

**ESTATEGIAS PARA DISMINUCIÓN DE LAS NEGATIVAS
FAMILIAR PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN
BRAZIL**

**CINTIA KARLA MELGAÇO BARBOSA
MASTER INTERNACIONAL ALIANZA 2012
ESPAÑA**

**TUTORIA JULIO VELASCO ROCA
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES
PALMA DE MALLORCA
FEBRERO-MARZO DE 2012**

AGRADECIMENTOS

Siempre que me deparo con agradecimientos extensivos considero demasiado exagero, pero en este momento es imposible no mi extender.

Agradezco a Dios por poner personas tan especiales en mi vida, como mi marido, que sin su ayuda y apoyo no podría estar aquí, por la dedicación de minimizar mi ausencia junto a nuestras hijas. Mis hijas por hacer mi vida tan especial; mi jefe por haberme dado la oportunidad de vivir esta experiencia; y el Dr. Julio Velasco, por la sabiduría en la enseñanza, la recepción en su hospital, el afecto, por su profesionalismo y sobre todo la atención y el cuidado dado a mí. No solo es un excelente profesor como también un ser humano extraordinario.

INDICE

OBJETIVO DE LA TESINA:	4
1. INTRODUCCION	5
2. LA ENTREVISTA FAMILIAR. EI MODELO ESPAÑOL	9
3. MODELO ALICANTE	13
4. HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES	15
5. MODELO BRASILEÑO	19
6. Resultados	22
7. CONCLUSIÓN	26
8. Bibliografía	29

OBJETIVO DE LA TESINA:

Conocer y profundizar en las estrategias de entrevista familiar, siguiendo el Modelo Español, para implementarlo en Brasil.

1. INTRODUCCION

El trasplante de órganos es hoy uno de los procedimientos terapéuticos más exitosos. La mejora de las técnicas terapéuticas permite a varios pacientes que se beneficien de un órgano, sin embargo, más allá de los avances tecnológicos, hay que preocuparse por la humanización del proceso, ya que es un procedimiento que se inicia y se acaba en la sociedad.

En una sociedad donde priman fundamentalmente los conceptos materialistas y se confunden con frecuencia los sentimientos, el hecho de que haya personas que en momentos dramáticos y difíciles de sus vidas DONEN de forma totalmente altruista los órganos de sus familiares hace de la donación un acto de generosidad y solidaridad del que no podemos ni debemos ser ajenos, ni como profesionales ni como ciudadanos.

Debido al éxito de los trasplantes en el tratamiento de múltiples enfermedades, hay actualmente un incremento en el número de indicaciones para este procedimiento. La característica principal del trasplante de órganos es la necesidad de usar un órgano o tejido de un donante vivo o cadáver. La demanda supera la oferta. Existen diferentes razones como la poca notificación de la Muerte Encefálica (ME), problemas en el mantenimiento, las contraindicaciones médicas, negativas familiares y problemas logísticos y estructurales, entre otras. De todas estas razones, las estadísticas mundiales muestran que el número de negativas familiares sigue siendo muy relevante, especialmente en los países suramericanos.

España tiene un modelo de donación y trasplante que es referencia mundial. El éxito de este modelo se basa en la Ley de Trasplante 1979 y en una serie de aspectos técnicos coordinados por la Organización Nacional de trasplantes (ONT). Es de vital importancia la red de coordinación (nacional, autonómica y hospitalaria), el perfil del coordinador hospitalario, el reembolso hospitalario de la actividad generada, los controles de calidad del proceso (internos y externos), la formación continuada todos los profesionales implicados en esta actividad y la atención a la prensa y ciudadanía. El perfil del coordinador hospitalario es la pieza básica en todo el proceso de donación y trasplante. Sus funciones fundamentales son la detección de donantes en las unidades generadoras (UCI) y otros servicios con potencialidad de donación (urgencias, unidades de ictus, servicio neurocirugía), el manejo del paciente neurocrítico, el diagnóstico de la ME, el mantenimiento del donante y la entrevista familiar para conseguir el consentimiento para la donación. El objetivo básico y fundamental de todos los profesionales que intervienen en el proceso es la “obtención” de órganos, para ser trasplantados a pacientes que están en la fase final o terminal de su enfermedad.

El objetivo de esta tesina está centrado en el conocimiento y profundización de las técnicas o estrategias de entrevista familiar para conseguir la donación de órganos y tejidos para ser trasplantados.

Durante los años 90, el elevado índice de negativa familiares (20%) fue un indicador importante para que la ONT focalizara sus esfuerzos en comprender los motivos del alto número de negativas familiares. Se procedió a

un estudio de opinión pública sobre la información que tenían los ciudadanos sobre la donación y trasplante, qué factores psicosociales podían estar relacionados con el consentimiento o no por parte de las familias. La investigación demostró que el problema fundamental era el desconocimiento de la población, las dificultades de orden cultural y religioso sobre la muerte y la preocupación sobre la deformación del cuerpo de la persona difunta. Se percibió que estos factores no se aprenderían tan sólo por medio de campañas mediáticas y que era necesaria una profundización más específica sobre el ámbito sociocultural.

Los conceptos básicos extraídos de ese trabajo y que favorecieron mejorar la aceptación de las familias para la donación, fueron la capacitación de los profesionales y la información tratada desde el punto de vista médico. Es básica la concienciación de la población sobre la importancia de la actividad de donación y trasplante, las “vidas ganadas” a través de un gran acto de generosidad, solidaridad y altruismo.

La Legislación Española sobre Trasplantes, Ley 30/1979 (art.5º, ptos 2y) 3). Define lo que se llama “Consentimiento Presunto” a la donación de órganos a todos los ciudadanos españoles cuando fallecen siempre y cuando no hayan dejado constancia expresa de su oposición a la donación de órganos”. Será preciso el “Consentimiento Judicial” cuando por el origen de la muerte se sigue una causa judicial, debe constar la autorización del juez al que corresponda el conocimiento de la causa, él cual deberá concederla en aquellos casos en que la obtención de los órganos no obstaculice la instrucción del sumario.

A pesar de lo establecido por la Legislación, en España siempre se solicita el “Consentimiento Expreso” firmado por la familia directa del fallecido. Ante la negativa familiar nunca se procederá a la donación de órganos. Este concepto ha sido básico para que España tenga una cifra de negativas familiares muy inferiores al resto de países del Mundo.

El Carnet de donante no es un documento legal, es importante porque expresa una decisión, acredita un compromiso personal y facilita hablar de la donación con el entorno familiar.

2. LA ENTREVISTA FAMILIAR. EI MODELO ESPAÑOL

Es evidente que uno de los factores limitaciones que tiene España para incrementar su tasa de donación, son las negativas familiares (media 18-19%), a pesar de ser el país con el menor número de negativas familiar del mundo. Posiblemente la entrevista familiar, sea el eslabón más débil de la cadena de donación y trasplante, ya que nuestra actuación se ve limitada a la decisión que tomen las familias en un momento de gran shock emocional.

La donación de órganos, posiblemente sea una de las actividades médicas con un componente humano más importante. Se viven situaciones con una gran carga emocional y se establece un vínculo muy especial entre el médico y los familiares del donante.

De todas las funciones que tiene el Coordinador de Trasplantes Hospitalario, la “entrevista familiar” para conseguir el consentimiento para la donación es sin duda el momento más duro, intenso, difícil y el que más desgasta de todo el proceso de donación. Las personas viven una situación de crisis emocional que en muchas ocasiones no les permiten tomar decisiones. Son momentos de un gran impacto emocional. La entrevista familiar no puede convertirse en un momento rutinario, cada entrevista tiene características diferentes, ya que las personas somos diferentes y por tanto, actuamos y reaccionamos de forma distinta.

Estudios realizados por la ONT aconsejan que después de la comunicación de la ME, se produzca un tiempo adecuado para que la familia

asimile el duelo, antes de solicitar la donación de órganos. Es importante que la familia entienda el concepto de ME como la muerte del paciente. En todo este momento los profesionales deben dar apoyo humano y psicológico a la familia del paciente.

El consentimiento para obtener la donación de órganos no es ni debe representar una “agresión” hacia la familia. Es una pregunta difícil realizada en el momento más difícil. Un estudio realizado, hace unos años, por la Universidad de Psicología Complutense de Madrid, concluía que la donación de órganos puede ayudar a afrontar y canalizar correctamente el duelo. Las familias de los donantes piensan que la donación dio sentido a su tragedia y más del 90% de las familias no se arrepintió de su decisión.

Para abordar una entrevista familiar, el coordinador hospitalario ha de tener un alto grado vocacional, de concienciación y de compromiso sobre el momento que se está viviendo, tanto por parte del entrevistador como de la familia del paciente. La calidad humana es capaz de imponerse al drama que se está viviendo.

El coordinador de trasplantes hospitalario tiene que adquirir una serie de habilidades y aptitudes para enfrentarse a una entrevista familiar. Sin embargo, la experiencia clínica y la capacidad de improvisar es fundamental para conseguir la donación de órganos y disminuir las negativas familiares. Existen diversos cursos de comunicación de malas noticias y entrevista familiar para los profesionales que en algún momento están en contacto con el proceso de donación. El más conocido el EDHEP (European Donor Hospital Education

Programme), estructurado y organizado por profesionales de la ONT. Es de especial interés, el curso de entrevista familiar de Alicante.

Una entrevista familiar puede verse influenciada por diversos factores como son las características del hospital, la información previa que ha recibido la familia, el momento en que se efectúa la solicitud de donación, las características sociales y demográficas de los entrevistados, factores étnicos y culturales y evidentemente la “formación” de los entrevistadores. No existe una secuencia rígida para la entrevista, aunque sí una metodología de actuación. La entrevista va a variar según el tipo de muerte, el tipo de familia y su entorno.

Factores positivos para que tenga éxito una entrevista son la atención sanitaria recibida por el paciente durante su traslado e ingreso en el hospital (urgencias), el apoyo de enfermería a la familia (siempre están a la cabecera del enfermo), la información médica recibida que ha de ser humana, honesta, creíble y flexible, así como el apoyo de intérpretes, mediadores religiosos o sociales si es preciso. A esto se llama factor “calidad humana”.

Otro factor importante en el nivel de concienciación de los profesionales sanitarios, sobre todo de las unidades potencialmente generadoras de donantes. La información médica diaria a la familia, debe ser clara y exhaustiva (la familia ha de comprender perfectamente la evolución clínica del paciente y que se está haciendo todo lo posible para controlar la enfermedad), humana (se trata de pacientes con una patología aguda, brusca) y sencilla en la explicación de las lesiones y sus consecuencias. Actitudes negativas de los profesionales sanitarios se traducen en una “debilidad” del proceso de donación. Es una función del coordinador de trasplantes revertir estas actitudes

negativas, todos los profesionales implicados deben sentirse partícipes de los resultados y de los beneficios obtenidos con la donación y el trasplante.

3. MODELO ALICANTE

El equipo de coordinación de trasplante del hospital de Alicante está formado por un médico y una enfermera con una amplia trayectoria y experiencia profesional. Su modelo de entrevista familiar está muy bien estructurado, siendo referencial en el Modelo Español.

Dicho modelo se estructura en tres fases muy bien diferenciadas, una 1ª fase de comunicación de la ME por parte del médico responsable del paciente (UCI), una 2ª fase de apoyo psicológico (duelo) en la que interviene el equipo de coordinación y la 3ª fase de solicitud de la donación de órganos.

La entrevista con los familiares debe prepararse y seguir una cuidadosamente metodología específica y planificarse en lo posible. Fases secuenciales, claramente diferenciadas, que no deben mezclarse entre ellas:

- 1. Comunicar la muerte:** el médico responsable ha de comunicar la muerte a la familia de forma gradual, sencilla y honesta. Se ha de conseguir un respeto mutuo entre el médico y la familia. La familia ha de comprender que se ha hecho todos lo posible para controlar la enfermedad del paciente.
- 2. Pausa/apoyo (crisis emocional):** asimilación del duelo, de perdida (suceso incontrolable, impredecible, inesperado). Momento de gran impacto emocional e incluso de negación sobre la situación vivida. El coordinador de trasplantes ha de desarrollar una serie de habilidades psicológicas y técnicas de soporte, de apoyo psicológico a los familiares, ponerse a su disposición, aclarar sus dudas, ofrecer ayuda, escuchar activamente y

respetar el momento de dolor de la familia, ofrecerles apoyo emocional. Debe facilitarles la toma de decisiones. La familia marca el ritmo.

3. Solicitud de donación: sin divagaciones, como algo positivo para la familia y el recuerdo, evitando la confrontación. Ha de ser expresa, directa, precisa (sin titubeos ni dudas), sin sentimientos de culpa, firme convicción de lo que se está pidiendo, no hay otro momento para solicitarlo.

4. HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES

El Hospital Universitario Son Espases (HUSE) es el hospital de referencia de Comunidad Balear. Cuenta con una amplia cartera de servicios, que incluye Neurocirugía. Todos los pacientes neurocríticos de la Comunidad se trasladan al HUSE para ser valorados. El hospital dispone de 817 camas, de las cuales 32 camas son de críticos de adultos (UCI), 8 camas de UCI Pediátrica y 8 camas de REA (reanimación).

El equipo de coordinación de trasplantes del hospital está formado por 5 médicos intensivistas que realizan su labor asistencial en la UCI. Prácticamente cada día de la semana hay un intensivista/coordinador de presencia física en el hospital. La característica principal de esta estructura es la de permitir detectar todos los potenciales donantes que se generan en la UCI y en el resto de servicios con capacidad de generar donantes, como el servicio de urgencias, la unidad de ictus, el servicio de neurocirugía, la UCI Pediátrica y la reanimación postquirúrgica. Forma parte del equipo una profesional del Servicio de Atención al Paciente una de cuyas funciones es el apoyo psicológico de las familiar una vez se ha obtenido la donación de órganos. Del mismo modo, les facilita todos los trámites burocráticos, administrativos y judiciales, para que puedan disponer del cadáver lo antes posible.

El HUSE es uno de los 10 hospitales de España con una mayor generación de donantes en Muerte Encefálica. Recientemente su coordinación ha sido nombrada “benchmark” (práctica de referencia) en la captación de donantes fuera de la UCI e intra UCI. La actividad de donación se inicia en el

año 1989 y el trasplante renal en el año 1990. Desde entonces se han generado en el hospital 497 donantes en ME, lo que representa el 91% de toda la actividad de la Comunidad Balear (Hospital Can Misses Ibiza 4,6% y el Hospital Mateu Orfila Menorca 3,9%). Desde el año 1990 hasta la actualidad se han realizado 660 trasplantes renales.

El equipo de coordinación del hospital ha realizado más de 623 entrevistas familiares, a familiares nacionales (75%) y a familiares extranjeros (25%), concluyendo que “cada entrevista es diferente”.

La donación de órganos está dentro de la cartera de servicios de la UCI, donde se generan el 96% de los donantes del hospital. Esto significa que siempre va a haber una cama disponible para un potencial donante de órganos.

El hecho de que el equipo de coordinación esté integrado en la UCI, crea una interrelación entre sus funciones, lo que confiere una serie de ventajas:

- 1.- Seguir la evolución del paciente desde su ingreso en la UCI
- 2.- Informa diaria a los familiares
- 3.- Intuir el entorno familiar
- 4.- Confianza y empatía
- 5.- Comunicación de la ME
- 6.- Solicitud de la donación de órganos
- 7.- Atención continuada, facilitándoles todos los trámites administrativos, judiciales y funerarios

Se genera de forma continua con las familias, a través de habilidades psicológicas, destrezas y sobre todo experiencia profesional y práctica clínica, una relación de confianza, empatía y respeto mutuo. Los

familiares tienen que percibir a los profesionales como personas honestas, competentes, creíbles y cercanas.

La decisión de donar o no donar, está en relación a la forma de transmitir las malas noticias y a la percepción que la familia manifiesta acerca de la atención médica y del trato recibido. La información diaria ayuda a “comunicar”.

La experiencia profesional y la práctica clínica del equipo de coordinación de trasplantes del HUSE destaca que en la entrevista familiar:

1. La “intuición” es importante
2. No debe existir una secuencia rígida
3. Cada acercamiento, cada entrevista es diferente
4. Variará según el tipo de muerte, el tipo de familia y su entorno
5. Se producen reacciones muy diferentes, simplemente porque las personas somos diferentes
6. No es conveniente tener un guión “preestablecido”, es más importante explorar y descubrir qué información requiere la familia. Metodología sí – guión no.
7. Contacto con la familia desde el ingreso del paciente
8. Flexibilidad en la información y máxima privacidad
9. Coherencia, respeto y honestidad: nos facilitará todo el proceso
10. Confianza, empatía y credibilidad

“Son instantes que nunca pueden ni deben convertirse en rutinarios”

En caso de negativa familiar es importante,

- 1.- Conocer las razones de la negativa? Se puede argumentar contra las mismas.
- 2.- Si se detecta una falta de empatía, cambiar al coordinador
- 3.- Darles tiempo, sin insistir durante el tiempo que se crea necesario
- 4.- Localizar a las personas implicadas en la negativa y su rol dentro de la familia, intentando aislar al miembro negativo de los demás.

El límite de la entrevista lo marca la familia, no se progresa, se pierde empatía, ningún beneficio mutuo.

La recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa.

La capacidad de resolución es un elemento fundamental en el perfil del coordinador de trasplantes, puesto que cada donante es diferente al resto. El coordinador debe ser capaz de afrontar cualquier situación nueva que pueda surgir. Debe ser capaz de improvisar ante cualquier problema.

5. MODELO BRASILEÑO

Brasil, país con casi 200 millones de habitantes no cuenta con un Sistema de Donación y Trasplantes acorde a su crecimiento y desarrollo industrial y médico.

La legislación Brasileña de Trasplantes tiene la obligatoriedad de la composición de una comisión intrahospitalaria de trasplantes.

Sin embargo, a pesar de esta obligatoriedad, en la práctica, estas comisiones no son activas ni efectivas. Esa situación conduce a que no se notifiquen las Muertes Encefálicas.

La Portaria nº 2.600 del 2009 modificó la constitución de las Comisiones IntraHospitalarias de Donación de Órganos y Tejidos para trasplante: las CIHDOTTs. Los hospitales públicos, privados y filantrópicos se estructuran en tres perfiles:

I - CIHDOTT I: define un establecimiento de salud con 200 defunciones al año, camas para atención ventilatoria (en terapia intensiva o emergencia) y profesionales del área de medicina interna, o intensivistas o pediatras o neurologías o neurocirujanos o neuropediatras, como integrantes de su cuerpo médico.

II - CIHDOTT II: define un establecimiento de salud de referencia para trauma y/o neurología y/o neurocirugía con menos de 1000 defunciones al año o establecimiento de salud no oncológico con 200 a 1000 defunciones al año;

III - CIHDOTT III: define un establecimiento de salud no oncológico con más de 1000 defunciones al año o establecimiento de salud con por lo menos un programa de trasplante de órgano.

En las demás situaciones, la creación de las CIHDOTT será opcional para todos los demás hospitales que no se encuadren en lo descrito anteriormente.

La ley dice que las CIHDOTT se deben constituir dentro de un marco formal de la dirección de cada establecimiento de salud, se deben vincular directamente con la dirección médica de la institución y deben estar compuestas por un mínimo de tres miembros integrantes de su cuerpo funcional, de los cuales uno, médico o enfermero, será el Coordinador Intrahospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante.

La ley dice que la dirección del establecimiento de salud deberá proveer un área física definida y equipos adecuados para gerenciamiento y almacenamiento de información y documentos, intercomunicación entre los distintos participantes del proceso y descanso para profesionales y familiares de los potenciales donantes.

Esto no ocurre en la mayor parte de los establecimientos de salud de Brasil. Existen demasiados factores que dificultan la buena práctica clínica, como la ausencia del cargo de coordinador, la falta de conocimiento del tema, poca capacitación de los profesionales, acumulación de funciones dentro del hospital, falta de remuneración y otros factores que no estimulan esta actividad. Estas circunstancias tienen un impacto directo en el número de donaciones de cada establecimiento de salud y de cada Estado de la Federación Brasileña.

El Ministerio de Salud está estudiando diferentes maneras de solucionar estos factores negativos que tienen un trasfondo político-administrativo. En referencia a la capacitación, el Sistema Nacional de Trasplantes en el año

2011, realizó capacitaciones en más del 70% de los 24 Estados brasileños que poseen servicios de trasplantes.

Brasil ha desarrollado técnicas quirúrgicas para la mayor parte de los trasplantes existentes.

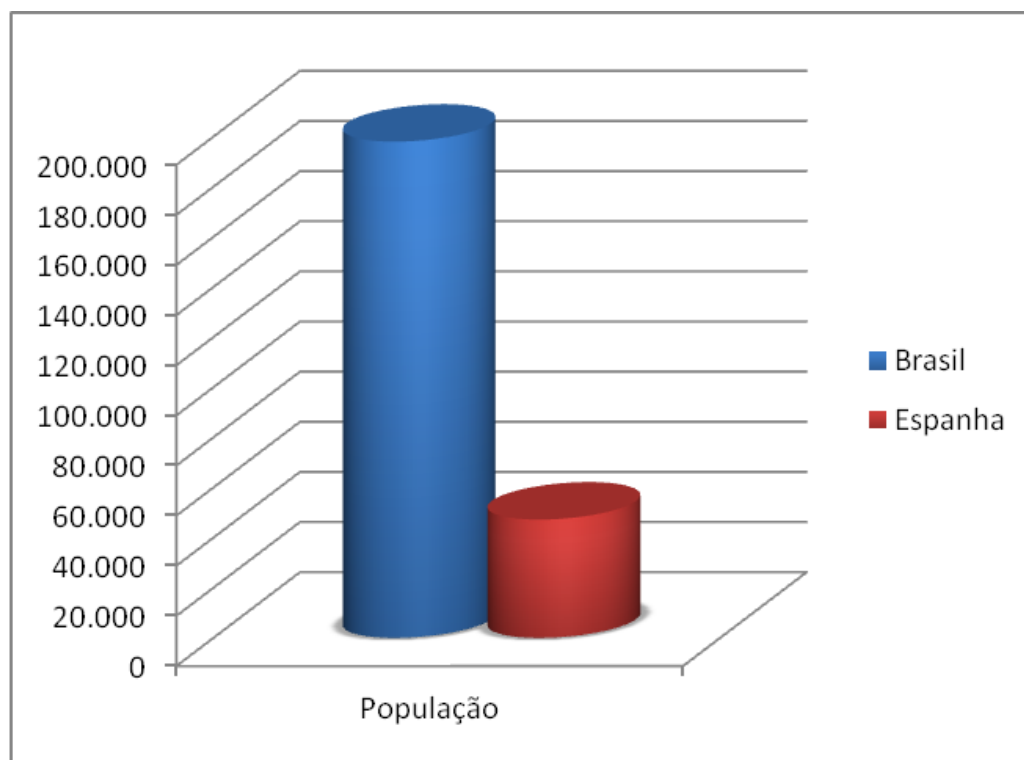
Las negativas familiares para donación de órganos llegan al 54%, según los gráficos. Frente esos números, el Sistema Nacional de Trasplantes deberá trabajar en la capacitación de los profesionales para mejorar los resultados de las entrevistas familiares para donación y promover campañas de información dirigidas a la población, sobre la importancia de la donación y los trasplantes.

Del Sistema Español de Donación y Trasplantes, referencia mundial desde hace más de 40 años, podremos extraer las bases que constituyen el llamado Modelo Español (Spanish Model).

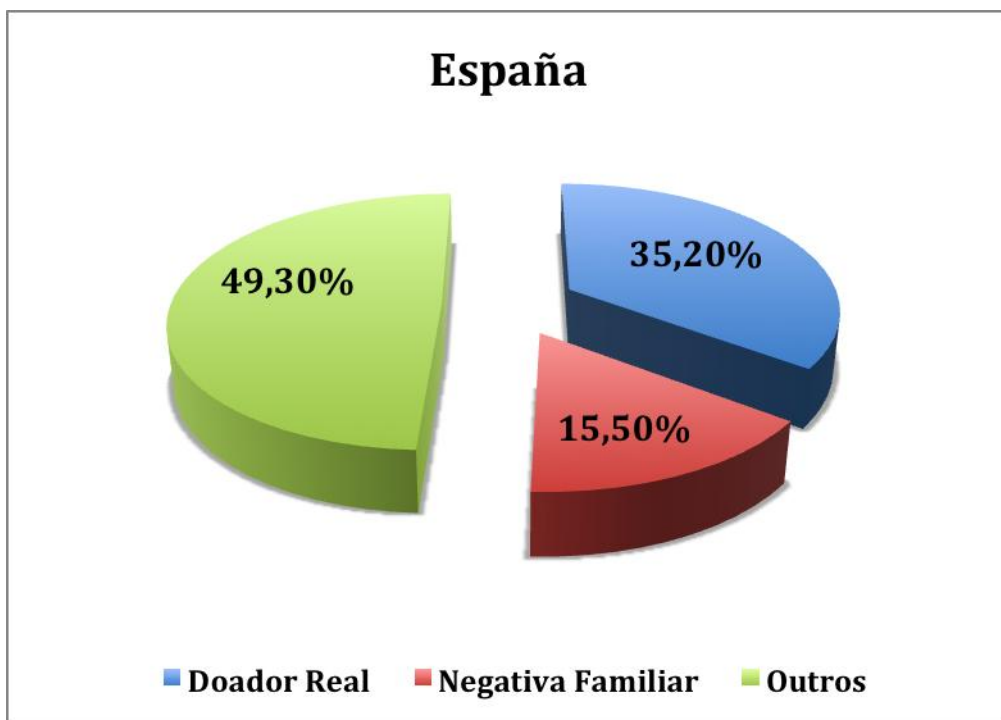
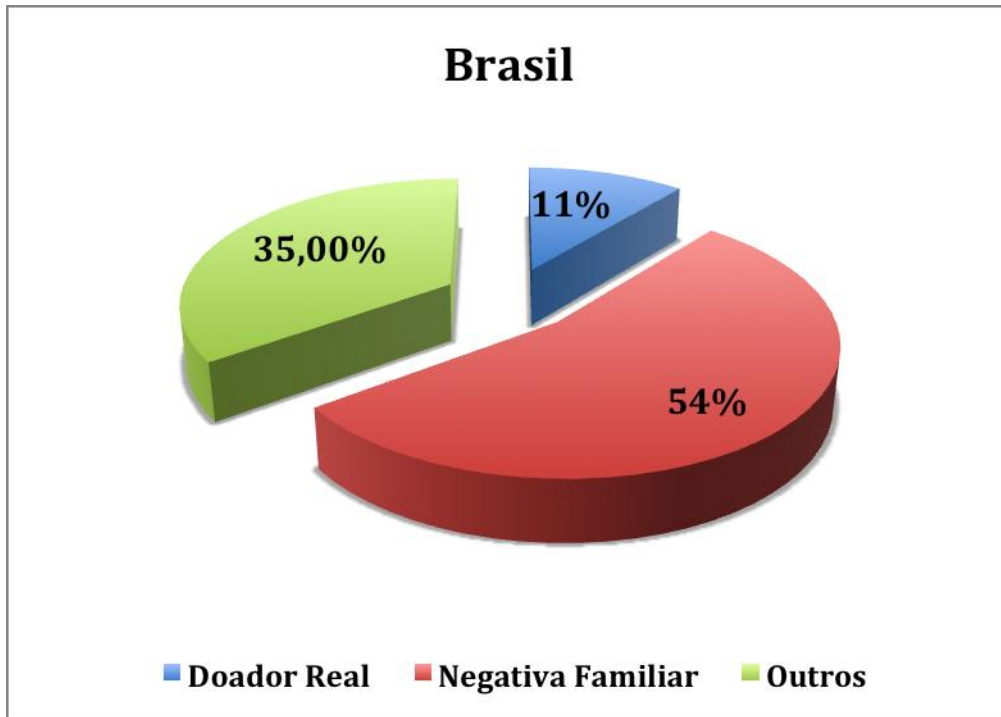
6. RESULTADOS

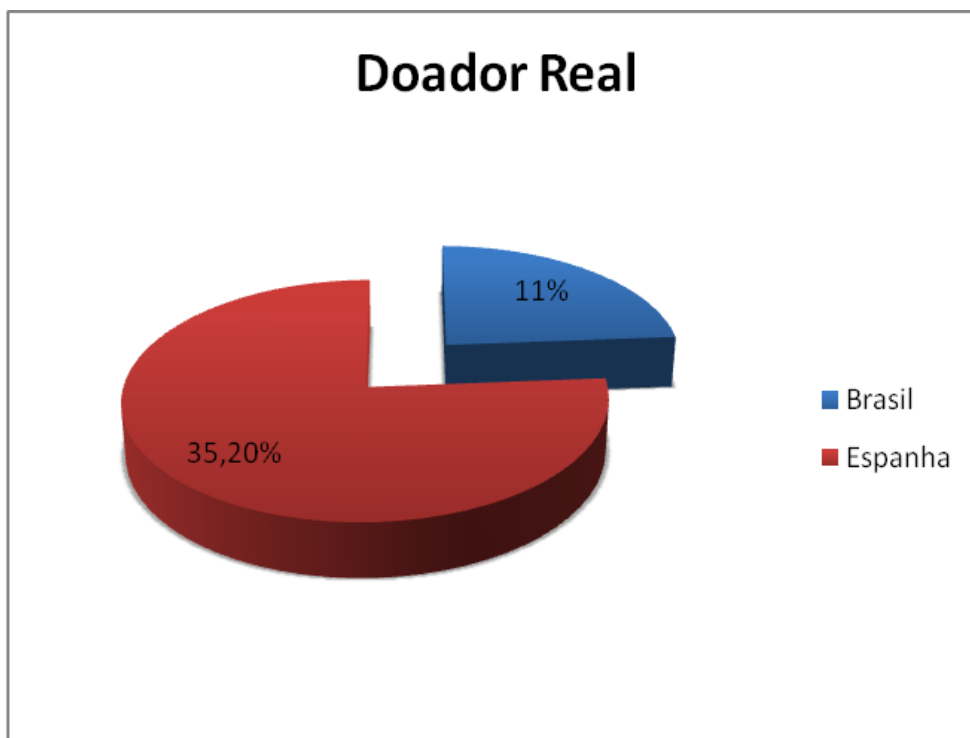
Sólo se disponen datos completos del año 2011.

La “efectividad” de una entrevista familiar se puede evaluar a través del porcentaje de consentimientos a la donación obtenidos del total de donantes aptos para la extracción, pendientes del consentimiento. Los datos necesarios para la construcción del indicador se puede obtener del *Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de la Donación* (<http://www.ont.es/infesp/Paginas/ProgramadeGarantiadeCalidad.aspx>.) Último acceso: Noviembre 2010.

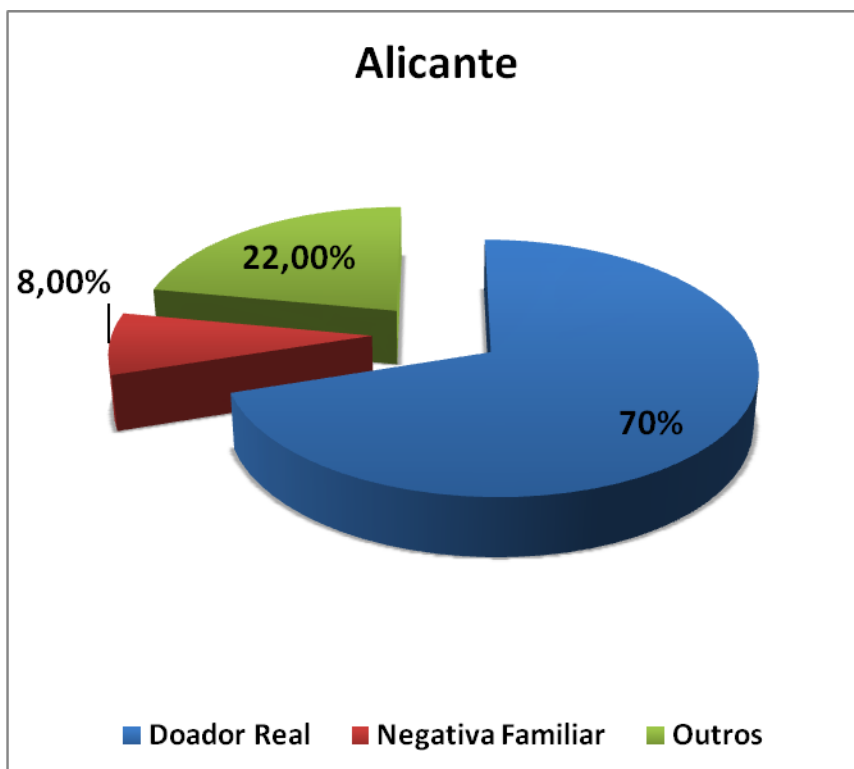


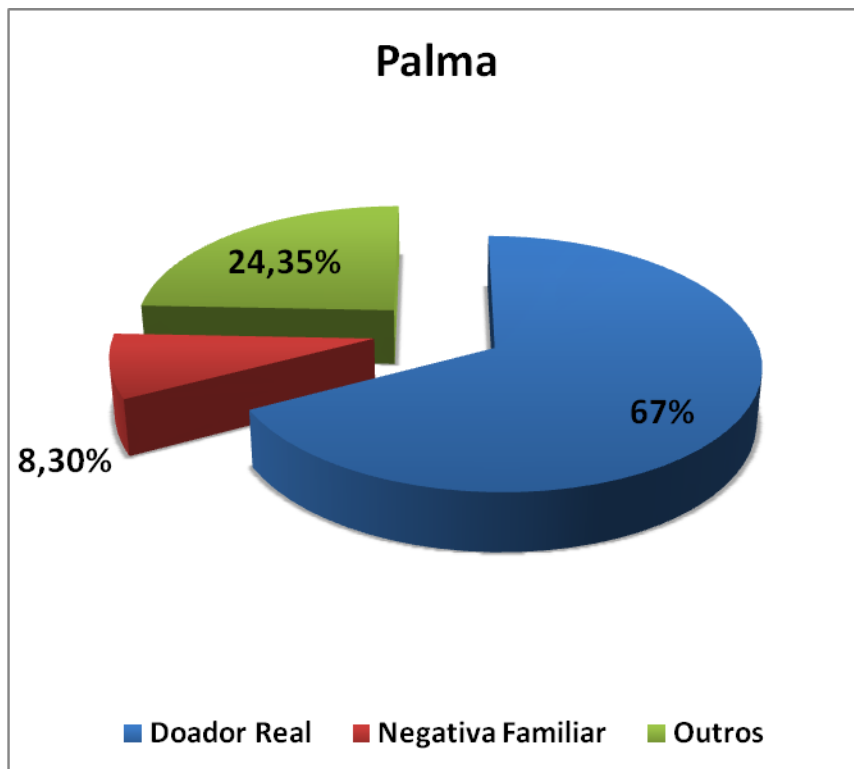
Población: millones habitantes





Las tasa de donación de España triplica la tasa de Brasil





Hospital Universitario Son Espases Datos Calidad -2011

- Muertes Encefálicas (ME) diagnosticadas 49
- ME/Exitus UCI (178) : 27,5%
- ME/Exitus hospital (760) : 6,4%
- Donantes reales de órganos (DR): 33
- Efectividad Global: DR/ME : 67,3% - donantes reales dividido por ME.
- Negativas Familiares en relación a las entrevistas realizadas (36): 3
(8,3%)
- Contraindicaciones Médicas : 11 (22,4% con respecto al total de ME)

Datos de excelencia muy superiores a la media de los hospitales de nuestro nivel

7. CONCLUSIÓN

Según las Guías de Buenas Prácticas de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) los factores que pueden influir en una entrevista familiar son diversos. Entre los principales se hallan las habilidades psicológicas, destrezas y sobre todo la experiencia profesional y la práctica clínica, una relación de confianza, empatía y respeto mutuo. Los familiares tienen que percibir a los profesionales como personas honestas, competentes, creíbles y cercanas. Habilidades en comunicación como el acercamiento, lenguaje verbal (coherente, argumentado y sencillo) y el lenguaje no verbal (respetando silencios, mirada directa, posición de proximidad, escucha activa y facilitar la expresión de los sentimientos)

Este conjunto de estrategias bien utilizadas raramente crea indiferencias y disminuirán el número de negativas familiares, para donación de órganos.

La entrevista en el hospital de Alicante y el Hospital Universitario Son Espases tiene un objetivo común que se basa en una relación de respeto y consideración hacia la familia del paciente. Los familiares tienen que percibir a los entrevistadores como profesionales honestos, competentes, creíbles y cercanos.

La característica más peculiar del Hospital Universitario Son Espases es que se interrelaciona e interactúa la función de intensivista y coordinador de trasplantes. El contacto con la familia se inicia al ingreso del paciente en la UCI, se sigue la evolución diaria del paciente, se informa diaria y gradualmente a la familia y se percibe el entorno familiar directo (observación y actuación ante el paciente). Esta estrategia de actuación define credibilidad, confianza y empatía

por parte de la familia a la hora de comunicar la ME y solicitar la donación de órganos.

En el modelo Alicante se sigue una metodología de actuación más específica con fases secuenciales y claramente diferenciadas, la comunicación de la muerte, la pausa/apoyo y la solicitud de donación. La pausa/apoyo psicológico entre la comunicación de la muerte y la solicitud de donación se hace vital, supone para la familia asimilar la pérdida (duelo) y para el equipo de coordinación aliviar los primeros signos de sufrimiento y facilitar la toma de decisiones de forma rápida.

Son dos formas de actuación, distintas y eficaces. Lo más importante es la implicación, concienciación, compromiso, experiencia y la práctica hospitalaria de ambos equipos de coordinación. Destaca el “factor humano” y el vínculo entre el coordinador y la familia del paciente, en la fase más humana del proceso donde la generosidad y la solidaridad representa el punto final.

En Brasil hemos de profundizar en todas las fases del proceso de donación y trasplante del Modelo Español. Para conseguir una disminución de los índices de negativa familiar hemos de empezar por dos conceptos básicos: la **capacitación y la formación continuada** de todos los profesionales implicados directamente en la donación de órganos y los trasplantes. La información y comunicación ha de ser clara, objetiva y humana. Hemos de fomentar “la cultura” de la importancia de la donación y el trasplante, tanto a los profesionales sanitarios como a la población brasileña. Un donante puede prolongar en años de vida (55 – 60 año) a muchos pacientes. No hay

ninguna otra actividad médica ni quirúrgica que tenga estos índices de supervivencia ni que pueda beneficiar a tantos pacientes a la vez.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Guía de Buenas Prácticas en el Proceso de Donación de Órganos –
ONT.
2. RT 2.600. 2009 - Ley de Trasplante de órganos y Tejidos - Brasil
3. El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes – Editor Rafael
Matesanz – 2 edición - Ed. Aula Médica Ediciones. España
4. Por uma Política de Transplantes – Valter Duro Garcia.