

Anexo 1.- Formato "CETRA DM CH 02".



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES



RESUMEN Y VALORACION DE RIESGO DE POTENCIAL DONADOR EN MUERTE ENCEFALICA

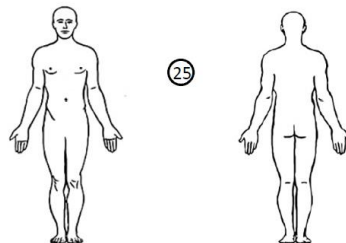
Hospital: ① _____ Dirección: ② _____
 Nombre: ③ _____ Edad: ④ _____ Servicio y cama: ⑤ _____
 Procedencia: ⑥ _____
 Fecha de ingreso: ⑦ ____/____/____ Fecha de notificación de potencial donador a CETRA: ⑧ ____/____/____
 ⑨ Antecedentes Potencial Donador: DM2 (), HTA (), Alcoholismo (), Tabaquismo (), Reumáticos (), Cardíaco (), Infectocontagioso (), Neoplásico (), Trasfusiones (), Tatuajes (). Otros () Especificar: _____
 ⑩ _____
 ⑪ Padecimiento Actual: _____
 ⑫ Evolución: _____
 Dx. de Ingreso: ⑬ _____
 Dx. actual: ⑭ _____
 Reporte de Estudios de Gabinete: ⑮ _____
 Suspensión de sedantes: (Fecha y Hora) ⑯ ____/____/____, ____:____ hrs. PCR () si, () no
 Fecha de inicio y nombre de antibióticos actuales: ⑰ _____

⑱ Peso: ____ kg, Talla: ____ m, IMC: ____; TAM: ____ mmHg; FC: ____ lpm, Temp: ____ °C; Diuresis: ____ ml/k/h;

Aminas	Dosis mcg/k/min	Fecha de Inicio	Tipo y Rh
			⑳

BH	⑲ /	QS	/ /	ES	/ /	PFH	/ /	EGO	/ /	Serol:	/ /
Leu:	㉑	Gluc:		Na:		Alb:		Aspct:		VDRL:	
Hgb:	㉒	Urea:		K:		TGO:		Dens:		HIV 1 y 2:	
Hct:		Creat:		Cl:		TGP:		Leuc/c:		CMV IgG:	
Plaq:				Ca:		B.T:		Prot:		CMV IgM:	
Band:		Coag:	/ /	P:		B.I:		Eri/c:		VHB:	
Obs:		TP:		Mg:		FA:				VHC:	
		INR:		Otros: ㉓							
		TTP:									

EXPLORACION FISICA: Fecha ㉔ ____/____/____, ____:____ hr.



1. Hematoma
2. Cicatriz
3. Adenomegalia
4. Tatuaje
5. Punción no terapéutica
6. Otro: ㉖ _____

Observaciones: ㉗ _____

Hemodilución: Fecha y hora de toma de Muestra de Serología: ㉘ ____/____/____, ____:____ hrs.
 ㉙ Tipo de muestra: Arterial (), Venosa (), Intracardiaca (); 48hrs previo a toma de Muestra Sanguínea:
 ㉚ Paq. Glob: ____; Plaquetas: ____; Crioprecipitados: ____; Plasma: ____; Gelatina/Hemacel/Dextrosa: ____
 Última hr. Antes de muestra sanguínea : Cristaloideos (Hartmann/salino/mixto/glucosado/Ringer): ㉛ ____ ml

Llenar espacios, en tinta azul, con los siguientes datos:

1. Nombre del hospital en que se realiza la procuración.
 2. Dirección del hospital.
 3. Nombre completo (nombre de pila, apellido paterno, apellido materno) del potencial donador.
 4. Edad del potencial donador.
 5. Sala hospitalaria donde se encuentra el potencial donador, seguido del número de cama.
 6. Residencia habitual del potencial donador.
 7. Fecha de ingreso actual del potencial donador al hospital.
 8. Fecha en que se da aviso al centro estatal de trasplantes de la detección del potencial donador.
 9. Marcar con cruz dentro del paréntesis (x) según corresponda.
 10. Registrar antecedentes no contenidos en el punto anterior.
 11. Describir el motivo del ingreso al hospital registrando tiempo de evolución, sintomatología, y valoración a su ingreso, basado en expediente.
 12. Describir brevemente la evolución intrahospitalaria basado en expediente clínico.
 13. Diagnósticos al ingreso hospitalario.
 14. Diagnósticos al momento de la detección.
 15. Interpretación de estudios de gabinete realizados durante la estancia hospitalaria.
 16. En caso de uso de sedantes, registrar fecha y hora de suspensión de los mismos, basados en expediente clínico.
 17. Registrar antibióticos y fecha de inicio.
 18. Registrar: Peso en kilogramos, Talla en metros, IMC (índice de masa corporal), TAM (tensión arterial media), FC (frecuencia cardíaca) en lpm (latidos por minuto), Temp (temperatura) en °C (centígrados), Diuresis en ml/kg/h.
 19. En caso de administración de aminos (dopamina, dobutamina, epinefrina-adrenalina, norepinefrina-noradrenalina) registrar dosis actual y fecha de inicio.
 20. Tipo sanguíneo y factor Rh del potencial donador.
 21. Registrar la fecha de reporte de estudios de laboratorio: BH (biometría hemática), QS (química sanguínea 3 elementos), ES (electrolitos séricos), PFH (pruebas de funcionamiento hepático), EGO (examen general de orina), Serol (serologías), Coag (coagulación).
 22. Registrar resultados de: BH: leu (leucocitos), Hgb (hemoglobina), Htc (hematocrito), Pla (plaquetas), Band (bandas), Obs (observaciones del reporte de biometría hemática).
 - a) QS: Gluc (glucosa), Urea (urea), Creat (creatinina).
 - b) ES: Na (sodio), K (potasio), Cl (cloro), Ca (calcio), P (fósforo), Mg (magnesio)
 - c) PFH: Alb (albúmina), TGO (transaminasa glutámico-oxalacética-AST), TGP (transaminasa glutámico-pirúvico-ALT), B.T. (bilirrubina total), B.D. (bilirrubina directa), FA (fosfatasa alcalina).
 - d) EGO: Aspct (aspecto), Dens (densidad), Leuc/c (leucocitos por campo), Prot (proteínas), Eri/c (eritrocitos por campo).
 - e) Serol: registrar "positivo" o "negativo" en los espacios correspondientes.
 - f) VDRL (resultado de VDRL), VIH (virus de inmunodeficiencia humana 1 y 2), CMV IgG (anticuerpos IgG para citomegalovirus), CMV IgM (anticuerpos IgM para citomegalovirus), VHB (antígeno de superficie del virus de hepatitis b), VHC (anticuerpos contra virus de hepatitis c).
 - g) Coag: TP (tiempo de protrombina), INR (razón normalizada internacional del TP), TTP (tiempo de tromboplastina parcial).
23. Registro de resultados de laboratorio no contenidos en el punto anterior.
 24. Fecha y hora de la valoración por exploración física del potencial donador.
 25. Identificación esquemática de la localización en el cuerpo del donante de alteraciones a la exploración física. se indica con una línea la localización de la alteración y con el número correspondiente de la lista de la derecha.
 26. Registro de alteración en la exploración física, diferente a los puntos anteriores.
 27. Especificar los hallazgos de la exploración física.
 28. Fecha y hora de la toma de muestra para realización de serologías.
 29. Marcar (x) con una cruz dentro del paréntesis correspondiente al origen de la muestra sanguínea para serologías.
 30. Registrar el número de unidades trasfundidas 48hrs previas a la toma de muestra sanguínea para serología de los siguientes derivados sanguíneos: Paq. Glob: (paquete globular), Plaquetas, Crioprecipitados, Plasma; unidades (en ml) de expansores de volumen: Gelatina/Hemacel/Dextrán.
 31. Registrar la administración de cristaloides en la última hora previa a la toma de la muestra sanguínea para serologías.
 32. Número de caso durante el año.

TIEMPOS	Aviso: CETRA	(1) / / : : hrs.	M. Publico	(3) / / : : hrs.	(5) / / : : hrs.	(7) / / : : hrs.
	CENATRA	(2) / / : : hrs.	Equipo Qx	(4) / / : : hrs.	(6) / / : : hrs.	(8) / / : : hrs.
	Pérdida de la vida	(9) / / : : hrs.	EEG <input type="checkbox"/> Doppler <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	(10)	Caso Medico Legal : <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No (11)	

ETAPAS DE LA DONACION.	A)- Defunción detectada.	Si ↔ No	Causa: (12) ** (0)	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Causa de ME: *</td> <td>(20)</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>A</td> <td>TCE - Accidente vehicular</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td>TCE - Arma de fuego</td> </tr> <tr> <td></td> <td>C</td> <td>TCE - Accidente laboral</td> </tr> <tr> <td></td> <td>D</td> <td>TCE - Otras</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>A</td> <td>EVC - Isquémico</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td>EVC - Hemorrágico</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>A</td> <td>Anoxia</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>A</td> <td>Tumor</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>A</td> <td>Otro: (21)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Entrevistador: (22)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Observaciones: (23)</td> <td></td> </tr> </table>	Causa de ME: *		(20)	1	A	TCE - Accidente vehicular		B	TCE - Arma de fuego		C	TCE - Accidente laboral		D	TCE - Otras	2	A	EVC - Isquémico		B	EVC - Hemorrágico	3	A	Anoxia	4	A	Tumor	5	A	Otro: (21)	Entrevistador: (22)			Observaciones: (23)		
	Causa de ME: *		(20)																																					
	1	A	TCE - Accidente vehicular																																					
		B	TCE - Arma de fuego																																					
		C	TCE - Accidente laboral																																					
	D	TCE - Otras																																						
2	A	EVC - Isquémico																																						
	B	EVC - Hemorrágico																																						
3	A	Anoxia																																						
4	A	Tumor																																						
5	A	Otro: (21)																																						
Entrevistador: (22)																																								
Observaciones: (23)																																								
B)- Contraindicación Médica	No ↔ Si	Causa: (15) ** (1 ó 2)																																						
C)- Viable para donación	Si ↔ No	Causa: (16) ** (3,4,5,6,7,u 8)																																						
D)- Se realiza Entrevista Familiar:	(18) <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	(19) <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No																																						
E)- En caso Médico-Legal: autorización MP:	(18) <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	(19) <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No																																						

0 NO SE AVISA A COORDINACION	2 OTRAS CONDICIONES QUE IMPIDEN DONACION	5 SIN RECEPTOR ADECUADO
0A : Sin causa específica	2A : Sin causa de fallecimiento determinada	6 NEGATIVA LEGAL
0B : Descartado incorrectamente	2B : Antecedentes personales no disponibles	7 NEGATIVA FAMILIAR
0C : Otra Causa	2C : No valorable por condiciones hemodinamicas/PCR	7A : Negativa en vida del potencial donante
1 CONTRAINDICACION MEDICA	3 PROBLEMAS EN EL MANTENIMIENTO	7B : Negativa familiar sin razón específica
1A : Infección Bacteriana Activa	3A : Infeccion sistémica sin identificación etiológica	7C : Dudas sobre la Muerte Encefálica
1B : Infeccion por tuberculosis	3B : PCR irreversible.	7D : Dudas sobre integridad del cuerpo
1C : Infección viral activa	3C : Fallo multiorgánico evitable	7E : No apoya a la sociedad.
1D : Patología Sistémica - Colageno/Vasculitis	3D : Otro problema en mantenimiento (especificar)	7F : Problemas con personal de salud
1E : Patología sistémica - Arteriosclerosis avanzada	4 PROBLEMAS ORGANIZATIVOS	7G : Motivos religiosos
1F : Neoplasia maligna	4A : No se localizan familiares	7H : Otra (especificar)
1G : Riesgo infectocontagioso propio	4B : Retraso legal	8 DIAGNOSTICO DE MUERTE ENCEFALICA NO COMPLETADO
1H : Falla organica septica	4C : Logística interna (Hospital)	8A : No disponibilidad de método diagnóstico
1I : Otra contraindicación médica (especificar)	4D : Logística externa (equipos procuradores)	8B : Necesidades para método diagnóstico no disponibles
		8C : Pruebas confirmatorias no son concluyentes

Fecha y hora de aviso a CETRA (representante del Centro Estatal de Trasplantes) de identificación de potencial donador.

2. Fecha y hora de aviso a CENATRA de identificación de potencial donador.

3. Fecha y hora de aviso a MP (representante del ministerio público) de identificación de potencial donador, en caso médico-legal.

4. Fecha y hora de aviso al equipo quirúrgico de trasplantes del hospital procurador.

5. Equipo quirúrgico externo al hospital

6. Equipo quirúrgico externo al hospital

7. Fecha y hora de aviso al primer equipo quirúrgico

8. Fecha y hora de aviso al segundo equipo quirúrgico

9. Fecha y hora de certificación de pérdida de la vida del potencial donador.

10. Estudio de gabinete utilizado para apoyo diagnóstico de muerte encefálica. Marcar con una x en el espacio correspondiente.

11. Marcar con una "x" si se trata de un caso con implicación médico-legal.

12. Si la defunción no fue detectada, registrar la causa de acuerdo a los códigos descritos en la parte inferior del formato (título 0 y seguido de letra, según corresponda). Sólo se registra una clave.

13. Especificar la causa de no detección

14. Si se excluye el potencial donador por contraindicación médica, registrar la causa de acuerdo a los códigos descritos en la parte inferior del formato. Sólo registrar una clave.

15. Especificar la causa de contraindicación médica.

16. Si el potencial donador es valorado viable para donación, registrar la causa de la pérdida del potencial donador acuerdo a los códigos descritos en la parte inferior del formato (títulos 3 al 8 y seguidos de una letra, según corresponda). Sólo se registra una clave.

17. Especificar la causa de pérdida de la donación.

18. Registrar con una "x" en el espacio correspondiente si se realizó la entrevista familiar para ofrecer la opción de donación.

19. Registrar con una "x" si se obtuvo la autorización judicial para continuar con el proceso de donación en los casos con implicación médico-legal.

20. Registro de la causa de muerte encefálica de acuerdo al código de la tabla inferior. Número y letra correspondiente.

21. Anotar otra causa de muerte encefálica no contenida en la tabla anterior.

22. Nombre completo de la persona que realiza la entrevista familiar.

23. Consideraciones personales acerca de la entrevista.

Anexo 3.- instructivo de llenado de formatos “Registro de Defunciones”.

Hospital: _____ Mes: _____	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
No detectado	
No viable	
Edad	
Infectocontagiosas	
Neoplasias	
Otras	
Negativa Legal	
Negativa familiar Tejidos	
Negativa familiar Multiorg.	
Donaciones totales tejidos	
Donaciones totales multiorg	
TOTAL	

Hospital: _____ Mes: _____	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
No detectado	
No viable	
Edad	
Infectocontagiosas	
Neoplasias	
Otras	
Negativa Legal	
Negativa familiar Tejidos	
Negativa familiar Multiorg.	
Donaciones totales tejidos	
Donaciones totales multiorg	
TOTAL	

Instructivo:

Identificar el hospital y mes que se registra.

Registrar el número de defunciones según corresponda la causa de descartar o aceptar la donación.

Anexo 4.- Formato "Evaluación del expediente".



CENTRO ESTATAL
DE TRASPLANTES



Evaluación del expediente

Fecha: ___/___/___¹

Nombre: _____²

Edad _____³

1. Expediente disponible Si () / NO ()⁴
2. Fecha y Hora de Ingreso ___/___/___, ___:___ hrs.⁵
3. Historia clínica completa Si () / NO ()⁶
4. Caso Médico/Legal Si () / NO ()⁷
5. Causa de la muerte identificada Si () / NO ()⁸

6. Valoración por especialista ⁹ ___/___/___, ___:___ hrs. (Neurólogo/Neurocirujano/Interr
7. Diagnóstico clínico ¹⁰ _____

8. Diagnóstico definitivo ¹¹ ___/___/___, ___:___ hrs.

9. Suspensión de sedantes indicada: ___/___/___, ___:___ hrs. No aplica ()¹²
10. Suspensión de sedantes realizada ___/___/___, ___:___ hrs. No aplica ()¹³
11. Solicitud de EEG/US para ME ___/___/___, ___:___ hrs. No aplica ()¹⁴
12. Realización de EEG/US/Otro ___/___/___, ___:___ hrs. No aplica ()¹⁵
13. Certificación de Pérdida de la vida Si () / NO (). No aplica ()¹⁶
En caso de ser afirmativo ¹⁷ ___/___/___, ___:___ hr en que se realiza el certificado.
14. Fecha y hora de PCR/Pinzamiento Ao ___/___/___, ___:___ hrs. PCR () / Pinzamiento Ao ()¹⁸
15. Método diagnóstico _____¹⁹
16. Donante Real Si () / NO ()²⁰
17. Se realizó Entrevista Familiar Si () / NO ()²¹
Entrevistados _____
Resultado de entrevista _____

18. En caso de aceptar donación: ²²
Órg/Tej donados: Riñones (), Corazón (), Hígado (), Córneas (), Tej ME () Otros: _____
Órg/Tej procurados: Riñones (), Corazón (), Hígado (), Córneas (), Tej ME () Otros: _____

19. En caso de no ser donante:

Causa de exclusión:

No detección (), Criterios de exclusión mal aplicados (), Causa Médica (), Negativa Legal (), Neg. Familiar (), ²³
Sin familiares (), Logística interna (), Logística externa (), Órg/Tej no viables (), Mantenimiento del donante (),
Sin receptores (), Sin respuesta de equipo quirúrgico ()

Otras: _____

Revisor: _____²⁴
(Nombre y firma)

Valida: _____²⁵
(Nombre y firma)

Instructivo:

1. Fecha de llenado de formato día/mes/año
2. Nombre del fallecido.
3. Edad del fallecido.
- 4, 6,7,8,13,16,17. Anotar "X" según corresponda.
- 5, 9,12,13,14,15,17,18. Anotar la hora de ingreso en formato día/mes/año, y 24 hrs,
21. En la entrevista familiar anotar a las personas entrevistadas y el resultado de la entrevista (donación aceptada o negada y sus motivos)
22. Anotar con una "X" según corresponda, y anotar en "otros" los órganos y tejidos donados además de los que contempla el formato.
23. Anotar con una "X" según corresponda, anotar en "otras" si existe otra causa de exclusión.
24. Nombre y firma de quien revisa.(HOSPITAL)
25. Nombre y firma de quien valida (CETRA).

Anexo 5 : Ley de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Componentes para el Estado de San Luis Potosí, Facultades de CETRA.

Capítulo II: del Centro Estatal de Trasplantes. Sección Primera. De sus facultades.

ARTICULO 14. El Centro Estatal de Trasplantes es un organismo descentralizado de la administración pública estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propio.

El CETRA se integra y funciona de acuerdo a lo que establece la presente Ley; dentro del ámbito de su competencia tiene la atribución de vigilar la asignación de órganos, tejidos y componentes de seres humanos, que realicen las instituciones públicas y privadas en coordinación con los comités internos de trasplantes.

Asimismo, actúa coordinadamente en el fomento y promoción de la cultura de la donación con el Consejo Nacional de Trasplantes, así como las autoridades sanitarias en el Estado.

El objeto del CETRA es de control relacionada con las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y componentes de seres humanos, con fines terapéuticos; emitir opiniones, acuerdos y resoluciones relacionados a la materia y la vinculación y vigilancia con instituciones públicas y privadas que realicen actividades relacionadas al objeto, así como la difusión de la donación de órganos y la capacitación de recursos humanos.

El objeto encomendado al CETRA lo realizará con apego a la Ley General de Salud, la Ley Estatal de Salud, los Reglamentos, normas oficiales y lineamientos que al efecto se dicten, y de acuerdo a las políticas que establezca la Secretaría.

ARTICULO 15. El CETRA tiene las siguientes funciones:

I. Vigilar que los profesionales de las disciplinas de la salud que intervengan en la obtención y trasplantes de órganos, tejidos, o componentes, apeguen su actuación a las disposiciones legales aplicables;

II. Organizar y operar lo referente a las actividades de donación y trasplante de órganos, tejidos y componentes de seres humanos;

III. Realizar acciones tendientes a garantizar a la población el respeto y la protección del derecho a la libre

donación de órganos, tejidos y componentes humanos, así como de ser sujeto de trasplante de éstos;

IV. Proponer y fortalecer la participación de la comunidad en la donación y trasplantes de órganos, tejidos y componentes de seres humanos;

V. Desarrollar acciones que sean necesarias para mejorar la calidad de los procedimientos de trasplantes, y para la eficientización de este servicio de salud en lo que a trasplantes y donaciones de órganos, tejidos y componentes de seres humanos se refiere;

VI. Promover, apoyar y llevar a cabo la capacitación en la materia, de los profesionales, especialistas y técnicos;

VII. Incentivar la formación de recursos humanos en la docencia, investigación y aplicación operativa de los trasplantes y de la cultura de donación de órganos, tejidos y componentes, llevándose a cabo bajo los lineamientos que se establecen en, la Ley General de Salud; y Ley Estatal de Salud; en la Norma Oficial Mexicana que al efecto se dicte, y en las normas técnicas que establezca la Secretaría;

VIII. Integrar un acervo de información y documentación que facilite a las autoridades e instituciones competentes, la investigación estudio y análisis de aspectos específicos en materia de donación y trasplantes de órganos, tejidos y componentes;

IX. Difundir a las autoridades correspondientes y a la población a través de publicaciones y actos académicos, los resultados de los trabajos de investigación, análisis, estudio y recopilación de información, documentación e intercambio que realice en materia de donación y trasplantes de órganos, tejidos y componentes;

X. Conocer, respetar y aplicar los ordenamientos legales de carácter federal y estatal en materia de donación y trasplante de órganos; así como las normas oficiales mexicanas y técnicas que al efecto se instituyan y que sean aplicables en la materia;

XI. Coadyuvar con las autoridades sanitarias federales y estatales en términos de los acuerdos o convenios de coordinación que para tal efecto se suscriban, en lo referente al control y vigilancia de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y componentes de seres humanos, así como de las actividades relacionadas con éstos, de los establecimientos en que se realicen dichos actos, y que los profesionales de las disciplinas de la salud que intervengan en la extracción de órganos y tejidos o en trasplantes, se ajusten a las disposiciones legales aplicables a la materia;

XII. Realizar estudios con estricto apego a la ley, y documentar los resultados que se obtengan, y que sean tendientes a mejorar, optimizar y eficientizar los procedimientos de donación y trasplantes de órganos, tejidos y componentes de seres humanos;

XIII. Operar y mantener actualizado el Registro Estatal de Trasplantes, en coordinación con el Consejo Nacional de Trasplantes y con las autoridades sanitarias federales y estatales;

XIV. Coadyuvar, en el ámbito de su competencia, con el Consejo Nacional de Trasplantes en la decisión y vigilancia de la asignación de órganos, tejidos y componentes de seres humanos;

XV. Emitir opiniones, acuerdos y resoluciones técnicas relacionadas con la donación y trasplantes de órganos, tejidos y componentes, así como con los procedimientos de los mismos; actividades relacionadas con éstas y respecto de los establecimientos en que se realicen dichos actos, ya sea de manera oficiosa, o bien cuando éstas le sean requeridas por las autoridades sanitarias federales y estatales, así como por las autoridades judiciales del fuero común o federal;

XVI. Fomentar y promover la cultura de donación de órganos, en coordinación con las autoridades sanitarias en el Estado;

XVII. Hacer constar el mérito y altruismo de los donadores y sus familiares, mediante la expedición de los testimonios correspondientes;

XVIII. Constituir y validar la operación de las actividades de comités y subcomités que coadyuven a la obtención de recursos financieros o materiales, para la consecución de los fines del organismo descentralizado.

XIX. Validar las actividades de los grupos de apoyo que coadyuven en el fomento de la cultura de la donación de órganos y tejidos de seres humanos, o en todo caso que sus acciones principales tiendan a facilitar los procesos para la procuración de órganos y componentes, con fines de trasplante dentro de las diferentes instituciones de salud del Estado que expresamente lo soliciten observando la normatividad aplicable a la materia;

XX. Coordinar sus actividades con las diferentes dependencias y autoridades, federales y estatales para el logro de su objeto y cumplimiento de sus funciones y atribuciones;

XXI. Planear, programar y administrar, a través de la Dirección General, los recursos que le sean asignados, así como las aportaciones que reciba de otras personas e instituciones, y ejercer los recursos económicos autorizados para programas de inversión física y financiera;

XXII. Realizar los actos, convenios, contratos y demás instrumentos jurídicos que sean necesarios para el logro de sus objetivos, y para el cumplimiento de sus funciones y atribuciones, así como las acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la cultura de la donación de órganos, tejidos y componentes de seres humanos, así como al trasplante de los mismos;

XXIII. Autorizar la creación de comisiones de apoyo, y determinar las bases de su funcionamiento.

XXIV. Impulsar la donación de componentes progenitoras hematopoyéticas.

XXV. Las demás que esta Ley y otras disposiciones le confieren para el cumplimiento de su objeto.