

Organización Nacional de Trasplante  
Master Alianza 2018

**ANALISIS DE LOS FACTORES ETICO-MORALES QUE INFLUYEN  
EN LA ACTITUD DEL PERSONAL SANITARIO DE CARA A LA  
HIPOTÉTICA FUTURA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE  
DONACIÓN EN ASISTOLIA EN LA REPUBLICA DOMINICANA.**

**Dra. Albania Y. Baez Otaño**

**Tutor: Dr. Agustin Nebra**

**Hospital Universitario Miguel Servet**



## TABLA CONTENIDOS

INTRODUCCION.....	3
• MODELO ESPAÑOL DE DONACION Y TRANPLANTE.....	6
• PRINCIPIOS BASICOS DEL MODELO ESPAÑOL.....	7
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	10
MATREIALES Y METODOS.....	11
RESULTADOS.....	11
CONCLUSIONES.....	19
ANEXOS.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	24

## **Introducción.**

La República Dominicana ocupa la parte Oriental (74%) de la isla Española, la segunda isla de Antillas Mayores en tamaño. República Dominicana limita a norte con el Océano Atlántico, al sur con el mar Caribe o de las Antillas, al este con el canal de la Mona, el cual la separa de Puerto Rico, y al Oeste con la República de Haití, con la cual comparte el territorio de la isla. República Dominicana cuenta en la actualidad con una población de 10.075.000 personas.

En el país existen varias redes de salud, como los patronatos, los hospitales públicos, los centros de militares, los llamados descentralizados y los que son dirigidos por organizaciones no gubernamentales, y las clínicas privada.

El primer trasplante de órganos se realizó en República Dominicana en el año 1970, la obtención de órganos y tejidos obedecen a la donación por muerte encefálica, o a donantes vivos. Se han realizado 56 trasplante de órganos y 380 de tejidos para el año 2017 y la lista de espera aumenta a medida que transcurre el tiempo, y se produce un incremento en la incidencia de determinadas enfermedades terminales, por lesiones orgánicas irreversibles.

El modelo español constituye nuestra guía en relación con implementar protocolos. La formación e información del personal que interviene en los procesos de donación es fundamental, y además debe estar orientada hacia las nuevas alternativas para la donación de órganos, como es la donación en pacientes en asistolia. La implementación de estas nuevas alternativas exige identificar las fortalezas y debilidades de las mismas, a fin de que en el futuro se pueda aumentar el número de donante y beneficiar la población. En este sentido la normativa legal de República Dominicana, en relación a donación de trasplante de órganos y tejido, la recoge la Ley 329-98, en la que se cita:

*Que nuestro derecho positivo debe actualizarse, a fin de ofrecer el estímulo y garantías que propicien el desarrollo de los diversos programas de trasplante de órganos y tejidos, incorporando en una sola legislación sobre la materia, criterios adoptados por otros países que facilitarían la donación y legado de órganos y tejidos.*

En España la tasa de donación actual supera a los 40 donantes por millón de población. Sin embargo, el envejecimiento poblacional, los buenos resultados obtenidos con los trasplantes con mayores indicadores para los mismos, provocan un aumento de las listas de espera de pacientes pendientes de recibir un órgano. Ello ha obligado recurrir a otras alternativas en la detección de posibles y potenciales donantes, como son los donantes con criterios expandidos o marginales, y la donación a corazón parado, o donación tras muerte cardiaca.

Desde el punto de vista de la muerte cardiaca, el primer criterio a tener en cuenta es la irreversibilidad de la misma, es decir, el momento en que una persona fallecida de esta manera puede considerarse como un potencial donante de órganos. La ley determina el fallecimiento tras evidenciarse durante 5 minutos la ausencia de latidos cardiacos, demostrada por falta de pulso central o por electrocardiograma (EKG), y la ausencia de respiración espontanea.

Los criterios médicos de inclusión y exclusión como donantes de las personas fallecidas por paradas cardiorrespiratorias son los mismos que rigen para los donantes en muerte cerebral. Es necesario, no obstante tener en cuenta dos factores. Por una parte, el tiempo de isquemia caliente, esto es, el tiempo que transcurre desde la parada cardiaca hasta el establecimiento de las medidas de preservación de órganos. Por otra el tiempo de preservación del cadáver hasta el inicio de la extracción

de órganos, que no es indefinido y que viene determinado fundamentalmente por el periodo necesario para la obtención del asentamiento familiar y el permiso judicial.

La legislación española describe de modo detallado y claro cuando se puede considerar donante a un enfermo, tanto en situación de muerte encefálica, como tras producirse una parada cardíaca o asistolia de forma controlada (DAC) o esperada.

Estos diagnósticos de muerte se encuentran regulados por Real Decreto 2070/1999; de acuerdo con esta legislación el fallecimiento se confirma con el cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorio, o por el cese de las funciones encefálicas.

Otro punto importante, en relación con la DAC, es la existencia de protocolos de Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (LTSV) que se basan en recomendaciones existentes acerca del tratamiento al final de la vida. La indicación de la LTSV estará basada en el pronóstico del paciente, y debe ser planteada por el responsable clínico del paciente, de manera consensuada por el equipo médico y enfermeros, y de forma completamente independiente a la ulterior valoración de la posibilidad de donación por parte del equipo de coordinación y trasplante.

En relación con lo expuesto hasta ahora, es importante tener en cuenta la clasificación de los donantes en asistolia en 1995, en la conferencia de Maastricht:

**Tipo: I** fallecido antes de llegar al hospital con tiempo de asistolia conocido.

**Tipo: II** fallecido en el hospital tras maniobra de resucitación infructuosas.

**Tipo: III** fallecido tras retirada de ventilación mecánica en situación de gran daño neurológico.

**Tipo: IV** fallecido en muerte cerebral en el que la asistolia se produce antes de proceder a la extracción

Los donantes tipo III y IV se consideran donantes controlados porque en ellos la RCP siempre es presenciada por el equipo médico, y sucede dentro del hospital. Y en muchos casos se puede prever cuando va a ocurrir. Los tipos I y II se consideran no controlados porque la RCP generalmente no es en el hospital.

**EL MODELO ESPAÑOL DE DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS;**  
**la ONT.** La escasez de órganos para trasplante constituye el factor limitante fundamental de estas terapéuticas. Como ya comentamos previamente, la demanda de órganos para trasplantes crece a medida que se aumentan sus indicaciones y que mejoran los resultados de supervivencia, y por tanto la posibilidad de que se beneficie un número cada vez mayor de enfermos.

Diversos países han adoptado estrategias parciales que tan solo han conducido a elevaciones discretas o pasajeras de la donación, o incluso no han producido aumento alguno. A principio de los años noventa España inició un enfoque integrado del problema de la escasez de órganos para trasplante, diseñando un programa destinado específicamente a aumentar la donación de órganos de cadáver.

La organización nacional de trasplante (ONT) se creó en 1989, e indujo entre otras medidas la creación de una red nacional de coordinadores entrenados específicamente, con un alto grado de motivación, y con un perfil específico y distinto al de otros países europeos. Desde la creación de la ONT, España ha pasado de la parte media baja del índice de donantes por millón de población, a unos niveles mantenidos durante los últimos años de 33-35 donantes ppm, llegando

a superar ampliamente los 40 donantes ppm el año pasado, siendo los más elevados del mundo.

## **PRINCIPIOS BASICOS DEL MODELO ESPAÑOL.**

Los resultados alcanzados no pueden entenderse si no se contempla lo acaecido en España, como un enfoque integrado e integral, dirigido a mejorar la donación de órganos, incluyendo la existencia de un marco básico adecuado desde el punto de vista legal, económico ético, médico y político.

En modo alguno se puede pensar que el Spanish Model consista simplemente en coordinadores en todos los hospitales, como en ocasiones se ha pretendido simplificar. Es necesario definir ante todo cuales son los puntos fundamentales que explican el éxito español, los requisitos para su traslado a otras regiones o países y como consecuencia, los factores estructurales que pueden influir en los resultados de manera positiva o negativa. Los puntos básicos que define este modelo son:

- La red de coordinadores de trasplante a tres niveles nacional, autonómico y hospitalarios. Los dos primeros niveles nombrados y financiados por la administración sanitaria nacional y autonómica, constituyen una verdadera interfaz entre los niveles políticos /administrativos y los profesionales.
- El coordinador hospitalario, personal sanitario (médico o enfermera), que trabajan en la coordinación con una dedicación a tiempo parcial/ completo, a criterio de la organización hospitalaria y/o autonómica, estando situado dentro del hospital y dependiente jerárquicamente de la dirección de éste.

- La mayoría de los coordinadores son intensivistas, lo que implica una participación de este grupo de especialistas en donación de órganos. La dedicación a tiempo parcial les permite continuar con su trabajo previo, lo que es especialmente importante en los pequeños hospitales.
- Un programa de calidad en el proceso de donación de órganos, en realidad una auditoría continua de muerte encefálica en las unidades de vigilancia intensiva, llevada a cabo por los coordinadores de trasplante.
- La oficina central de la ONT actúa como agencia de servicio en apoyo de todo el sistema. Está encargada de la distribución, de la organización del transporte, el manejo de las listas de espera, las estadísticas, y de la información general y especializada, y en general cualquier acción que pueda contribuir a mejorar el proceso de donación y trasplante.
- Un gran esfuerzo en formación continuada, tanto en los coordinadores como en gran parte del personal sanitario, con cursos generales y específicos de cada uno de los pasos del proceso, detección del donante, aspectos legales, entrevista familiar, aspectos organizativos, gestión y comunicación.
- Puesto que se trata de un acto médico, hay que remunerarlo como tal, variando las compensaciones según el modelo autonómico y/o hospitalario de coordinación, de forma que los importes percibidos tanto por los equipos de coordinación de trasplantes, como por los propios equipos quirúrgicos y asistenciales varían entre CCAA, y a veces incluso entre los distintos Centros de una misma CA.

- Una adecuada relación con los medios de prensa, promoviendo campañas de divulgación y de concienciación social
- Una legislación adecuada, técnicamente similar a la de otros países occidentales.

Como ya se ha comentado, España se encuentra a la cabeza en cuanto a número de donantes por millón de población (ppm), con una tasa de más de 43 donantes ppm en el año 2017. Para llegar a estas cifras, en los últimos años ha sido imprescindible encauzar la generosidad de los enfermos y sus familias, mediante el documento conocido como “Plan Donación 40”. En el mismo se identifican aquellas áreas con posibilidad de mejora en materia de donación de órganos, y se establece una estrategia global de acción que pudiera derivar en un incremento de la tasa de donación, para llegar a una cifra de 40 donantes ppm. Todo ello con la intención de optimizar la generosidad de los pacientes y sus familias, e intentar minimizar el desequilibrio existente entre la oferta y la demanda de órganos, disminuyendo así la mortalidad en lista de espera.

Los problemas encontrados y las estrategias de mejora planteadas en este documento, hicieron referencia a los siguientes aspectos:

- 1.- Optimización de la donación en muerte encefálica (M.E.).
- 2.- Donantes con criterios expandidos.
- 3.- Técnicas quirúrgicas especiales (trasplante hepático Split y Dominó).
- 4.- Donante vivo.
- 5- Donación en asistolia.

De esta forma en el año 2017 la donación en asistolia en general se afianzó como la vía más clara de expansión del número de trasplantes, con un total de 494

donantes lo que representó un incremento del 57%. Este tipo de donación representó el 24% del total de donantes fallecidos, o lo que es lo mismo, 1 de cada 4 donantes lo fue en asistolia.

Este adelanto ha sido posible, además de por la estructura organizativa, mencionada en los primeros párrafos de la presente introducción, por la existencia de una situación legislativa adecuada tanto para la realización de la DAC, como para la implementación de LTSV, como paso previo y necesario, aunque indicándose dicha retirada siempre desde el punto de vista clínico, contando con el conocimiento y aceptación de la familia en representación del enfermo, y sin interferencias en dicha decisión por parte de los equipos de Coordinación de Trasplantes.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar las inquietudes que existen en un Centro de III nivel de España, durante la implantación de un programa de donación en asistolia, con el fin de valorarlas y minimizarlas en la hipotética futura implantación de este tipo de donaciones en República Dominicana, teniendo como referente un país con gran cultura de donación y trasplante, como es España.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar los resultados de una encuesta efectuada entre personal sanitario de un Centro de III nivel, respecto a las inquietudes y preguntas que surgen en la implementación de un programa de Donación en Asistolia.
- Obtener un programa de formación para el personal sanitario en la República Dominicana, en la hipotética futura implantación de este tipo de donación, para minimizar las resistencias al cambio entre el mismo.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

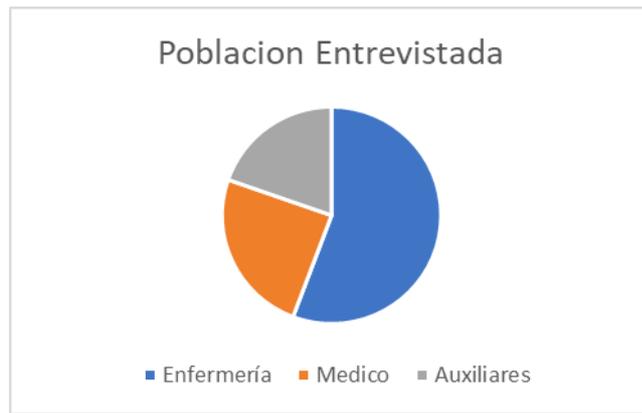
Análisis de las inquietudes y preguntas que surgen en la implementación de un programa de DAC, mediante encuesta efectuada entre personal sanitario de un Centro de III nivel. Correspondiente a participantes que laboran en este centro de salud como son Enfermeras, Médicos y Auxiliares los cuales estuvieron de acuerdo en completar el formulario, se proponen 15 preguntas, tipo test, sobre aspectos éticos e inquietudes personales.

Se solicita permiso al centro de salud para su recolección y se obtienen 60 cuestionarios completos correspondiente a la muestra.

Luego de la recolección de los datos se procede a utilizar el programa de Excel. Esta investigación se desarrolló utilizando una computadora, libros, y materiales de ofimática. Para el análisis estadístico se aplicó Chi cuadrado, demandando una p mínima de 0,05 para aceptar la significación estadística.

## **RESULTADOS.**

La población encuestada fue de 60 participantes, de los cuales 34 son enfermeras lo que corresponde a un 57% ,15 son médicos lo que corresponde 25% y 11 son auxiliares que corresponde a 18%. Como se puede observar en la siguiente gráfica.



**Gráfico 1.** Profesión de la población entrevistada

En relación con la donación en Asistolia se les pregunta a los participantes, si conocían si estaba legalmente reconocida y si conocían la ley del año 2012. Si cumplían los requisitos éticos de comité de bioética, o si solo es posible en enfermos con lesiones cerebrales, de estas el 98% contestó que está reconocida legalmente y conocen que cumple los requisitos del comité de ética, el 2% restante solo reconoce estar legalmente reconocida, al analizar los datos vemos un p (ns).

Se les pregunta por donación en asistolia que se puede entender **a)** La donación en pacientes que sufren parada cardiaca en la calle **b)** La donación en paciente con limitación de soporte vital **c)** La donación en pacientes en muerte encefálica que sufren una parada cardiaca **d)** Todas las anteriores; De esto el 56 % contestó todas las opciones, el 21% entiende que son pacientes en muerte encefálica que sufren parada cardiaca y 16% entiende que es solo para pacientes con limitación del soporte vital y el 5% que se da solo en paciente que sufren parada cardiaca en la calle, en esta pregunta se obtuvo una  $p(< 0.001)$ .

En relación a si conocen sobre el protocolo de donación en asistolia de su centro de salud **a)** Si ha sido aprobado por la comisión de dirección, **b)** Es de aplicación para los enfermos que sufren una muerte súbita en la calle, **c)** Fue

supervisado por el comité de ética asistencial **e)** Puede aplicarse sin necesidad de realizar limitación de soporte vital, el 77% contesto saber que fue supervisado por el comité de ética, el 15% que ha sido aprobado por la solo por la comisión de dirección, el 5% refiere que puede aplicarse sin necesidad de realizar Limitación de Soporte Vital, el 1% restante comenta que se puede aplicar sin necesidad de soporte vital, el análisis nos da  $p ( 0.003)$

En relación con Limitación de Soporte Vital se les pregunto **a)** Es una práctica más de los cuidados al final de la vida, **b)** Es una forma de aplicar eutanasia activa, **c)** Requiere del empleo de relajantes musculares al extubar **d)** Solo requiere de la opinión del equipo médico. El 75% refiere es una práctica más de los cuidados al final de la vida, el 11% considera que es aplicar eutanasia activa, el 7% dice requiere del empleo de relajantes musculares al extubar, el 5% considera que sólo necesita la opinión del médico, con una  $p ( < 0.001)$ .

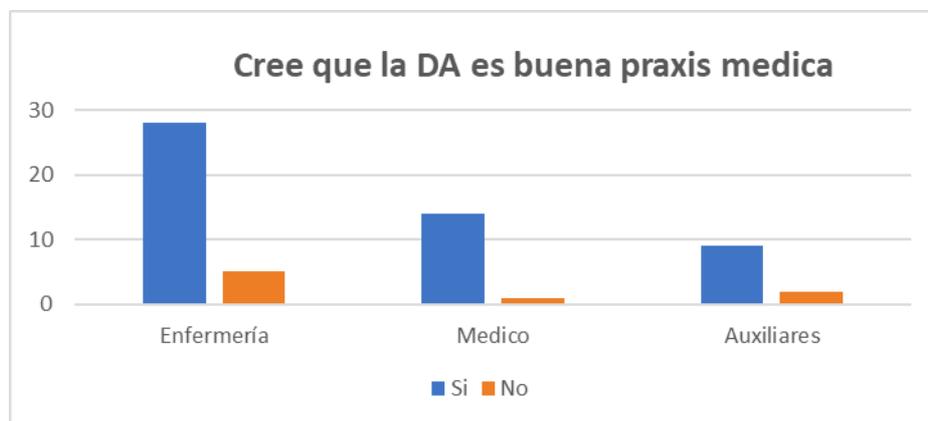
Respecto a la sedación terminal **a)** Debe de hacerse con sedación y relajantes musculares, **b)** La dosis máxima de sedación dependerá de la confortabilidad del enfermo, **c)** Se realizará siempre en las unidades de cuidados intensivos, **d)** Evitará la combinación de sedantes con mórnicos. El 81% considera que la dosis máxima de sedación dependerá de la confortabilidad del enfermo, el 10% evitará la combinación de sedantes con mórnicos, el 6% considera que debe realizarse siempre en las unidades de cuidados intensivos y el 8% considera que debe hacerse con sedación y relajantes musculares, los resultados son una  $p (< 0.001)$ .

Al preguntar si le inquieta la aplicación de medidas de la Limitación de soporte vital, el 77% respondió que NO, el 23% restante contesto que SI, de los que

contestaron que sí, se les pregunto, ¿por qué? \*Motivos legales, \*Motivos religiosos, \*Motivos éticos y/o religiosos o \*Todos ellos; de estos el 50% dijo ser por motivos éticos y/o morales, el 28% considera que, por todos los factores mencionados antes, el 14% refiere motivos legales y un 8% no especifico que motivos. p. (0.0011).

En relación con si cree que la donación en asistolia podría aumentar la aplicación de medidas de Limitación de Soporte vital, el 69% respondió que NO y el 29% respondió que SI a estos se les pregunto ¿por qué? **a)** Para aumentar el número de donante fue la respuesta de un 56%, **b)** Porque se haga sin contar con la opinión familiar de un 0%, **c)** Por falta de supervisión un comité de ética 17%, **d)** Por todas las anteriores 17%, y un 10% no especificó su respuesta. p (0.0047).

Cuando se pregunta si la DAC es una buena práctica los entrevistados refieren:



**Gráfico 2.** Cree el personal sanitario que la DAC es una buena praxis.

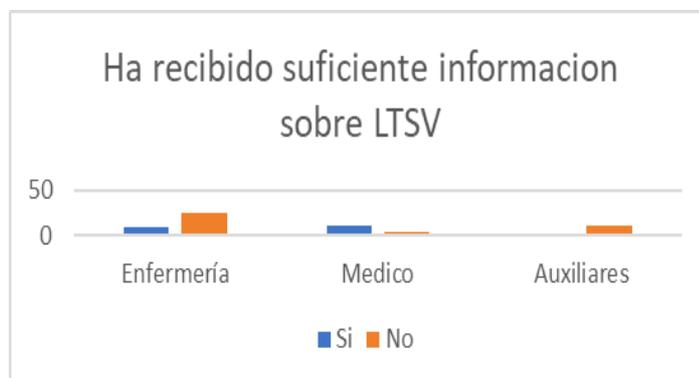
Respondieron que, SI un 84% (de estos eran 28 enfermeras, 14 médicos y 9 auxiliares), un 13% respondió que NO (de estos 5 corresponde a enfermeras ,1 médico y 2 auxiliares), un 3 % sin respuesta; a los que contestaron que NO se les pregunto ¿porque la negativa? \*Motivos legales, \*Motivos religiosos, \*Motivos éticos

y/o morales o \*Por todos ellos y 3 enfermeras ,1 medico, y 2 auxiliares contestaron por motivos éticos y morales. p (0.02)

Al consultar si aceptaría la limitación de soporte vital en su entorno familiar el 97% contesto que SI (34 enfermeros ,14 médicos y 11 auxiliares), el 3% contesto que NO (1 médico), por lo que se les pregunta si la negativa obedece a \*Motivos legales, \*Motivos religiosos, \*Motivos éticos y/o morales o \*Por todos ellos, 1 médico contestó que, por todos ellos, y contestó que por motivos éticos y/o morales. p (0.0008)

Se les pregunta si aceptaría la donación en asistolia en su entorno familiar y el 89% respondió que SI (31 eran personal enfermería ,14 médicos y 9 auxiliares), el 11% dijo que NO (de estos eran 3 de enfermería ,1 médico y 2 auxiliares), se les pregunto del porqué de la negativa, por \*Motivos legales, \*Motivos religioso, \*Motivos éticos y/o morales o \*Todos ellos. En sus respuestas 2 enfermeras y 2 auxiliares contestaron que por motivos éticos y/o morales, 1 enfermera y 1 médico consideran que por todas ellas. p (0.01).

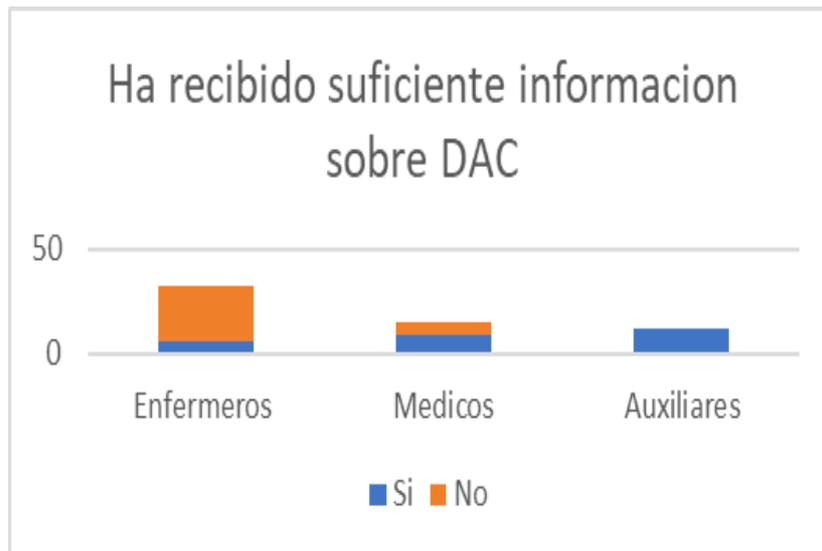
Al indagar sobre qué piensa que ha recibido suficiente formación respecto a la LTSV se observa las siguientes respuestas:



**Gráfica 3.** Información recibida sobre LTSV

Se evidencian los resultados sobre la pregunta si han recibido suficiente formación respecto a la LTSV, de los encuestados el 64% contestó NO (de estos 25 eran enfermeras ,4 médicos y 10 auxiliar), el 34% contestó que SI (esto eran 9 enfermeras ,11 médicos 1 auxiliar), al los encuestados que respondieron de manera negativa se les preguntó el porque. \*Falta de formación, \*Falta de documentación, \*Ausencia de información en el servicio, \*Ausencia de información en el hospital o \*Todos ellos,y sus respuestas fueron 9 enfermeras ,1 médico, 2 auxiliares contestaron por falta de formación, se observó también que 4 enfermeras expresaron por falta de documentación y 5 enfermeras por ausencia de información en el servicio, 2 enfermeras por ausencia de información en el hospital y 13 enfermeras que todos ellos.p(<0.0001)

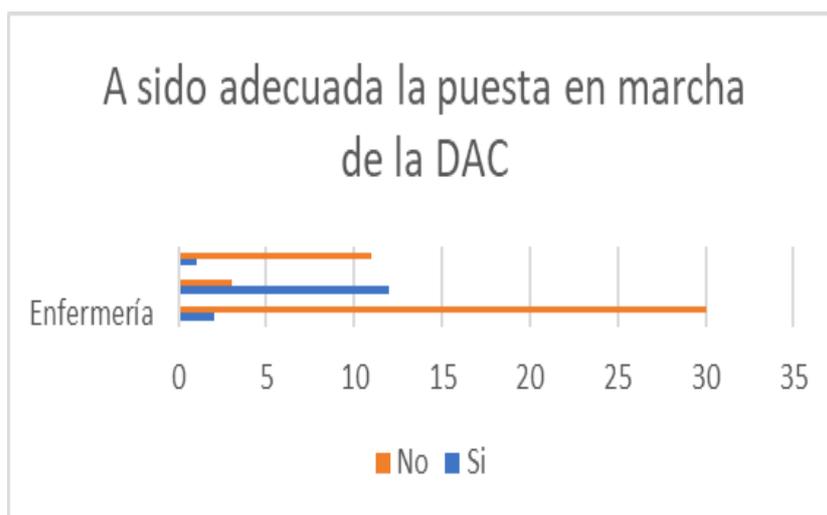
Al preguntar si piensa que ha recibido suficiente formación respecto a la DAC, el 54% de la población respondió que NO (de estos 27 eran enfermeras , 6 médicos) y el 44% respondió que SI (de los cuáles eran 6 enfermeras, 9 médicos y 11 auxiliares). Cabe recalcar que un 2% de la población no respondió a esta pregunta. En relación a la negativa se les pregunta el motivo \*Falta de sección de formación, \*Falta de entrega de documentación, \*Ausencia de información del servicio, \*Ausencia de información en el hospital o \*Todos ellos; sus respuestas fueron 8 enfermeras, 3 médicos y 2 auxiliares responden que por falta de formación, 3 enfermeras por falta de entrega de documentación, 6 enfermeras y 1 auxiliar dicen que por ausencia de información en el servicio, 2 enfermeras,1 médico, 2 auxiliares dicen por ausencia de información en el hospital, 10 enfermeras, 2 médicos y 4 auxiliares dicen ser por todos los antes mencionados. Vemos el siguiente gráfico:p( <0.0001)



**Gráfico 4.** Información recibida sobre DAC

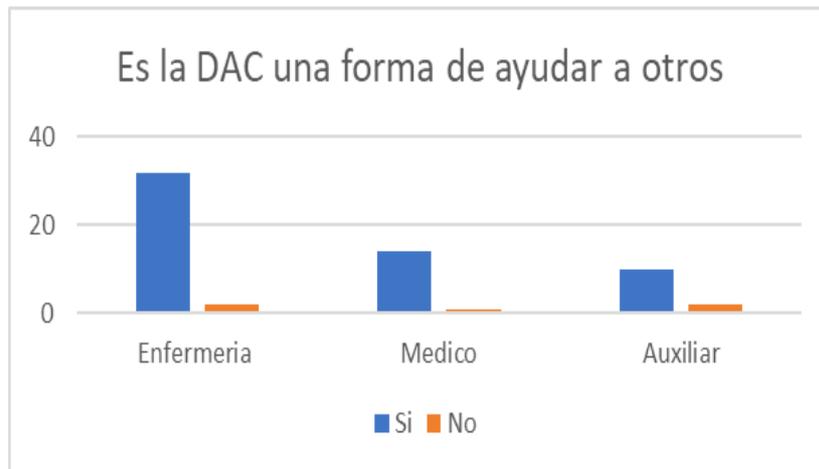
Tras preguntar si cree que la puesta en marcha de la LTSV ha sido adecuada, obtuvimos como resultado que el 57 % responde que NO (24 enfermeras, 3 médicos y 8 auxiliares), el 38% contestó que SI. Al indagar sobre las negativas se observa \*No se ha formado al personal en que consiste, \*No se ha consultado al personal para su implementación, \*No se ha tenido en cuenta a todo el personal sanitario, \*Todas ellas, y hubo 6 enfermeras que refieren no se ha formado el personal en que consiste, 5 enfermera dicen no se ha consultado al personal para su implementación, 7 enfermera responden no se ha tenido en cuenta a todo el personal sanitario, 12 enfermeras, 3 médicos, 5 auxiliares responde que todos ellos .p(<0.0001)

Posteriormente se les pregunta si la puesta en marcha de la DAC ha sido adecuada y sus respuestas se ven en la siguiente gráfica:



**Gráfico 5.** La puesta en marcha de la DAC ha sido adecuada

El 72% contestó NO (de estos eran 30 enfermeros, 3 médicos y 11 auxiliares), el 24 % restantes respondió que SI (de estos eran 12 médicos, 2 enfermeras), hubo un 4% que no respondió esta pregunta. En relación a las negativas se les pregunta el por qué, \*No se ha formado al personal en que consiste, \*No se ha consultado al personal para su implementación, \*No se ha tenido en cuenta a todo el personal sanitario, o \*Todas ellas, las repuestas fueron que 6 enfermeras y 3 auxiliares responden no se ha formado al personal para que consiste, 4 enfermeras dicen no se ha consultado al personal para su implementación, 6 enfermeras refieren no se ha tenido en cuenta a todo el personal sanitario y 17 enfermeras, 3 médicos, 7 auxiliares consideran que todas ellas.  $p(<0.0001)$ . Tambien se les preguntó si la DAC era una forma de ayudar a otras personas y los encuestados respondieron:



**Gráfico 6.** La DAC ayuda a otras personas

El 91% respondió que SI (de estos 32 eran enfermeras, 14 médicos y 10 auxiliares), el 8% restante respondió que NO por la que se les preguntó porque la negativa \*No estar seguro de la ética, \*Me genera dudas legales, \*No, ayuda costa del sufrimiento de algunos familiares o \*Todos ellos. Sus respuestas fueron que 2 enfermeros y 2 auxiliares respondieron que no estaban seguros de su ética, 1 médico y 1 auxiliar contestaron que todos ellos con una p (ns).

## **CONCLUSIONES.**

- Actualmente en República Dominicana existe un vacío en la ley sobre donación y trasplante de órganos y tejidos, ya que la misma ni prohíbe la donación en asistolia ni la admite. Es importante que el Sistema Nacional de Salud, como parte administrativa del Estado, en conjunto con el Instituto Nacional de Coordinación y Transplante (INCORD), como órgano rector, motive a las autoridades para que sea promulgada una nueva Ley donde se contemple la donación en asistolia, con el objetivo de aumentar la captación de donantes.

- Al recolectar y analizar los datos antes expuestos se evidencia que en una parte importante porción de la población entrevistada, existe una desconfianza principalmente en lo ético y moral, hacia el procedimiento de DAC; esta desconfianza, según refleja el trabajo realizado obedece a no tener la capacitación necesaria sobre la misma.
- Por lo que en vista de que de manera directa, quienes intervienen con estos posibles donantes son médicos enfermeras y auxiliares, en República Dominicana sería de vital importancia que se iniciaran entrenamientos, cursos y seminarios para que el personal tenga llegado el caso, los criterios claros al momento de la puesta en marcha de donación en asistolia.
- Es necesario realizar campaña interna, en cada centro sanitario de República Dominicana, a fin de que conozcan la donación en asistolia y la cantidad de órganos y tejidos que por la misma se obtendrían, y que esto se traduciría en una disminución de las listas de espera.
- Según los datos obtenidos cuando mayor es el grado de preparación académica, mayor es el conocimiento que los encuestados del tema legal, por lo que es importante realizar formación para que el personal menos formado tenga un conocimiento más amplio del aspecto legislativo, en materia de donación y trasplante en asistolia.
- Según los datos obtenido es necesario iniciar en República Dominicana una campaña de comunicación sobre lo que es la donación en asistolia, ya que ésta llegaría a todos los niveles, tanto los que tienen formación académica, como a los que carecen de ella a los fines de que se edifiquen sobre el tema y cuando se presente un posible donante tengan conocimiento y sea captado.

## ANEXOS

### ANEXO-I: ENCUESTA SOBRE ASPECTOS ETICOS y MORALES DE LA DONACION EN ASISTOLIA.

Es Usted:

- Médico .
- Enfermera .
- Auxiliar .

- 1) La Donación en Asistolia:
  - a) Está reconocida legalmente en una Ley del año 2012.
  - b) Cumple los requisitos éticos de los comités de bioética.
  - c) Solo es posible con enfermos con lesiones cerebrales.
  - d) a y b son ciertas.
  
- 2) Por Donación en Asistolia se puede entender:
  - a) La donación en pacientes que sufren una parada cardiaca en la calle.
  - b) La donación en pacientes con Limitación de Soporte Vital.
  - c) La donación en pacientes en Muerte encefálica que sufren una parada cardiaca.
  - d) Todas las anteriores.
  
- 3) El Protocolo de Donación en Asistolia de nuestro Centro:
  - a) Ha sido aprobado solo por la Comisión de Dirección.
  - b) Es de aplicación para los enfermos que sufren una muerte súbita en la calle.
  - c) Fue supervisado por el comité de ética asistencial.
  - e) Puede aplicarse sin necesidad de realizar Limitación de Soporte Vital.
  
- 4) La Limitación de Soporte Vital:
  - a) Es una práctica más de los cuidados al final de la vida.
  - b) Es una forma de aplicar eutanasia activa.
  - c) Requiere del empleo de relajantes musculares al extubar.
  - d) Solo requiere de la opinión del equipo médico.
  
- 5) Respecto a la sedación terminal:
  - a) Debe de hacerse con sedación y relajantes musculares.
  - b) La dosis máxima de sedación dependerá de la confortabilidad del enfermo.
  - c) Se realizará siempre en las Unidades de Cuidados Intensivos.
  - d) Evitará la combinación de sedantes con mórnicos.

- 6) ¿Le inquieta la aplicación de medidas de Limitación de Soporte Vital?:  
a) Si.  
b) No.  
En caso de respuesta afirmativa, ¿porqué? (puede marcar varios):  
-Motivos legales   
-Motivos religiosos   
-Motivos éticos y/o morales   
-Todos ellos
- 7) ¿Cree que la Donación en Asistolia podría aumentar la aplicación de medidas de Limitación de Soporte Vital?:  
a) No.  
b) Si.  
En caso de respuesta afirmativa, ¿porqué? (puede marcar varios):  
-Para aumentar el número de donantes   
-Porque se haga sin contar con la opinión familiar   
-Por la falta de supervisión de los comités de ética   
-Todos ellos
- 8) ¿Cree que la Donación en Asistolia forma parte de los cuidados al final de la vida, y por tanto es una buena praxis médica?:  
a) Si.  
b) No.  
En caso de respuesta negativa; ¿porqué? (puede marcar varios):  
-Motivos legales   
-Motivos religiosos   
-Motivos éticos y/o morales   
-Todos ellos
- 9) ¿Aceptaría la Limitación de Soporte Vital en su entorno familiar?:  
a) Si.  
b) No.  
En caso de respuesta negativa; ¿porqué? (puede marcar varios):  
-Motivos legales   
-Motivos religiosos   
-Motivos éticos y/o morales   
-Todos ellos
- 10) ¿Aceptaría la Donación en Asistolia en su entorno familiar?:  
c) Si.  
d) No.  
En caso de respuesta negativa; ¿porqué? (puede marcar varios):  
-Motivos legales   
-Motivos religiosos   
-Motivos éticos y/o morales   
-Todos ellos
- 11) ¿Piensa que ha recibido suficiente formación respecto a la LTSV?:  
a) Si.  
b) No.  
En caso de respuesta negativa, ¿porqué? (puede marcar varios):

- Falta de sesiones de formación .
- Falta de entrega de documentación .
- Ausencia de información en el Servicio .
- Ausencia de información en el Hospital .
- Todos ellos .

12) ¿Piensa que ha recibido suficiente formación respecto a la DAC?:

- a) Si.
- b) No.

En caso de respuesta negativa, ¿porqué? (puede marcar varios):

- Falta de sesiones de formación .
- Falta de entrega de documentación .
- Ausencia de información en el Servicio .
- Ausencia de información en el Hospital .
- Todos ellos .

13) ¿Cree que la puesta en marcha de la LTSV ha sido adecuada?:

- a) Si.
- b) No.

En caso de respuesta negativa, ¿porqué? (puede marcar varios):

- No se ha formado al personal en qué consiste .
- No se ha consultado al personal para su implementación .
- No se ha tenido en cuenta a todo el personal sanitario .
- Todos ellos .

14) ¿Cree que la puesta en marcha de la DAC ha sido adecuada?:

- a) Si.
- b) No.

En caso de respuesta negativa, ¿porqué? (puede marcar varios):

- No se ha formado al personal en qué consiste .
- No se ha consultado al personal para su implementación .
- No se ha tenido en cuenta a todo el personal sanitario .
- Todos ellos .

15) ¿Piensa que la DAC es una forma de ayudar a otras personas?:

- a) Si.
- b) No.

En caso de respuesta negativa, ¿porqué? (puede marcar varios):

- No estoy seguro de su ética .
- Me genera dudas legales .
- No, ayuda a costa del sufrimiento de algunos familiares .
- Todos ellos .

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Matesanz R. *El Modelo Español de coordinación y trasplantes*. Capitulo 2. El Modelo español de donación y trasplante de órganos: la ONT. Pág. 135-137. Aula Médica. 2 Edición. 2008.
- Matesanz R. *Guía de buenas practicas en el proceso de la donación de órganos*. Capitulo IV. Recomendaciones para mejorar la efectividad en la derivación del posible donante a las unidades de críticos: ONT. 2 Edición. 2012.
- Matesanz R. *El milagro de los trasplantes de la donación de órganos a las células madre*. Fundación MM. 2006.
- Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.
- Nebra. A. ID-Protocolo Z2 Donación en Asistolia Controlada/Esperada. Comisión de Donación y Trasplante/Mayo 2017.
- [WWW.Senado.gov.do/masterlex/mlx/docs/1c/2/11/18/1FB7.HTM](http://WWW.Senado.gov.do/masterlex/mlx/docs/1c/2/11/18/1FB7.HTM)
- J.J.Rubio-Mnoz,M.Perez -Redondo,-S.Alcantara -Carmona ,protocolo de la donación tras la muerte Cardíaca Controlada (donante tipo III de Maastricht).Experiencia inicial.2013.
- Simon Lorda -Pablo,Esteban Lopez -Maria SagrarioY Cruz Piqueras -Maite.Limitacion del Esfuerzo Terapeutico en Cuidados Intensivos ,2014.
- M.A.Bodi,T,Pont,A.Sandiumenge,E.Oliver,J.Gener,M.Badia,J.Mestre,E.Muñoz Intensiva ,Potencialidad de donación,de órganos en muerte encefálica y limitación del tratamiento de soporte vital en los pacientes neuro críticos.2014.