

TESINA

**“EL ENTENDIMIENTO DE LA MUERTE ENCEFÁLICA EN RELACIÓN AL
CONSENTIMIENTO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS”**

**MASTER INTERNACIONAL ALIANZA 2016 EN DONACIÓN Y TRASPLANTE
DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS.
ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES.**

Lic. LADY DECIDET MUÑOZ TORRES

TUTOR:

Dr. Carlos Santiago Guervòs.

COORDINACION DE TRAPLANTE

Alicante, 18 de marzo de 2016

A mi hija Emily, que desde que llegó a mi vida me hizo sentir que todo es posible, llena mis días de alegrías y aventuras.

A mi esposo Pedro que me brinda mucho amor y que con empeño y dedicación busca hacernos sentir muy felices.

A mi madre Asunty que dejó de ser abuela y hoy es también la mamá de Emily.

Los amo y los extraño.

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.....	5
2. Objetivo General:.....	11
2.1. Objetivos específicos:.....	11
3. MATERIAL Y MÉTODO.....	11
3.1. Limitaciones de estudio.....	14
3.2. Consideraciones éticas.....	14
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	16
4.1. Resultados sociodemográficos.....	16
4.2. Resultados acerca del entendimiento de la muerte encefálica.....	19
4.3. Resultados acerca del consentimiento de la donación de órganos y tejidos.....	22
5. CONCLUSIONES y PROSPECTIVA:.....	25
5.1. Conclusiones.....	25
5.2. Prospectiva.....	25
6. Referencias bibliográficas:.....	26

Tabla de figuras

Figura1	16
Figura 2	17
Figura 3	17
Figura 4	18
Figura 5	19
Figura 6	20
Figura 7	21
Figura 8	22
Figura 9	23
Figura 10	23
Figura 11	24

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El término entender viene definido por la Real Academia Española, como tener la idea clara de las cosas, pero esto resulta muy difícil cuando está viviendo un duelo. Desde inicios de la humanidad se trató de conceptualizar la muerte, es así que para los *griegos* la muerte era la pérdida del espíritu radicado en el corazón y para el *Tahuantinsuyo* el vocablo «*camaquen*» definía a la fuerza vital que animaba todo cuanto existía en la tierra, los seres vivos y muertos tenían «*camaquen*»; en realidad, morir, para los pobladores del Tahuantinsuyo, representaba un viaje de una vida a otra vida. Se tenía la creencia de que en el otro mundo los seres humanos continuaban agrupándose en ayllus, por esa razón enviaban al difunto con objetos que pudieran satisfacer sus necesidades. Por otra parte, el rito de **pichcada** (pichqay o pitsqay) se sigue practicando en el mundo andino, consiste en velar las ropas del difunto, al quinto día de muerto, es la despedida final, pues ha de retirarse el ánima de su última morada¹⁻³.

No obstante, el concepto de muerte ha ido cambiando según los avances científicos, culturales y a su vez tratando de estar legalmente aprobados.

Así encontramos que durante el siglo XVIII, se comienza a difundir la idea de que ningún signo, ni siquiera el cese de la respiración y del pulso cardíaco, podía aclarar el diagnóstico de muerte excepto la aparición de los fenómenos de putrefacción⁴.

Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XX, la introducción de los ventiladores mecánicos permitió mantener las funciones vitales en pacientes que habían sufrido la pérdida de la función cerebral. Ya en 1959, Wertheimer, Jouvet y Descotes describen pacientes en coma y paro respiratorio tratados con ventilación

artificial; denominan a estos cuadros «muerte del sistema nervioso» y discuten la justificación de desconectar a estos pacientes del respirador. En ese mismo año, Mollaret y Goulon introducen el término coma sobrepasado (*coma dépassé*) o irreversible, describiendo 23 pacientes comatosos sin reflejos de tronco cerebral, en apnea y con electroencefalograma plano. Había nacido el concepto de **muerte cerebral**⁴.

En 1968, un comité *ad hoc* de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard reexaminó la definición de muerte basada en un criterio neurológico⁴.

En 1971, Mohandas y Chou describen el daño del tronco cerebral como el componente crítico y fundamental del daño cerebral severo. Siguiendo este criterio, en 1976 la Conferencia de Colegios Médicos y sus Facultades del Reino Unido estableció, que **la muerte cerebral se define como la pérdida total e irreversible de la función del tronco encefálico**⁴.

El siguiente hito en la historia del concepto de muerte cerebral lo estableció la Comisión del Presidente de Estados Unidos para el estudio de problemas éticos en medicina e investigación biomédica, en 1981, acordó que un individuo **puede ser declarado muerto** sobre las bases de «la cesación irreversible de las funciones respiratoria y circulatoria o la cesación irreversible de todas las funciones cerebrales incluyendo el tronco»⁴.

En la década de los 80, se realiza el Acta Uniforme para la Declaración de Muerte (UDDA), los 50 Estados de Estados Unidos iniciaron el reemplazo de la definición cardiopulmonar de muerte por una que también incluía la cesación total e irreversible de la función cerebral. Desde entonces se ha ido produciendo un consenso gradual en la mayoría de los países⁴.

En España, la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos establecía los requisitos para la cesión, extracción, conservación, intercambio y trasplante de órganos humanos con fines terapéuticos, la misma que fue desarrollada por el Real Decreto 426/1980, de 22 de febrero, que regulaba las condiciones y los principios éticos que debían seguirse en la donación en muerte encefálica y el trasplante de órganos. Los avances científicos llevaron a su derogación a través del Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial de la ONT, el cual incorporaba la donación tras la muerte por parada cardiorrespiratoria, con implicaciones en la preservación de órganos y los avances tecnológicos en la *optimización del diagnóstico de la muerte encefálica*. El Documento de consenso español sobre donación en asistolia de 2012 sustenta las actualizaciones que se incluyen en el referido real decreto^{5,6}.

La ONT se crea en 1989, en la actualidad es dirigido por el líder Rafael Matesanz, quien crea el Modelo Español de Coordinación y Trasplante, del cual muchos países como el Perú somos seguidores por sus excelentes resultados⁶.

Cabe resaltar que mediante la citada normativa se establece el consentimiento presunto pero siempre se realiza la entrevista a la familia⁶.

En el Perú, en junio de 1982, se promulgó la Ley 23415 sobre los «[...] *transplantes de órganos y tejidos de cadáveres así como los transplantes de órganos y tejidos de personas vivas*»⁷.

El artículo 5 de la mencionada Ley calificó como muerte «[...] *para los fines de la presente Ley , el cese definitivo e irreversible de la actividad cerebral*». No se utilizó la entonces común denominación de muerte cerebral. Por tal motivo, en 1985, médicos neurólogos peruanos publicaron un extenso artículo que abarcó diversos

aspectos médicos y legales de la muerte cerebral en el Perú mediante el valioso apoyo de la biblioteca de la Universidad de Texas. Su idea central fue la de reclamar **la necesidad de incorporar en la legislación peruana las normas que fijan claramente la identificación de la muerte cerebral con la muerte de la persona**⁷.

Años más tarde, se promulgó la Ley 24703, de junio de 1987, que modifica en algunos extremos la Ley 23415. Dichas normas fueron complementadas en mayo de 1988 al publicarse el Reglamento de la Ley de Transplantes 23415 y su modificatoria Ley 24703⁷.

El Capítulo III del citado cuerpo normativo contiene, en detalle, el protocolo exigido para validar el diagnóstico de muerte cerebral⁷.

En julio de 1997 se promulgó la Ley 26842 - Ley General de Salud. Este importante documento derogó varias disposiciones anteriores sobre la salud en el Perú, entre ellas el antiguo Código Sanitario, El Título Tercero **«Del fin de la vida»**, en su artículo 108 estipula lo siguiente:

La muerte pone fin a la persona. Se considera ausencia de vida al cese definitivo de la actividad cerebral, independientemente de que algunos de sus órganos o tejidos mantengan actividad biológica y puedan ser usados con fines de trasplante, injerto o cultivo. El diagnóstico fundado de cese definitivo de la actividad cerebral verifica la muerte. Cuando no es posible establecer tal diagnóstico, la constatación de paro cardiorrespiratorio irreversible confirma la muerte. **A partir de este conciso precepto, la muerte cerebral fue por fin admitida en el Perú como muerte legal de la persona**⁷.

En la actualidad se encuentra vigente la Ley 28189, denominada Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos, expedida en marzo de

2004, y su Reglamento, aprobado mediante⁹ Decreto Supremo 014-2005-SA, publicado en mayo de 2005^{7,8}.

El Título II de dicho Reglamento, denominado el «Diagnóstico de muerte» regula lo siguiente:

Artículo 3°.- Diagnóstico de muerte. El diagnóstico y certificación de la muerte de una persona se basa en el cese definitivo e irreversible de las funciones encefálicas de acuerdo a los protocolos que establezca el reglamento y bajo responsabilidad del médico que lo certifica.

Artículo 4°. Muerte encefálica. Se considera muerte encefálica al cese irreversible de las funciones del tronco encefálico cuyo protocolo de diagnóstico se establece en los artículos 7° y 8° del presente Reglamento. El acta de comprobación de muerte encefálica es responsabilidad del Director del Establecimiento o su representante, el Neurólogo o Neurocirujano y el Médico tratante^{7,8}.

A diferencia de muchos países en nuestra Ley no se establece el consentimiento presunto^{7,8}.

Después de algunos años de experiencia, me atrevo a dividir el entendimiento de la muerte cerebral con relación a la donación de órganos y tejidos en tres niveles:

Primer nivel, aquella persona que no concibe la idea de que su familiar pueda estar muerto y a su vez tener pulso, por lo que manifestará una negativa rotunda a la donación, pues cree que donar significaría quitarle la vida a su familiar.

Segundo nivel, aquellos que entienden que su familiar ya murió, viven su duelo, pero prima sus creencias y costumbres en relación a la integridad física del difunto, puede aceptar la donación si no ve afectado sus creencias (el de velar a su

difunto), pero si su creencia va que en relación a lo espiritual (su alma también se dividirá en cada parte que deje) en este caso se negará a donar.

Tercer nivel, entienden el concepto de muerte encefálica, viven su duelo, respetan la voluntad del difunto, y si éste no lo expresó piensan en lo que hubiese deseado. En algunas ocasiones pueden no donar, porque su familiar así lo quiso en vida, pero el hecho de haber donado muchas veces será un apoyo emocional para ellos.

Ahora bien, la idea de realizar esta tesina surge de un interés particular en el tema de cómo entendemos los peruanos la muerte encefálica, las dudas y controversias que surgen a partir de este diagnóstico, con el pasar del tiempo, España líder en donación de órganos y tejidos ha logrado que la población entienda este diagnóstico como lo que es, la muerte y no más, pues resulta tan fundamental entender que ya murió, para que a partir de ese momento nos planteemos la idea de donar para dar vida.

El tema viene acompañado por el convencimiento de que el entendimiento de la muerte encefálica tiene un rol clave en el éxito o fracaso del proceso de la donación y trasplante de órganos y tejidos.

La comunicación del diagnóstico de muerte encefálica y la aceptación que tiene la familia resulta de mucha importancia en nuestra sociedad y en el futuro de las próximas generaciones que desarrollen un programa de donación y trasplante, esto me lo hace notar la coordinación de trasplante de Alicante, quienes llevan muchos años especializándose y capacitando en la comunicación de la muerte encefálica y en la optimización de la entrevista familiar a todo el personal de UCI, médicos y enfermeros asisten a los cursos internacionales de comunicación de malas

noticias, curso de familia y donación de órganos, curso avanzado de proceso de donación órganos y tejidos.

El entendimiento del concepto sobre la muerte encefálica puede generar la construcción de compromisos para la acción de dar, y resultará muy importante al momento de dar un significado a la muerte de ese ser querido.

2. Objetivo General:

Aumentar la donación de órganos y tejidos de pacientes en muerte encefálica en la población asignada a la coordinación de donación y trasplante del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, utilizando el modelo del Hospital General Universitario de Alicante.

2.1. Objetivos específicos:

Analizar el entendimiento de la muerte encefálica en relación a la donación de órganos y tejidos.

Elaborar intervenciones educativas que ayuden a disminuir la negativa a la donación de órganos y tejidos.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal realizado entre los meses de enero a diciembre de 2015.

Comenzamos con una búsqueda bibliográfica en bases de datos utilizando buscadores de lengua castellana como son: CUIDATGE, CUIDEN, EXCELENCIACLINICA, PsycINFO y TESEO y de lengua inglesa como MEDLINE, a través de PubMed, con las siguientes palabras clave: muerte encefálica, donante, diagnóstico y accidente cerebro vascular, Para acotar los resultados de nuestra

búsqueda ponemos límites temporales de inclusión, utilizando artículos con una antigüedad máxima de 10 años. Es decir, publicados entre 2005 y 2015, aun cuando hemos utilizado artículos más antiguos debido a la importancia para nuestro tema. Respecto al idioma se ha reducido al Español o Inglés. De todos los artículos consultados, hicimos un rastreo de sus referencias bibliográficas para rescatar las que fueran de interés para el tema.

La población a estudio son todas las familias de fallecidos, con criterio de posibilidad de donación de órganos o tejidos, ocurridas durante el año 2015 tanto en el Hospital General Universitario de Alicante como los del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Perú, pero no podemos acceder a estos datos por no conseguir los permisos a dichos datos en un caso y por falta de registros en el otro, por lo que utilizamos una muestra censal de las familias entrevistadas por la coordinación de trasplantes del Hospital General de Alicante, utilizando los siguientes *Criterios de inclusión*: que los pacientes tengan diagnóstico de muerte encefálica, y que se le haya realizado entrevista familiar para donación de órganos y tejidos, utilizamos como *Criterios de exclusión* todos los pacientes con diagnóstico de muerte encefálica con contraindicación absoluta para la donación de órganos y tejidos.

Tras aplicar todos los criterios anteriores, nos queda una muestra en el HGU de Alicante - España: **27 personas** y del Hosp. Almenara – Lima: **64 personas**.

Para la presente tesina se revisó todos los formularios de entrevista de donación de los pacientes en muerte encefálica así como los informes de donantes del año 2015 del Hospital General Universitario de Alicante y todos los informes y las hojas de recogida de datos del potencial donante de la coordinación de trasplante del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Variables a estudio son:

1. Variables sociodemográficas, entre las que tenemos:
 - Edad, en rangos desde 0 hasta los 18 años, de 18 años a 49 años, de 50 años a más.
 - Sexo: masculino (M) y femenino (F)
 - Condición socio cultural, lo dividimos en cuatro niveles, muy bajo, bajo, medio y alto.
 - Religión nombramos la religión Católica, evangelista, adventista y los que no manifiestan religión.
2. Entendimiento de la muerte encefálica, los ítems abordados son:
 - Numero de abordajes, referida al número de veces que se entrevista a la familia, se registra de manera numérica, uno, dos, tres.
 - Causa de muerte: Accidente cerebro vascular (ACV), traumatismo encéfalo craneal (TEC), encefalopatía hipoxico isquemica (EHI), tumor cerebral.
 - Utilización de pruebas instrumentadas para diagnosticar la M.E., este ítem tiene una respuesta dicotómica Si o No.
3. Consentimiento de la donación de órganos y tejidos
 - Parentesco con el paciente en M.E. son las personas que van a tener la potestad de decidir, y nombramos a Padre, hijos, pareja, hermanos y amigos.
 - Aceptación de la donación, se mide en entrevistas positivas y negativas.
 - Donaciones espontáneas, número de personas que no fue necesario realizar entrevistas.
 - Causa de negativa del HNGAI se registra el no entendimiento a la M.E., desacuerdo familiar, por conservar la imagen corporal, negativa en vida, percepción de maltrato del personal del hospital.

3.1. Limitaciones de estudio

La principal limitación encontrada es el no conseguir el número total de fallecidos con el diagnóstico de muerte encefálica del año 2015 de la población de coordinación de donación y trasplante del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, ya que no existe tal registro, así como la imposibilidad de permisos para obtener el número de fallecidos en el HGU Alicante.

Otra limitación a nuestro estudio es el no encontrar artículos con los que pudiéramos realizar una correcta discusión de nuestros resultados, por lo que en esta tesina solo aparecen los resultados obtenidos pero no hay discusión de los mismos.

3.2. Consideraciones éticas

La investigación con seres humanos requiere de un cuidadoso análisis de los procedimientos que se van a utilizar, a fin de garantizar la protección de los derechos de los participantes en esos estudios¹¹.

La mayor parte de las disciplinas han establecido sus propios códigos éticos. Así, por ejemplo, la American Nurses` Association (ANA) en 1975 presentó un documento titulado *"Human Rights Guidelines for Nurses in Clinical and Other Research"* en el cual aparecen los principios básicos postulados en el Informe Belmont, sobre los que se basan las normas de conducta ética de los profesionales de enfermería en la investigación, que son: Beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia. Posteriormente, en 1979, a través de la obra *Principles of Biomedical Ethics*, Tom L. Beauchamp y James F. Childress incluyeron de forma igualmente explícita, el principio hipocrático de no maleficencia, que en el informe Belmont estaba incluido implícitamente en el principio de beneficencia, Estos cuatro principios fueron considerados *"prima facie"*, término acuñado por algunos filósofos

de principios del S. XX, para hacer referencia a los deberes morales de primer orden ^{11,12}.

Desde el punto de vista legal se trata de un estudio de no intervención y no uso de medicamentos, que cumple los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, en la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y la Ley de 1/2003 de derechos e información de la comunidad valenciana ¹³.

El estudio cumple los requisitos establecidos en el convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo 1997) y los Principios éticos para las Investigaciones éticas en seres humanos (Declaración de Helsinki, Seúl, 1964) ¹⁴.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestro estudio los presentamos según los bloques de variables estudiadas.

4.1. Resultados sociodemográficos

Figura 1. Edad de pacientes en muerte encefálica.

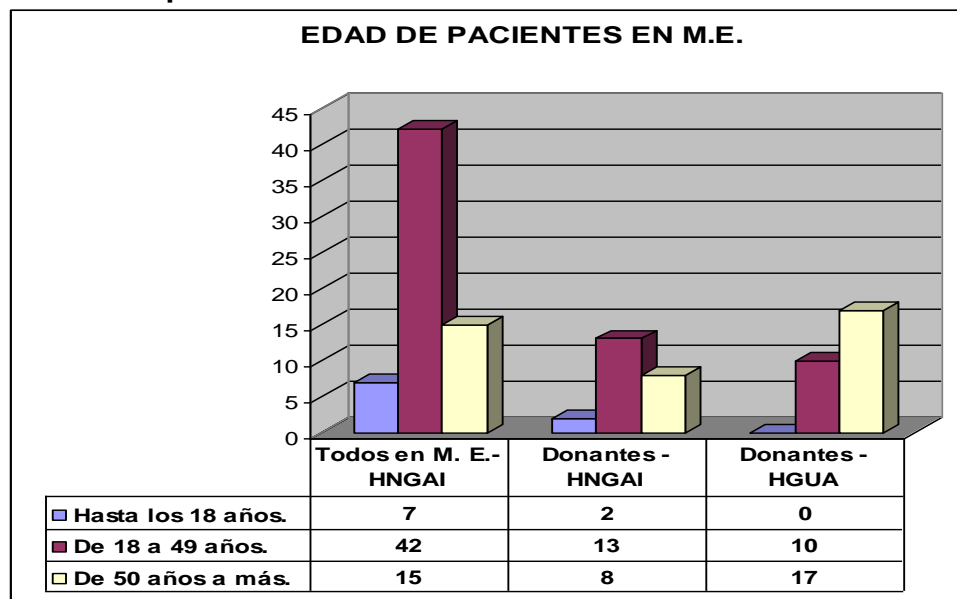


Figura 1. Edad de los pacientes en M.E. todos los pacientes detectados en el HGUA fueron donantes, en el caso del HNGAI se realiza dos cuadros, uno que incluye a todos los pacientes en M.E y otro los que fueron donantes.

Fuente: elaboración propia.

Si observamos los datos aportados por la figura 1 encontramos que en el HNGAI la mayoría de pacientes en M.E. están entre las edades de 18 a 49 años, pero solo la tercera parte de este grupo etario dona al igual que en el rango de menores de 18 años, los porcentajes obtenidos para cada rango etario son los siguientes: ≥ 18 años reporta el 28, 57%, en el grupo de 18 a 49 años donan el 54,6% pero en el de 50 años o más baja al 53, 33%, llama la atención la escasa donación en familias con fallecidos jóvenes o infantiles.

Por su parte los datos obtenidos del HGUA es que se produce una donación completa, es decir, el 100% de las familias en los diferentes rangos de edad, donan

órganos o tejidos, pero es muy notorio que no se registra pacientes en M.E. menores de 18 años.

Figura 2. Sexo de pacientes en muerte encefálica.

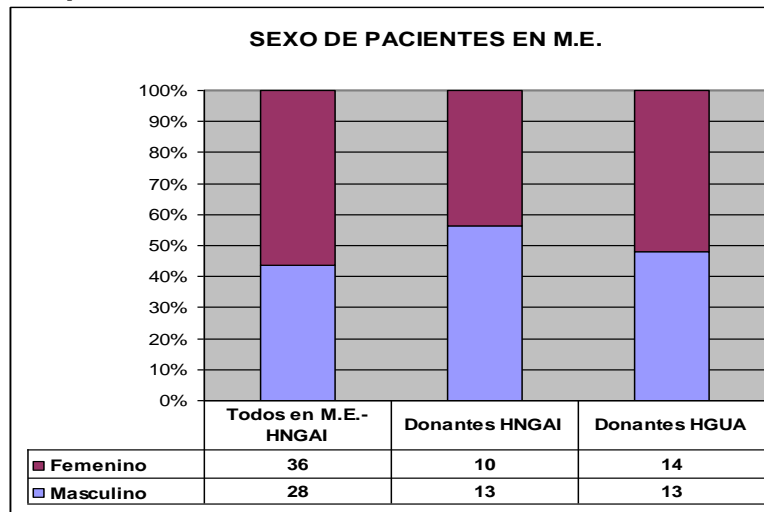


Figura 2. Sexo de los pacientes en M.E. la muestra del HGAI se encuentra dividida porque no todos los paciente con M.E. llegaron a se donantes.

Fuente: elaboración propia.

No representa un dato relevante para nuestro estudio.

Figura 3. Condición socio cultural del paciente en Muerte Encefálica.

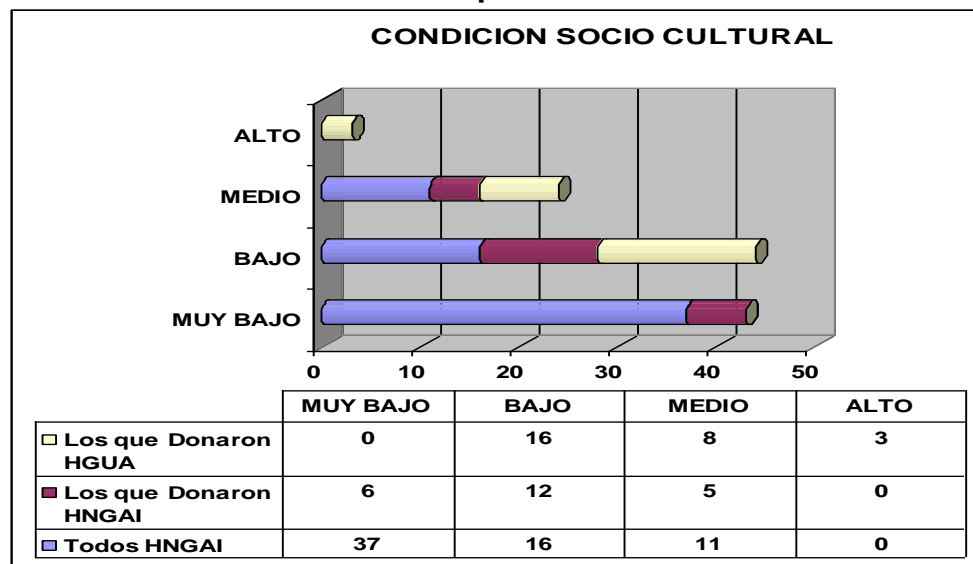


Figura 3. Se analizan la condición socio cultural de las dos muestras, pero la muestra del HGAI se encuentra dividida porque no todos los paciente con M.E. llegaron a se donantes.

Fuente: elaboración propia.

Se puede observar que los pacientes en M.E. detectados en la coordinación del HNGAI son de condición socio cultural muy baja y no se registran de condición

socio cultural alta, por lo contrario en el HGUA no se registras condiciones socio culturales muy bajas y solo se registran 3 familias de nivel alto. En nuestra opinión el nivel socio cultural bajo hace que las personas se sientan excluido de la sociedad, pues una forma de integrarlos es prestando servicios de salud igualitarios, lo cual en el Perú no se da ¹⁰.

Figura 4. Religión del paciente en Muerte Encefálica.

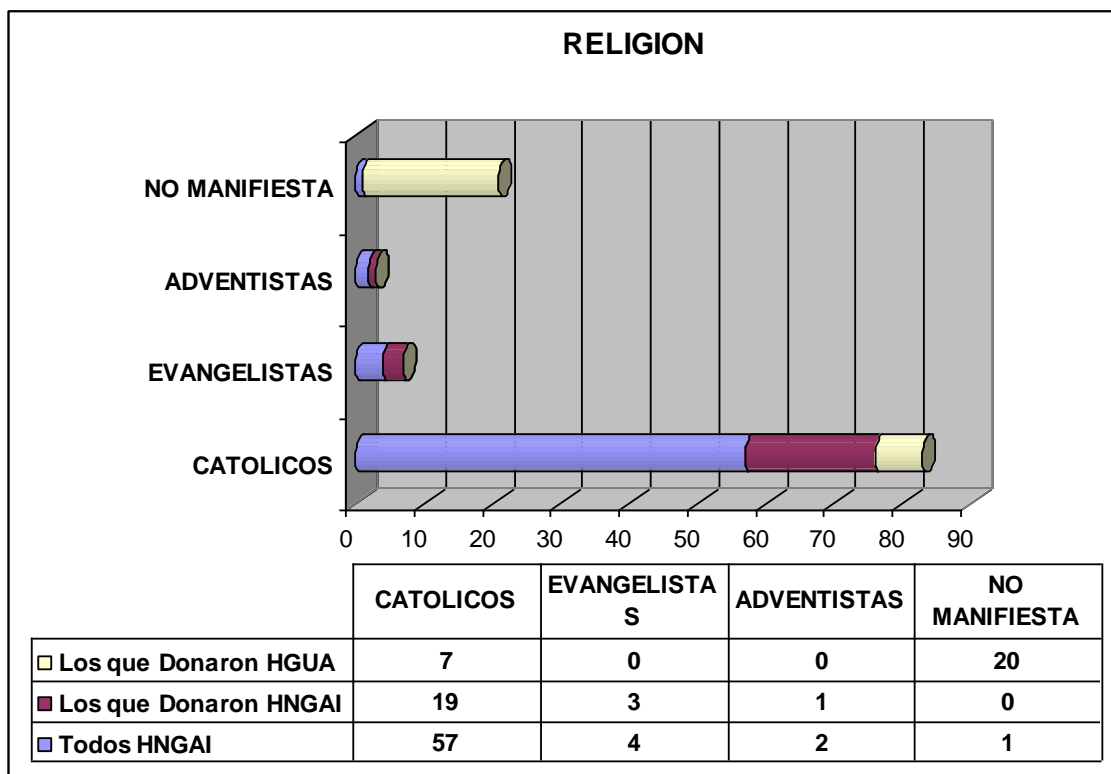


Figura 4. Religión del paciente en M.E., la muestra del HGAI se encuentra dividida porque no todos los paciente con M.E. llegaron a se donantes. Se toma en cuenta las religiones que se manifiesta en el HNGAI.

Fuente: elaboración propia.

Se observa que para las familias entrevistadas en el HGUA no es relevante la religión, ya que la mayoría de las familias entrevistadas no manifiestan si profesan o no alguna religión, mientras que las familias pertenecientes al HNGAI se identifican como católicos, de ellos el 33,3% son donantes, el 75% de las familias que se definen como evangelistas aceptan ser donantes, y el 50% de las familias

adventistas, en definitiva y por porcentajes son las familias evangelistas las más favorecedoras de la donación.

4.2. Resultados acerca del entendimiento de la muerte encefálica

A continuación presentamos todos los resultados obtenidos respecto de cómo influye el entender la muerte encefálica del paciente para la donación de órganos y tejidos.

Figura 5. *Numero de abordajes.*

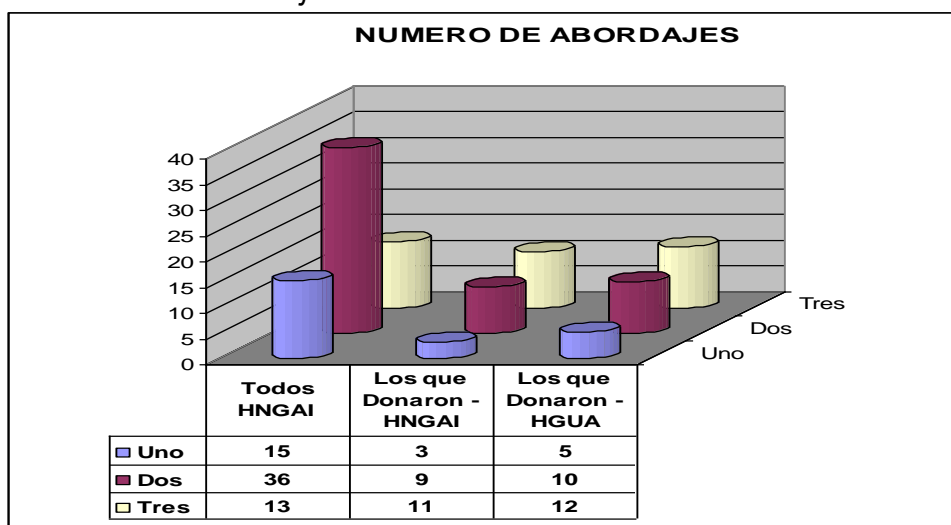


Figura 5. Número de abordajes se entiende al número de veces que la familia fue entrevistada, también se divide en tres cuadros porque no todos los entrevistados del HNGAI aceptaron la donación.

Fuente: elaboración propia.

Se observa que la mayoría de las entrevistas del HNGAI tubo dos abordajes y en de los donantes del HNGAI tubo tres abordajes, lo cual también se ve reflejado en el HGUA donde la mayoría de donantes tubo tres abordajes, el coordinador tiene que estar siempre dispuesto a ayudar a la familia, debiendo estar preparado previamente para de la entrevista a la familia, encontrando el momento propicio para la solicitud de la donación.

Figura 6. Causa de muerte.

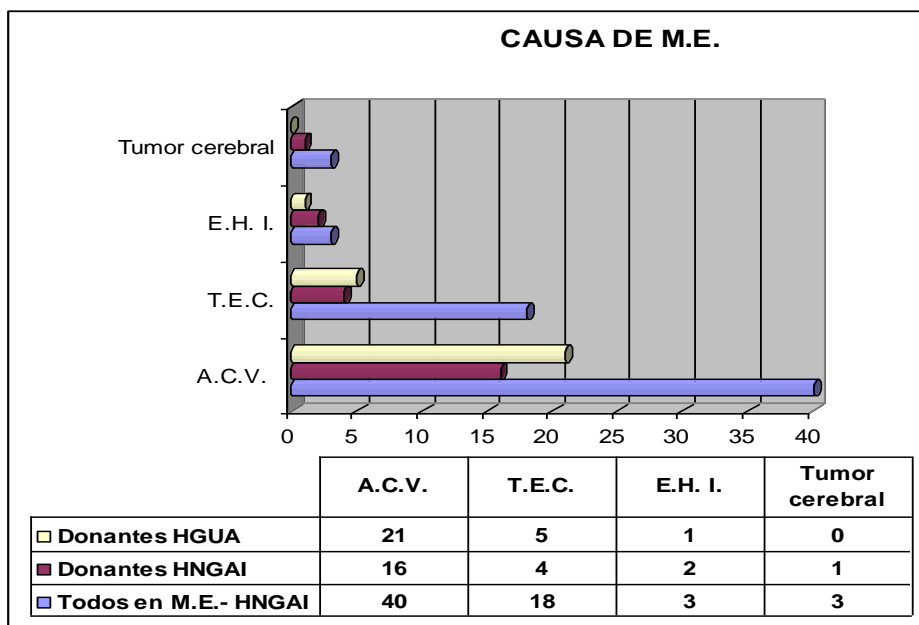


Figura 6. Causa en M.E., se dividió en cuatro causas principales que puede ocasionar la M.E. del mismo modo la muestra del HGAI se encuentra dividida porque no todos los paciente con M.E. llegaron a ser donantes.

Fuente: elaboración propia.

La causa de M.E. mas frecuente es el A.C.V. seguida por el TEC en ambas realidades. Pero en el HNGAI se hace notar que la proporción de pacientes con TEC que llegan a donar es menor que la de ACV.

Es necesario reconocer que al momento de ingresar a un paciente en una unidad crítica, éste puede morir. El individuo no fallece como consecuencia de la retirada de la reanimación, sino justamente a la inversa: se interrumpe la asistencia reanimadora porque el individuo está muerto. Esto es importante hacer notar a la familia que la causa de muerte no es el diagnóstico de muerte encefálica.

Figura 7. Utilización de pruebas instrumentadas

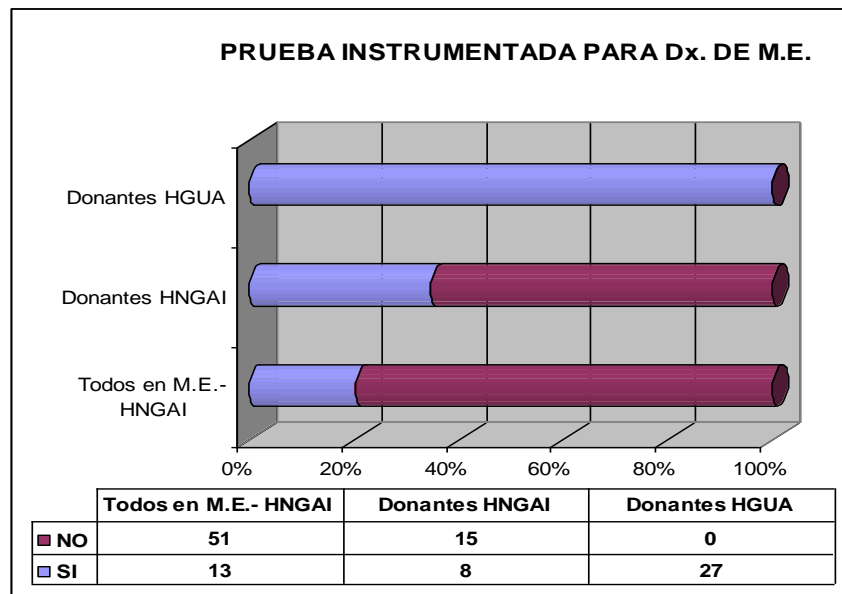


Figura 7. Pruebas instrumentadas para el diagnóstico de M.E. del mismo modo la muestra del HNGAI se encuentra dividida porque no todos los pacientes con M.E. llegaron a ser donantes. Fuente: elaboración propia.

Al 100% de los pacientes en M.E. del HGUA se le realiza pruebas instrumentada para el diagnóstico de M.E. y del HNGAI se pueden observar que de todos los pacientes que se hizo la prueba instrumentada el 61% fueron donantes. Cuando no se realiza una prueba instrumentada puede generar que el personal de la UCI no tenga un sustentado a su diagnóstico y no proceda a desconectar al paciente en M.E. si este no dona, pues se genera la controversia que si dona sí lo desconecto y si no dona no se lo desconecto del ventilador automático. Mantener la ventilación mecánica y un mínimo soporte cardiocirculatorio supone una mala práctica clínica y una inexcusable contradicción con el diagnóstico científico y legal establecido.

4.3. Resultados acerca del consentimiento de la donación de órganos y tejidos.

Figura 8. Parentesco con el paciente en M.E

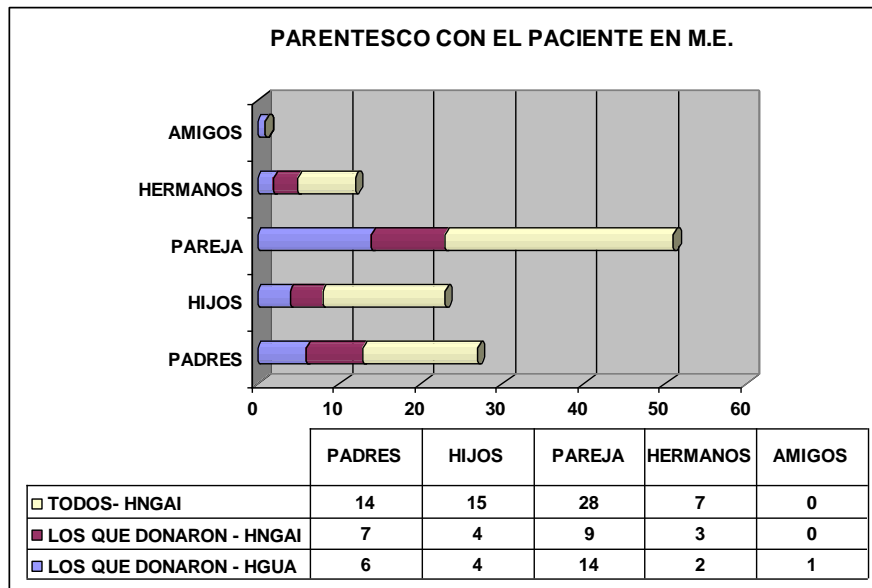


Figura 8. Parentesco con el paciente en M.E. del mismo modo la muestra del HGAI se encuentra dividida porque no todos los pacientes con M.E. llegaron a ser donantes.

Fuente: elaboración propia.

Como podemos observar el mayor porcentaje de personas entrevistadas para la donación de órganos fueron las parejas, seguida por los padre, hijos, hermanos y amigos, en el HNGAI se observa que en el momento de tomar la decisión de donar son las parejas las que menos donan.

Figura 9. Aceptación de la donación

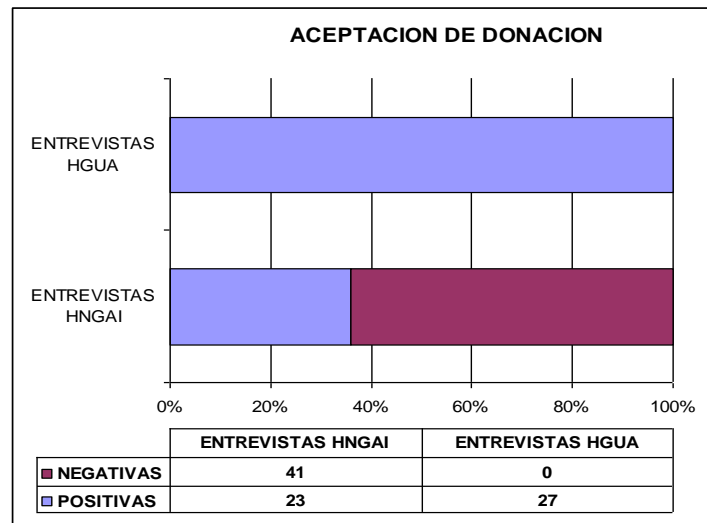


Figura 9.aceptación de la donación, se compara ambos hospitales y se dividirá en entrevistas positivas y negativas hacia la donación.
Fuente: elaboración propia.

Se puede observa una clara diferencia entre ambas realidades al momento de tomar la decisión de donar, esto tiene relación con la baja tasa de donación en Latinoamérica.

Figura 10. Donaciones espontáneas

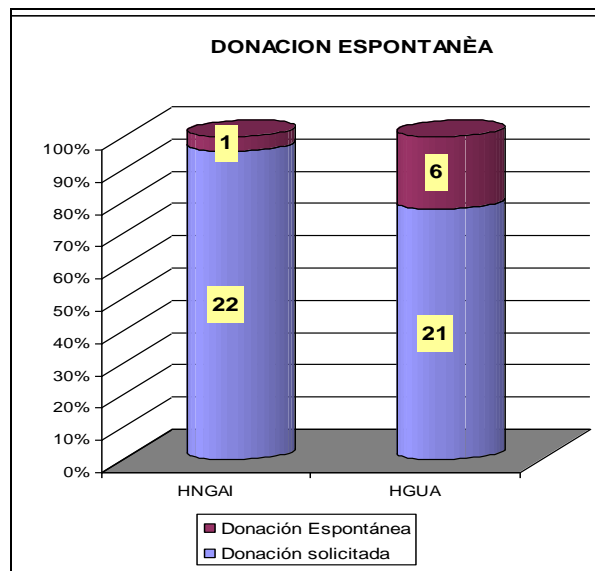
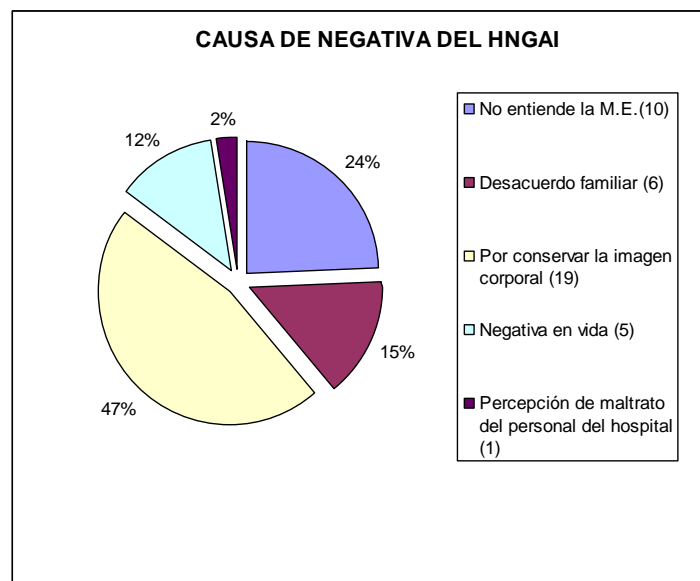


Figura 10. .donación espontánea, se compara ambos hospitales en le numero de donaciones espontáneas.
Fuente: elaboración propia.

Se puede observar que en relación a las donaciones espontáneas entre el HNGAI y el HGUA están en una relación de 1 a 6 donaciones espontáneas, esto se ve reflejado en el trabajo que realiza la coordinación de trasplante del HGUA ya que capacita constantemente al personal y a la población en general asistiendo a eventos públicos y dando información oportuna a la prensa ¹⁹.

Figura 11. Causa de negativa del HNGAI



*Figura 11 causa de negativa en HGAI, se divide en las 5 causas de negativas registradas
Fuente: elaboración propia.*

De la **fig.11** la mayor negativa al donación es por conservar la imagen corporal y viene seguida de un 24% por no entender la M.E., como manifiesta la Dr. Dolores Escudero: el que no sabe es como el que no ve¹⁸.

5. CONCLUSIONES y PROSPECTIVA:

5.1. Conclusiones

A continuación presentamos las conclusiones, que dan respuesta a cada uno de los objetivos específicos planteados en nuestra investigación.

1. No es relevante los datos socio culturales para la obtención de donantes.
2. Es necesario que se registre el diagnóstico de muerte encefálica en todos los pacientes, cumplan o no criterios para donación.
3. Es necesario tener una sociedad que tenga un sistema de salud igualitario.
4. Es necesario brindar constante capacitación al personal de las unidades críticas para el diagnóstico de muerte encefálica y para la comunicación de la muerte encefálica.
5. Es necesario dar más información acerca de lo que puede decidir y hacer la familia de un difunto.

5.2. Prospectiva.

Las propuestas de mejora que nos planteamos son las siguientes:

- Proponer que se implemente una base de datos de pacientes con diagnóstico de muerte encefálica en todas las unidades críticas.
- Buscar más fuentes de ayuda como por ejemplo centros universitarios y colegios para difundir el diagnóstico de muerte encefálica como una opción de vida para otros.
- Realizar cursos para el personal de las unidades críticas donde puedan expresar sus dudas y temores al encontrarse con un paciente en muerte encefálica que no dona, pues mantener la ventilación mecánica y un mínimo soporte cardiocirculatorio supone una mala

práctica clínica y una inexcusable contradicción con el diagnóstico científico y legal establecido¹⁷.

- Realizar constantes charlas informativas intrahospitalarias.

6. Referencias bibliográficas:

1. Diccionario de la Lengua Española, versión 23^a, 2014. [consultado 17 marzo 2016]. disponible en: <http://dle.rae.es/?w=entender&origen>.
2. Diaz, V. Muerte cerebral o muerte encefálica. La muerte es una sola Rev Hosp Clín Univ. Departamento de Neurología y Neurocirugía, HCUCh. Chile 2009; 20: 263 – 70.
3. Enciclopedia wikipedia, Esta página fue modificada por última vez el 9 feb 2016 a las 19:25. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Religi%C3%B3n_incaica.
4. Grupo de Estudios sobre Muerte Encefálica de la Sociedades Chilenas de Nefrología y de Trasplante Muerte encefálica, bioética y trasplante de órganos – Rev. méd. Chile v.132 n.1 Santiago ene. 2004.
5. Agencia estatal boletín oficial del Estado Ministerio de Prensa Española. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe.
6. Matesanz, R. El Modelo Español de Coordinación y Trasplante. Ed. Aula medica Madrid 2008.
7. Deza Bringas, L. Diagnóstico de muerte encefálica en la legislación peruana actual -Servicios de Salud de la Pontificia Universidad Católica del Perú y Academia Nacional de Medicina. 2006.
8. Diario oficial El Peruano (18-3-2004): ley 28189. Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos.

9. Diario oficial El Peruano (27-5-2005): Reglamento de la Ley General (28189) de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. Disponible en <https://www.inei.gob.pe/prensa>.
11. Polit, D., & Hungler, B. (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. México: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
12. Falco, A. M. (2012). Análisis de la conflictividad ética en los profesionales de Enfermería de las unidades de Cuidados intensivos. Barcelona: Universidad de Barcelona, Tesis Doctoral.
13. Ley 41/2002, 14 de noviembre 2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. BOE 2002:40, 126-32.
14. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE 1999: 43088-99.
15. Convenio. (1997). *Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*. Madrid. BOE nº 251, miércoles 20 de Octubre de 1999.
16. Sociedad Española de Neurología. Diagnóstico neurológico de la muerte cerebral. Dictamen Candanchú 1993. Quaderns CAPS. 1994; 20:45-6.
17. Escudero D. REVISIÓN: Diagnóstico de muerte encefálica Med. Intensiva v.33 n.4 Barcelona mayo 2009.
18. Escudero, D. Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes Santiago de Chile. Noviembre 2007.

19. Gomez Maroño P., Santiago Guervòs C. Familia y Donación de Órganos,
Primera Edición, 2000.