sin el perfil infeccioso del donante completo, solo en las siguientes situaciones:

- Una sola IPS es la responsable del rescate de los componentes anatómicos y asume los costos del riesgo; o,
- Siendo dos IPS diferentes, éstas asumirán de común acuerdo los costos del riesgo en tanto se reportan los resultados.

De lo anterior debe quedar constancia por escrito ante la coordinación regional respectiva y ante el Centro Regulator de Trasplantes, para que la situación sea tenida en cuenta en caso de que se deba distribuir alguno de los componentes anatómicos a nivel nacional.

4.9 El médico coordinador de donación y trasplantes debe reportar inmediatamente y por escrito, a través de los mecanismos establecidos para tal fin por el Instituto Nacional de Salud, los siguientes aspectos:

- Hora real de inicio de cirugía
- Hora de Clampeo
- Hora en el que termina la cirugía de banco
- Hora en la que sale el órgano de la IPS Generadora

4.10 En distribución regional o nacional en adultos, la solución en la extracción hepática es la de la Universidad de Wisconsin (Belzer) y/o HTK. El volumen mínimo indicado es de 7.000 cc. En el caso de niños la cantidad varía de acuerdo al peso. Se podrá utilizar solución Celsior u otras soluciones diferentes aceptadas para hígado y riñón, de acuerdo con el criterio del grupo de trasplantes, solamente sí el hígado-riñón será trasplantado por el mismo grupo que rescata el órgano.

Los hígados rescatados que se envíen a nivel nacional se perfundirán con la solución de la Universidad de Wisconsin (Belzer); en caso de que haya alguna dificultad para el uso de estas soluciones se debe informar al grupo de trasplantes que acepto la oferta.

4.11 En rescate simultáneo de hígado y riñón, se perfunde 4.000 cc de solución de preservación por la aorta: La IPS que realiza el rescate del riñón es la responsable de suministrar 2.000 cc de solución de preservación y la IPS que realiza el rescate de hígado es la responsable de suministrar los otros 2.000 cc de solución de preservación. Lo anterior independiente del volumen a ser suministrado para la perfusión por la porta, por la IPS que realiza el rescate del hígado.

4.12 En rescate simultáneo de hígado – páncreas, la técnica de extracción utilizada por la IPS responsable del rescate de hígado, debe preservar la integridad del páncreas y se comparten los vasos ilíacos entre las dos IPS. En cualquier caso prevalece el rescate del órgano vital (hígado) sobre el no vital (páncreas).

4.13 Para traslado del hígado se debe cumplir lo establecido en el anexo técnico 12 al RAC 160 (Reglamento Aeronáutico Colombiano), acompañado de la siguiente información debidamente anonimizada mediante el Código CRT del donante:

- Descripción quirúrgica, con hora de clampeo y solución de preservación (tipo y cantidad).
- Formato de oferta del donante, donde se incluye toda la información con la que se aceptó finalmente el órgano para trasplante.
- Copia del consentimiento informado a la donación o aplicación de presunción legal.
- Reporte de los resultados del perfil infeccioso realizado al donante.

4.14 El hígado debe ser debidamente embalado y rotulado, indicando el componente anatómico que contiene y código CRT del donante. El contenido de la nevera de adentro hacia fuera es:

- Hígado inmerso en solución de preservación
- Primera bolsa o recipiente estéril sellado

- Segunda bolsa estéril sellada.
- Hielo de agua, el cual debe cubrir en su totalidad las bolsas o recipiente con el hígado.
- Recipiente térmico rotulado (Nevera plástica).
- La documentación establecida debe enviarse en un primer sobre totalmente sellado, un segundo sobre impermeable y pegado con suficiente material adhesivo en la parte exterior de la tapa de la nevera, que permita el rápido acceso para su revisión al momento del recibo del componente.

4.15 Para el envío del hígado entre regionales en la nevera se enviarán vasos iliacos. Para el envío de muestras adicionales (Bazo, ganglio, sangre), la IPS interesada debe pasar la solicitud por escrito a la Coordinación Nacional con anticipación.

4.16 En el caso de traslado de muestras sanguíneas tamizadas o declaradas como no infecciosas entre regionales se debe cumplir lo establecido en el anexo técnico 12 al RAC 160 (Reglamento Aeronáutico Colombiano). Para muestras sanguíneas no tamizadas y que requieran su envío entre ciudades deben ser trasladadas como muestras categoría B, por lo cual deben enviarse a través de courier y en bodega.

4.17 La responsabilidad del embalaje es del médico coordinador de donación y trasplantes. Para el traslado del órgano se podrá utilizar personal entrenado, siempre bajo la responsabilidad del médico coordinador. Se deben cumplir con los lineamientos nacionales de traslado de órganos, establecidos en el Reglamento Aeronáutico Colombiano, como procedimiento anexo al RAC 160, publicado en la página web de Aeronáutica Civil.

4.18 Con dos o más donantes simultáneos o concomitantes, el rescate debe ser de manera simultánea por la IPS de turno, de no ser posible, la IPS pasa el turno y el rescate lo realiza la siguiente IPS.

4.19 La IPS de turno para rescate debe manifestar mínimo con 4 horas de antelación, a partir del reporte del perfil infeccioso, la imposibilidad de realizar un rescate. Lo anterior con el ánimo de informar, por parte de la coordinación regional, a la siguiente IPS en turno para rescate. La IPS que pasa el turno deberá realizar la desactivación temporal de la lista de receptores, de acuerdo con la situación reportada.

4.20 Con una oferta a nivel nacional es la IPS de turno para rescate en la ciudad o el área metropolitana en donde se encuentra el donante, la responsable de realizar la extracción y envío del hígado a la IPS que acepta el órgano. Para los rescates en las ciudades en donde no se cuenta con IPS con servicio de trasplante hepático, es la IPS que acepta el órgano la encargada de desplazarse y realizar la extracción. Se establece un término de máximo 2 horas en tiempo de desplazamiento terrestre desde la ciudad base del grupo de turno para que sea responsabilidad de esta IPS realizar la extracción y envío del hígado a la IPS que lo acepta.

4.21 En un proceso de distribución nacional de hígado, el cirujano de la IPS que rescata y de la IPS que acepta el órgano, se comunicarán telefónicamente con el ánimo de validar el hígado macroscópicamente, así como para revisar cualquier aspecto clínico o quirúrgico de interés. Lo anterior se debe realizar antes y durante la extracción del hígado. Cualquier hallazgo por el que pueda considerarse al órgano como anatómicamente anormal o subóptimo, debe notificarse ante el Centro Regulador de Trasplantes y ante las respectivas Coordinaciones Regionales. Igualmente, si durante el rescate se produce una lesión, el cirujano que realiza el rescate debe dejar constancia inmediatamente y por escrito de los hallazgos ante el Centro Regulador de Trasplantes, así como informar telefónicamente y de manera inmediata a la respectiva coordinación regional.

Las coordinaciones regionales y Nacional facilitarán el contacto de los cirujanos para establecer comunicación al momento del rescate.

4.22 Cuando las IPS por razones logísticas no puedan responder operativamente para el rescate y el trasplante de hígado, se deberán inactivar los pacientes en lista de espera. Para tal efecto, cada IPS debe manejar este tema conforme a su disponibilidad y notificar a la Coordinación Nacional por escrito, con copia a la respectiva Coordinación Regional.

5. DE LA FACTURACIÓN

5.1 El INS insta a las IPS con servicio de trasplante hepático a tener convenios entre sí, en donde se especifiquen las tarifas y los tiempos de pago.

5.2 De común acuerdo las IPS con programa de trasplante hepático, establecen los siguientes acuerdos con el fin de facilitar la actividad en Red y acuerdan la siguiente tarifa para el paquete de rescate de hígado, la cual será facturada entre la IPS trasplantadoras a la IPS que extrae el componente. (Ver tabla No.1). Si la extracción del hígado se realizó de manera simultánea con riñón solo se factura por solución de perfusión 5000 cc.

5.3 La IPS que realiza el rescate de hígado es la responsable de cubrir los siguientes gastos: búsqueda y detección del donante, hepatectomía, mantenimiento, perfil infeccioso del donante y transporte. El mantenimiento (estancia en UCI y/o urgencias, medicamentos y laboratorios) y perfil infeccioso del donante serán cubiertos en forma proporcional cuando el rescate es multiorgánico o en su totalidad en ausencia de rescate de otros componentes anatómicos.

5.4 En las siguientes situaciones especiales, que ocasionan el NO trasplante del hígado rescatado, la IPS trasplantadora que recibe el hígado (o que iba a recibirlo), cancelará a la IPS que lo extrajo, los siguientes porcentajes del valor del paquete de la Hepatectomía (Donante):

- Hígado graso documentado por biopsia que muestre más del 30% esteatosis. (50% del paquete de hepatectomía)
- Problemas logísticos en el transporte que no dependan de los grupos de trasplante que ocasionen la pérdida del hígado con fines de trasplante (50% del paquete de hepatectomía)
- Si durante el rescate el hígado se evidencia macroscópicamente apto para trasplante y luego de la perfusión se evidencia que el órgano no es viable (50% del paquete de hepatectomía)
- Lesiones quirúrgicas irreparables que impidan el uso del hígado con fines de trasplante (30% del paquete de hepatectomía)

Si alguna de las partes no está de acuerdo se deberá documentar el caso y se podrá solicitar concepto a un par.

5.4 En caso de que la IPS que recibe el órgano solicite la realización de biopsia, lo comunicará al equipo rescatador de hígado, para acordar la realización de la misma o el envío de la muestra para el procesamiento por parte de la IPS que trasplantará y el valor a pagar se realizará por fuera del paquete de hepatectomía.

5.5 Ante un desplazamiento para rescate independiente de la realización o no de la hepatectomía, se cancelará al grupo los gastos generados en el desplazamiento, el tiempo de los profesionales y los gastos de cirugía de las IPS generadoras, de acuerdo con el valor acordado en salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV), según Tabla No. 2.

Todos los aspectos establecidos en la comisión de hígado son objeto de auditoría por la Coordinación Regional respectiva, y aquellas actuaciones que vayan en contra de lo aquí dispuesto serán auditadas, notificando de este hecho a la Coordinación Nacional y demás instituciones que se requiera.

El presente documento es fruto de los acuerdos establecidos en la comisión de hígado cuya última reunión fue el 7 de noviembre de 2019 y se aprueba por parte de los representantes de cada IPS trasplantadora que asistieron a la comisión.

GLOSARIO

Las siguientes definiciones son extraídas de los registros de información del Observatorio Mundial de Donación y Trasplantes, normatividad vigente en Colombia y otros documentos técnicos:

- **Clampeo:** Ligadura de la aorta y la vena cava que impide la circulación sanguínea para poder ablacionar los órganos del donante. El momento de clampeo es el inicio de la isquemia durante la cual el órgano no recibe irrigación sanguínea.
- **Donante real de órganos (Actual Deceased organ donor):** Donante consentido, A. En quien fue hecha una incisión quirúrgica con el fin de intentar recuperar un órgano con fines de trasplante o, B. Del cual al menos un órgano fue extraído o recuperado con fines de trasplante. Nota. Con el fin de diligenciar los registros internacionales se considera únicamente el donante real B.
- **Donante utilizado (utilised donor):** Es el donante real del cual al menos un órgano fue trasplantado. El número de donantes utilizados es menor o igual que el número de donantes reales. (The critical pathways for organ donation. The Madrid Resolution).
- **Donante en muerte encefálica (donor after brain death (DBD):** Es un donante fallecido de órganos, en el cual la muerte ha sido determinada por criterios neurológicos.

- **Donante multiorgánico (multiorgan donor):** Es un donante real del cual al menos dos diferentes tipos de órganos han sido extraídos o recuperados con fines de trasplante.
- **Extracción:** Procedimiento de rescate de órganos o tejidos de un donante con fines de trasplante. En nuestro medio se utiliza como sinónimo la palabra “rescate”.
- **Institución Prestadora de Servicios de Salud habilitada para realizar procedimientos de trasplantes o Implantes:** Es la Institución Prestadora de Servicios de Salud que cuenta con el certificado de la verificación de la habilitación para la prestación del servicio de trasplante o implante de órganos, tejidos y/o células progenitoras, la cual debe cumplir con las condiciones de infraestructura, dotación, recurso humano y demás estándares definidos para cada tipo de órgano y tejidos, así como para desarrollar las actividades de gestión de la donación, extracción y trasplante (Resolución 2640 de 2005).
- **Isquemia:** Disminución o abolición, transitoria o permanente, de la irrigación sanguínea de una parte del cuerpo, producida por una alteración de la arteria o arterias aferentes a ella. Se denomina “tiempo de isquemia” al período durante el cual un órgano es viable para trasplante estando fuera del organismo, y varía según el órgano.
- **Lista de Espera:** Es la relación única nacional de potenciales receptores, es decir, pacientes que se encuentran pendientes por ser trasplantados a quienes se les ha efectuado el protocolo pertinente para el trasplante. (Ley 1805 de 2016, Decreto 2493 de 2004). Las comisiones de órganos, espacio válido de concertación y retroalimentación entre los diferentes actores del sistema, establecen; “La única lista de espera válida para realizar distribución y asignación de órganos y que garantiza la igualdad de todos los receptores para acceder al trasplante; es la que se

encuentra alimentada por las IPS habilitadas con programa de trasplante en el Sistema Nacional de Información de la Coordinación Nacional de la Red de donación y Trasplante”.

- **Programa de trasplante:** Es el conjunto de procesos y procedimientos que se realizan por la institución prestadora de servicios de salud con el objeto de obtener, preservar, disponer y trasplantar componentes anatómicos (Decreto 2493 de 2004).
- **Red de Donación y Trasplantes:** Es un sistema de integración de los Bancos de Tejidos y de Médula Ósea, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas con programas de trasplante o implante, Instituto Nacional de Salud, Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y demás actores del sistema para la coordinación de actividades relacionados con la promoción, donación, extracción, trasplante e implante de órganos y tejidos con el objeto de hacerlos accesibles en condiciones de calidad, en forma oportuna y suficiente a la población siguiendo los principios de cooperación, eficacia, eficiencia, equidad y solidaridad (Decreto 2493 de 2004).
- **Sistema Nacional de Información de Donación y Trasplantes:** Es el conjunto de datos e información suministrada por las IPS habilitadas con programas de trasplante de órganos y tejidos, Bancos de Tejido y Médula Ósea y Coordinaciones Regionales, a través del Sistema Nacional de información , registros de captura de datos, Listas de espera y registros operativos del Centro Regulador de Trasplantes, para la consolidación nacional de la información de donación y trasplantes y su posterior procesamiento, análisis y generación de indicadores para la Red de Donación y Trasplantes, el Ministerio de la Protección Social, entidades de vigilancia y control y público en general.

- **Sistema inmunológico:** Conjunto vital que protege al organismo ante sustancias potencialmente nocivas al reconocer y responder a las bacterias, virus, infecciones y cuerpos extraños. Incluye barreras que no permiten la entrada de materiales nocivos al cuerpo, formando así la primera línea de defensa de la respuesta inmune. El sistema inmunológico del cuerpo considera los órganos trasplantados como invasores y lucha contra ellos. Para prevenir el rechazo, los pacientes con trasplantes de órgano deben tomar drogas inmunosupresoras.
- **Trasplante:** Es la utilización terapéutica de los órganos o tejidos humanos que consiste en la sustitución de un órgano o tejido enfermo, o su función, por otro sano procedente de un donante vivo o de un donante fallecido (Decreto 2493 de 2004).
- **Tipificación de HLA:** Examen de sangre que determina los principales antígenos de histocompatibilidad HLA de una persona.

TABLA No. 1. TABLA VALORES HEPATECTOMIA DONANTE CADAVERICO⁴

CUIDADO DEL DONANTE
Estancia Hospitalaria (Incluye Urgencias y UCI)
Exámenes de Laboratorio (Incluye todas las Infecciosas)
Medicamentos e Insumos
Honorarios del Coordinador Operativo (Incluye los gastos fijos mensuales de la Coordinación Operativa, más el incentivo por cada hígado rescatado)
HEPATECTOMÍA (DONANTE)
Derechos de Sala (Incluye Insumos y Medicamentos de Anestesia, Líquidos Endovenosos, Instrumentadora, Quirófano)
Insumos Quirúrgicos (Incluye cánulas, suturas, cistoirrigadores, compresas, etc)
Solución de Preservación
Honorarios del Cirujano
Honorarios del Ayudante Quirúrgico
Honorarios del Anestesiólogo
Logística: - Nevera plástica y rótulo - Transporte de muestras de sangre, de personal y material para la extracción y para el regreso a la IPS-Trasplantadora, y del hígado hasta el Aeropuerto
TOTAL = \$ 26.500.000

Nota: En comisión realizada el 7 de noviembre de 2019, las IPS acuerdan realizar anualmente el aumento del paquete de hepatectomía según IPC.

⁴ Acuerdo Comisión 2019.

ANEXO 2. TABLA DE GASTOS GENERADOS POR DESPLAZAMIENTO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO DE TRASPLANTE HEPÁTICO PARA REALIZAR HEPATECTOMÍA (DONANTE) QUE NO FUE EFECTIVA POR CONDICIONES ADVERSAS DEL HÍGADO O DEL DONANTE

HONORARIOS MÉDICOS
Cirujano de Trasplantes
Ayudante del Cirujano
Anestesiólogo
HONORARIOS PERSONAL PARAMÉDICO
Auxiliar Quirúrgico
Instrumentadora
TRANSPORTE
Vans o Taxis (Promedio)
Desplazamiento Auxiliar Quirúrgico
Desplazamiento Instrumentadora
SUMINISTROS
Insumos Quirúrgicos
TOTAL= \$ 5.000.000

Nota: En comisión realizada el 7 de noviembre de 2019, las IPS acuerdan realizar anualmente el aumento del paquete de hepatectomía según IPC.