



**Tema:**

Capacitación del Personal de Salud, Como Estrategia Para la Detención y Evaluación del Potencial Donante.

**Representada:**

Dra. Yokasta Elizabeth Natera Dijol

**Tutor:**

Dra. Nuria Masnou

**Lugar:**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR JOSEP TRUETA, GIRONA, ESPAÑA

## Índice

1. Introducción-----	Pág. 1
2. Objetivos-----	Pág. 6
3. Antecedentes de la Republica Dominicana en Donación-----	Pág. 7
4. Antecedentes del Hospital Doctor Antonio Musa-----	Pág.10
5. Material y métodos-----	Pág.11
6. Resultados-----	Pág. 21
7. Conclusiones-----	Pág. 22
8. Bibliográfica-----	Pág. 24.

## **Introducción.**

En el siglo XX la medicina alcanzo grandes avances y grandes logros, uno de estos sin lugar a duda ha sido la donación y trasplante de órganos tanto de personas vivas como ya fallecida. A pesar de estar aceptada como la mejor terapéutica para algunos pacientes en estado terminal, en pleno siglo XXI la donación de órganos de cadáver sigue siendo un tema de muchas interrogantes y dudas para cientos de países especialmente aquellos en vía de desarrollo, tanto para sus profesionales como para la población en general.

Los trasplantes de órganos y tejidos son hoy en día uno de los procedimientos terapéuticos más exitosos y plenamente consolidados. La escasez de órganos constituye el principal factor limitante para estas terapéuticas. Aunque pueda parecer una obviedad, sin donante no hay trasplante, y la explicación a este desequilibrio podemos encontrarla en múltiples motivos de los que podemos resaltar:

1. Problemas en la identificación y detección de posibles donantes; de modo que pacientes que podrían convertirse en posibles donantes no lo son. Este hecho limita la captación inmediata de órganos para trasplante. Los motivos que subyacen detrás de la no detección habitualmente es la falta de conocimiento del personal de salud al desconocer los criterios de inclusión y exclusión para posibles donantes de órganos o de tejidos o, en otro caso la falta de sensibilidad por el proceso de donación generalmente basado en percepciones o prejuicios individuales.

2. Negativas familiares; por errores de comunicación o desconocimiento del tema. Una parte clave del proceso de donación es la entrevista familiar, de

manera que por un lado necesitamos que las familias confíen en los profesionales y en el sistema de salud y por otro que los profesionales estén adiestrados en comunicación de malas noticias, Por lo cual se necesita de una guía de entrevista familiar y solicitud de consentimiento informado donde la entrevista este orientada a una comunicación clara, precisa, profesional y empática, a fin de establecer una relación de confianza entre familia y profesionales.

3. Problemas con el diagnóstico de Muerte Encefálica: sean relacionados con el conocimiento de los profesionales de la salud respecto al procedimiento diagnóstico, la identificación de muerte encefálica con muerte del individuo o falta de protocolos en la actuación.

Faltas de notificación de pacientes con lesiones neurológicas irreversibles sospechosas / susceptibles de cumplir criterios de muerte encefálica, ya sea por desconocimiento en cuanto al tema de muerte encefálica, así como problemas de infraestructuras y falta de protocolos en la actuación.

España ocupa uno de los primeros lugares en el mundo desde el 1992 en cuanto a la actividad de donación y trasplante de órganos y tejidos y se debe a su sistema organizativo. La base de este modelo es:

1. Una legislación adecuada: que deja clara las definiciones y las condiciones de donación, extracción y trasplante de órganos

2. Una red de coordinadores de trasplante a tres niveles, nacional, autonómico y hospitalario, estos financiados por la administración sanitaria nacional/autonómica en cada caso.

3. El coordinador hospitalario: perfil médico (procedente de intensivos actualmente) aunque ayudado por un personal de enfermería.

4. Auditoría continua: basada en el programa de garantía de calidad. Consiste en la evaluación continuada de los procesos de donación y en identificar los puntos de mejora en relación con los indicadores que se obtienen.

5. formación continuada: tanto de los coordinadores como del todo personal de salud de sanitario, con el objetivo de normalizar la donación como una práctica habitual dentro de los cuidados al final de la vida de los pacientes.

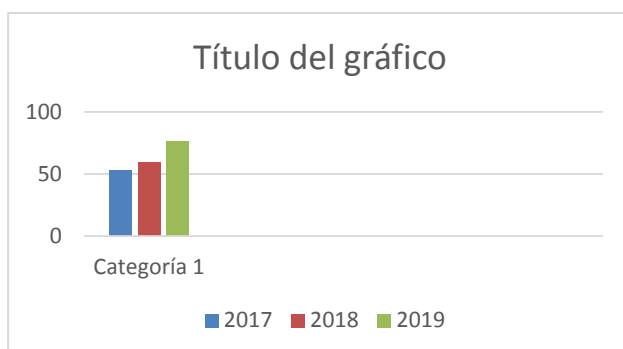
6. Dedicación a los medios de comunicación. Con el fin de mejorar el conocimiento de la población y favorecer la transparencia del proceso de donación y trasplante.

En esto se basa su éxito al implementar todas estas medidas lo que optimiza el proceso de donación como pieza fundamental.

En República Dominicana se ha progresado en la implementación de programas de donación y trasplante, desde la creación del instituto nacional de coordinación (INCORT) mediante la **ley 329=98 sobre donación de órganos y tejidos**. Actualmente los trasplantes realizados en República Dominicana de 2004 al 2019 son de 6619 (3 corazones, 1188 riñones, 61 hígado, 5367 corneas).

Datos del INCORT revelan una tendencia al incremento sostenido en el número de trasplantes realizados en los últimos tres años. Que en el año 2017 se hicieron 56 trasplantes de órganos en el país entre estos 53 de riñón 2 de hígados y un páncreas. Mientras que el 2018 fueron 59 con 56 de riñón y tres hígados, ya para el año 2019 se realizaron 76 trasplantes renales 37 de donantes vivos y 39 de

cadavérico, 354 trasplante de corneas y 5 de hígados reflejando así un aumento con relación a años anteriores. (grafico 1)



La justificación de este aumento sostenido en la actividad de trasplante podemos atribuirlo a la implementación de programas como el Master Alianza que cada año capacita un número de profesionales médicos para que sirvan como enlace en el proceso de captación de posibles donantes, reforzando la idea que con la formación, sensibilización y capacitación del personal sanitario podemos lograr mejores resultados.

**EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GIRONA DR. JOSEP TRUETA** se inauguró en 1956 con el nombre de Residencia Sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad de Gerona con la intención de dar atención a beneficiarios de la Seguridad Social, es decir, a personas sin medios económicos.

Este hospital cuenta con un total de camas 423 y con Número de residentes: 120 MIR, 6 LLIR y 2 IIR Número de Tutores: 38 Servicios acreditados: 29 Especialidades.

Pudimos constatar un incremento en sus bases estadística en comparación a inicio de la coordinación de trasplante en fecha actuales por lo que ha dejado como

eficaz la capacitación del personal sanitario a través de charlas y talleres así logrando incrementar sus números todos los años.

Se formula bajo el departamento de coordinación por un coordinador médico más una asistente de enfermería que son las encargadas de llevar la actividad asistencial relacionada con la donación de órganos y tejidos (monitorización diaria de todos los pacientes con lesión neurológica y Glasgow < 8; seguimiento, revisión de todos los fallecidos como posibles donantes de tejidos) y la actividad de formación dentro y fuera del centro; así como la organización de talleres harán distintos colectivos sanitarios(urgencias, enfermería, médicos de familia , pediatras..) y jornadas de capacitación en extracción de tejido corneal del personal.

## **Objetivos:**

### **General**

Capacitación del personal de salud con mira a aumentar la detección de un potencial donante.

### **Específicos.**

Que los profesionales sean capaces

1. De identificar TODOS LOS POSIBLES DONANTES de sus unidades.  
Conocer la diferencia entre posible donante y potencial donante.
2. Identificar Muerte encefálica como muerte del individuo.
3. Comunicar malas noticias con relación a muerte encefálica.
4. Realizar una entrevista de donación de órganos.



## **Antecedentes de la República Dominicana en donación.**

El primer trasplante renal realizado en nuestro país fue hecho en el año 1972 por el Dr. José Yunén, cirujano urólogo, quien trasplantó a un paciente con IRC el riñón de un donante cadavérico con igual grupo sanguíneo, pero con las limitaciones de inmunosupresión de la época. El injerto se perdió a los pocos días. En 1986, en el Hospital H Cabral y Báez de Santiago de los Caballeros, se realizó otro trasplante exitoso de donante vivo relacionado. El receptor vive hasta nuestros días y muestra una excelente función renal.

En 1987 se inició el programa del Hospital Salvador B Gautier (HSBG), perteneciente al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS); al poco tiempo, en dicho hospital se instaló el primer laboratorio de tipaje para la realización de HLA y Cross-match para el estudio de estos pacientes.

En 1992, en Santiago de los Caballeros comenzó un programa de trasplante renal para pacientes con IRC de la Unidad de Diálisis del Hospital Estrella Ureña, del IDSS. Posteriormente, el programa fue trasladado al Hospital Luis E. Aybar, de la ciudad de Santo Domingo. En el 1993, este mismo grupo, conjuntamente con los nefrólogos del hospital Robert Reid Cabral, realizaron el primer trasplante renal infantil. En el año 1994 se inició el programa de trasplante del Hospital Padre Billini, conformándose, además, una estructura de apoyo interinstitucional para los trasplantes en el sector público.

También en el año 1994, se convocó a toda Latinoamérica a optar por plazas en el Máster de Organización y Gestión en Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, organizado por la Organización de Trasplantes Española (ONT) y la

Universidad de Barcelona iniciándose una nueva etapa en la materia en el contexto latinoamericano ganando en la experiencia por los logros del Modelo Español en esta materia.

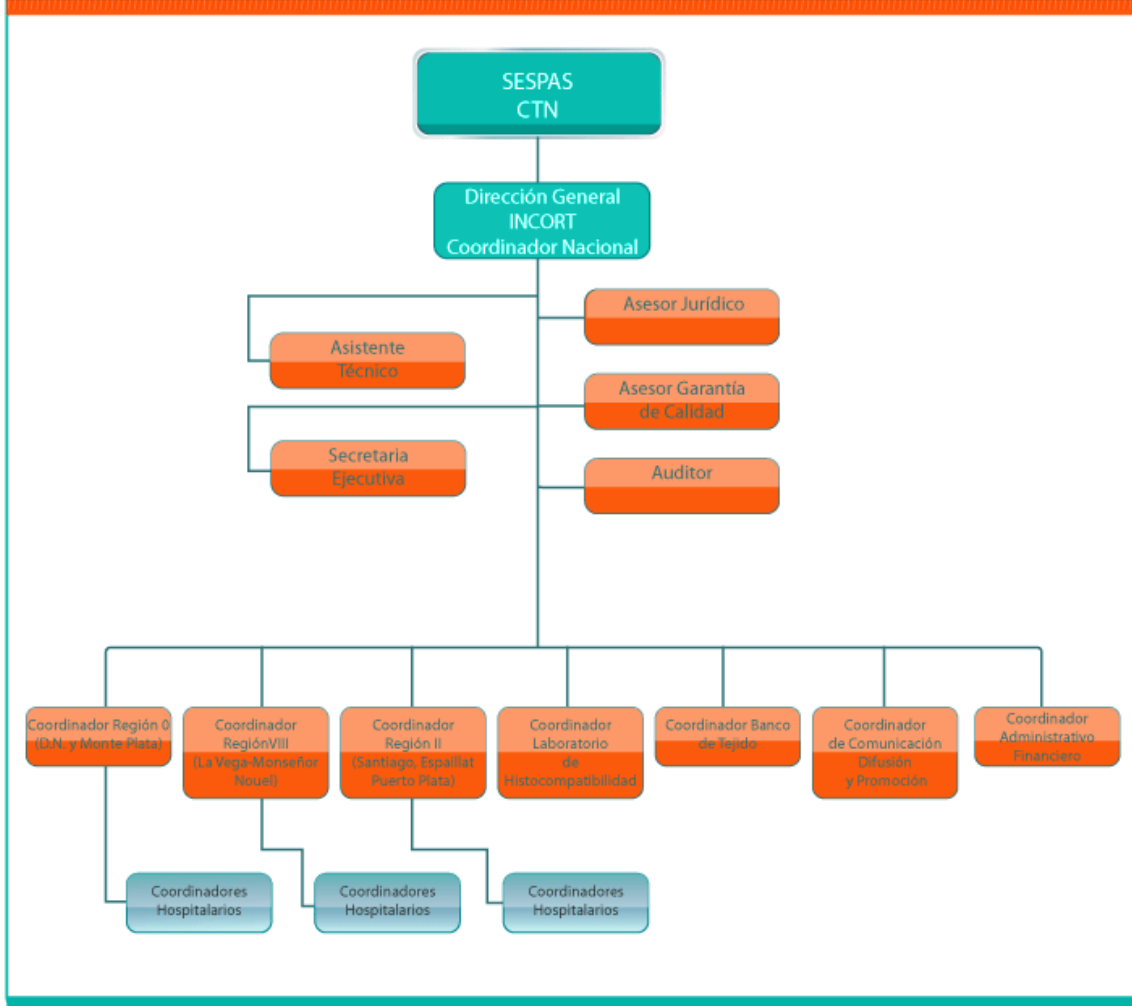
En el año 1996 se sometió un proyecto de Ley a las autoridades Legislativas que incluía una moderna visión en lo concerniente a la donación y el trasplante, así como la creación de las estructuras regulativas y las ejecutivas, unificaba el trasplante de órganos y tejidos y establecía claramente los conceptos éticos de la muerte encefálica y la extracción cadavérica. Fue promulgada en agosto del 1998, Como **Ley de Donación y Legado de Órganos y Tejidos para trasplantes con el No, 329-98.**

En el año 2000 se crearon las entidades que crea la Ley: El Consejo Nacional de Trasplantes, CNT y el Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes, (INCORT). En la gestión del Dr. Juan Ceballos.

En la actualidad funcionan cuatro programas públicos para trasplantes: El del Hospital Salvador B. Gautier, el de SESPAS en Santo Domingo que incluye el Hospital Luis E. Aybar, Hospital Robert Reid Cabral y el del Hospital Padre Billini. El del Cabral y Báez de Santiago y los programas privados de Centro Médico UCE, Corazones Unidos, Clínica Independencia, Cedimat y Plaza de la Salud. Hasta el momento, los equipos han limitado los trasplantes a los de tipo vivo relacionado, se han realizado más de 500 trasplantes renales.

# ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

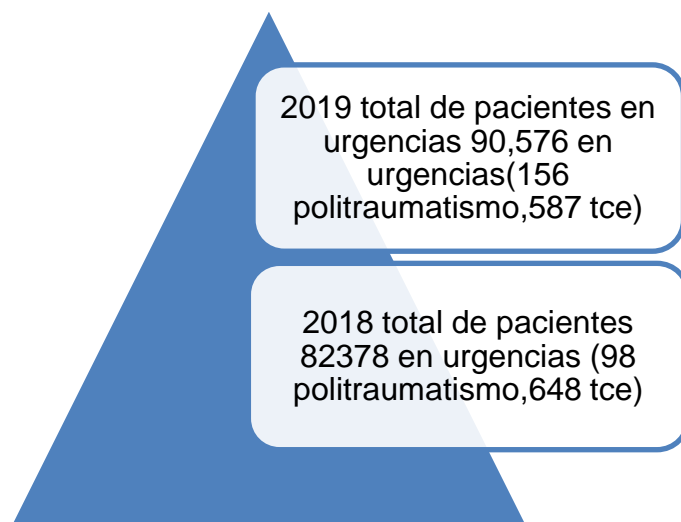
## Instituto Nacional de Coordinación de Transplante "INCORT"



## Antecedentes del Hospital Doctor Antonio Musa.

El Hospital Regional Dr. Antonio Musa se encuentra ubicado en la provincia de San Pedro de Macorís la cual está situada en la Costa Sureste de la República Dominicana, delimita geográficamente: al Norte con las Provincias de Monte Plata y Hato Mayor del Rey, al Sur con el Mar Caribe, al Este con la Provincia de la Romana y al Oeste con la Provincia de Santo Domingo Este La densidad demográfica de la región según el último censo es de 110 habitantes por Km2.

Este hospital es centro receptor de las provincias de la región este (Hato Mayor del rey, Seibo, Romana, La Altagracia, Monte Plata). Por lo que es un centro de tercer nivel que cuenta con las principales especialidades médicas y con un sistema de formación académica de las especialidades médica como son: Medicina Familiar, Emergenciología, Ginecología y Obstetricia. Cuenta con 250 camas dentro de ellas 10 en la unidad de cuidados intensivos y cuenta con un programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal.



## **Materiales y método.**

**Es un estudio observacional**, se ha realizado en el HOSPITAL UNIVESITARIO DOCTOR JOSEP TRUETA, de Girona, España, que es un Hospital universitario de tercer nivel durante el período 5 de febrero al 20 de marzo 2020.

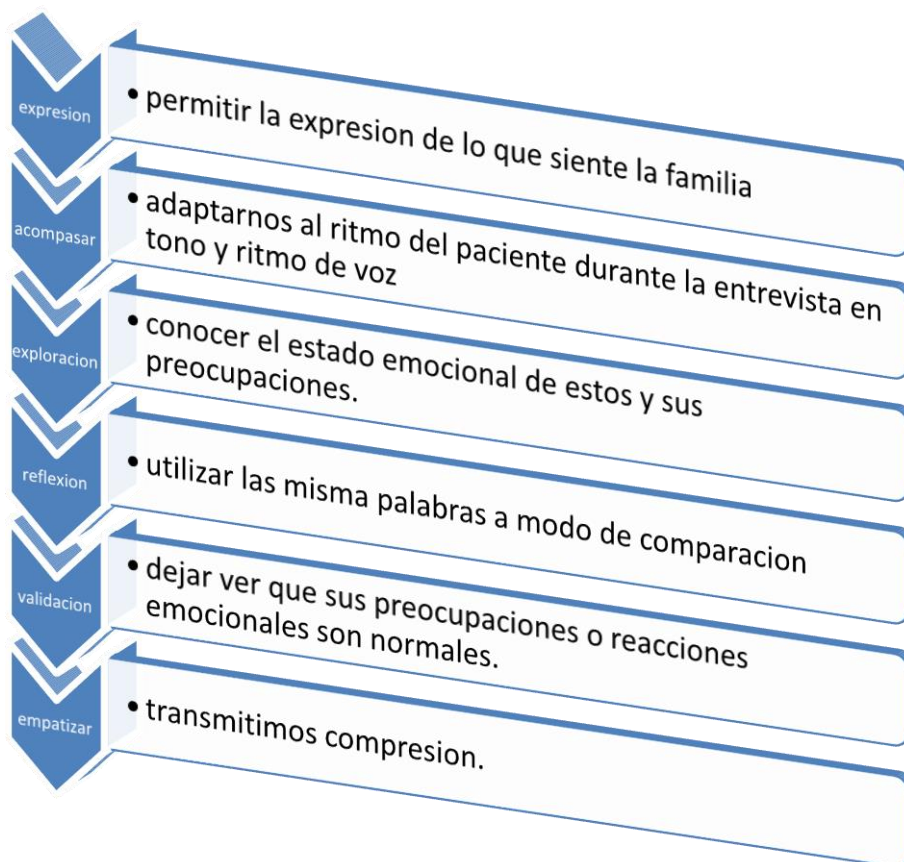
Se tomarán como bases el dato estadístico del HOSPITAL UNIVESITARIO DOCTOR JOSEP TRUETA, a fin de comparar el progreso de captación de donantes de tejidos luego de que se están dando a conocer charlas (dirigidas al personal de enfermería y auxiliares de planta de hospitalización, urgencias y aéreas de críticos) y talleres al personal docente y sanitario de las inclusiones y exclusiones para posibles donantes de tejidos.

El objetivo que se plantea es la normalización de la donación de tejidos en el centro desvinculada de la donación multiorganica, por tanto, básicamente se trata de donación de tejido corneal y en algunos casos multitejidos.

El segundo objetivo es que el personal de enfermería conozca la necesidad y se convierta en el activador del proceso ocupando así un rol importante en la detección de **Posibles Donantes** que es aquel paciente que presente una puntuación en la escala de Glasgow (GCS) igual o menor a 8, daño neurológico severo identificado como fuera de alcance neuro-quirúrgico. Estos pacientes pueden estar en soporte ventilatorio y hemodinámico, llegando a convertirse en **Potencial Donante** que corresponde a todos los posibles donantes que han sido certificados en muerte encefálica (ME) y que al menos un órgano se encuentra en condiciones clínicas de ser trasplantado.

Pudimos contactar durante nuestra estancia en el HOSPITAL JOSEP TRUETA que el pase diario de visitas por las diferentes áreas deja buenas estrategias ya que el personal de salud por el ardua labor del día a día se sumerge en sus quehaceres y se le puede escapar la notificación de cualquier posible donante , por lo que la presencia diaria del asistente de enfermería sirve como referente al recordatorio., esto conjuntamente con la capacitación y formulando técnicas precisas a la hora de comunicar malas noticias lo que va a ser un factor determinante en la familia a la hora de ofrecer la donación , siempre hacia la oferta como una ayuda más que una solicitud.

Entre las técnicas claves a la hora de comunicar las malas noticias están los siguientes puntos. El primer objetivo es permitir la toma de conciencia del estado de salud y los tratamientos realizados con la intención curativo-paliativa.



Con estas técnicas dejamos un mejor escenario para la hora de permitir realizar una entrevista familiar que deben realizarse a los familiares directos de todos los donantes potenciales de órganos y tejidos con los siguientes puntos:

**Planificación familiar:**

1. Tener como base un diagnóstico definitivo de muerte.
2. El médico responsable debe de informar el fallecimiento del posible donante utilizando el termino de muerte y no de muerte encefálica para evitar confusión familia.
3. Avisar del aspecto del paciente y resolver dudas acerca de la apariencia de vida del paciente (ha fallecido, pero mantenemos actividad cardiaca y respiratoria con medicamento y maquinas).
4. Es aconsejable que cuando el medico informe del fallecimiento este presente siempre el coordinador hospitalario de trasplante, o al menos que sea el medico quien presente al compañero de coordinación.
5. Finalmente, que la familia del donante haya asumido la muerte de este, sin esta asunción no es aconsejable hablar todavía de donación, porque quiere decir que no han asumido la situación.

**Entrevista familiar.**

Preparar el escenario.

1. Estar presente la familia del posible donante y lamentar la muerte presente todos los familiares directos del posible donante.
2. No debemos precipitarnos nunca en realizar la solicitud de consentimiento a la donación.

3. Esperar preguntas de la familia.
4. Es en ese momento y no antes cuando solicitaremos el consentimiento a la donación de órganos para trasplante, comentándoles que su familiar falleció (nombrándoles por su nombre propio) y siempre acentuando que puede ayudar a otras personas.
5. Realizar la entrevista en un espacio privado.
6. Actitud con la familia es muy importante una actitud seria respetuosa y empática ante la familia del posible donante y lamentar la muerte del paciente.
7. Solicitud del consentimiento es recomendable solicitar el consentimiento a la donación de forma genérica y formalizar dicha solicitud.
8. Trámites administrativos de la política mortuoria, explicando así a la familia todos aquellos trámites administrativos y obligatorios.

### **Criterios de Muerte encefálica:**

Primero dejar claro el concepto de muerte encefálica es vital para así poder entender el término a la hora de hablar de ello y establecer diferencia entre coma y muerte encefálica.

**Muerte encefálica:** esta se define como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales tanto de los hemisferios cerebrales como del tronco encefálico.

Diferencia entre muerte encefálica y coma: en el coma el cerebro sigue funcionando, aunque sea a nivel muy bajo, mientras que en la muerte encefálica el cerebro no tiene actividad, no fluye sangre ni oxígeno a este, las pupilas no



responden al estímulo, no hay reacción al dolor y el paciente es incapaz de respirar sin asistencia médica.

La fisiopatología implica un aumento de la presión intracraneal (PIC), con una Disminución de la presión de perfusión cerebral y del flujo sanguíneo cerebral y En consecuencia, con una oxigenación y metabolismo inadecuados. El aumento De la PIC se eleva por encima de la tensión arterial sistólica del paciente, cesa definitivamente el flujo sanguíneo cerebral, se instaura la parada circulatoria Cerebral y se produce la muerte encefálica.

Las etiologías más frecuentes de muerte encefálica son ictus isquémico o hemorrágico, hemorragia subaracnoidea, traumatismo craneoencefálico, Encefalopatía anóxica post parada cardiaca y tumores del Sistema Nervioso Central.

Exploración clínica y métodos auxiliares del diagnóstico clínico de muerte encefálica se basa en 3 pilares:

- 1. Coma profundo arreactivo**
- 2. Ausencia de reflejos tronco-encefálicos**
- 3. Apnea**

**Coma profundo arreactivo:** El paciente tiene que encontrarse en coma profundo y arreactivo con hipotonía Muscular generalizada. La estimulación algésica será realizada en el territorio de los nervios craneales, provocando dolor intenso a nivel supraorbitario, labio superior o articulación temporomandibular.

No puede existir ningún tipo de respuesta motora o vegetativa, así como respuestas motoras en descerebración ni descorticación.

**Ausencia de reflejos tronco-encefálicos:** la exploración debe ser bilateral y se debe constatar la ausencia de todos los reflejos:

1. Reflejo foto motor: Se realiza estimulación con un foco de luz potente observándose en condición normal una contracción pupilar. En muerte encefálica las pupilas pueden ser redondas ovals o discóricas y tamaño desde 4-9 mm, pero siempre son arreactivo a la luz.

2. Reflejo corneal: se realiza estimulación corneal con gasa o torunda de algodón, observándose en condiciones normales una contracción palpebral y lagrimeo. En muerte encefálica no existe ningún tipo de respuesta.

3. Reflejo oculocefálico: manteniendo abiertos los ojos del paciente, se realizan giros rápidos de la cabeza en sentido horizontal, observándose una desviación ocular conjugada opuesta al lado del movimiento, volviendo los ojos posteriormente de forma espontánea a su posición de reposo. En muerte encefálica no existe ningún tipo de movimiento ocular.

4. Reflejo oculovestibular: con la cabeza a 30 grados, se inyecta en el conducto auditivo externo 50 cc de suero frío, manteniendo abiertos los ojos del paciente durante 1 minuto y observando en condiciones normales un nistagmo de componente lento hacia el oído irrigado y componente rápido que se aleja del

conducto irrigado. El nistagmo es regular, rítmico permanece menos de 2-3 minutos. En muerte encefálica no existe ningún tipo de movimiento Ocular.

5. Reflejo nauseoso: estimulando el velo del paladar blando, úvula y orofaringe, se observa la aparición de náuseas. En muerte encefálica no existe ningún tipo de respuesta.

6. Reflejo tusígeno: Se introduce una sonda a través del tubo endotraqueal, provocando estimulación de la tráquea, observándose en condición normal la aparición de tos. En muerte encefálica no existe respuesta

**Test de Atropina:** Explora farmacológicamente la actividad del nervio vago y de sus núcleos tronco-encefálicos. Se administran 0.04 mg/kg de sulfato de atropina IV comprobándose la frecuencia cardíaca pre y post inyección.

En muerte encefálica no debe superar el 10% de la frecuencia cardíaca basal. No administrar la atropina por la misma vía venosa donde se están infundiendo las catecolaminas ya que esto puede producir taquicardia y darnos un resultado falso.

#### **Test de la Apnea:**

Debe ser realizado al final de la exploración, y su objetivo es demostrar la ausencia de respiración espontánea. Inicialmente se realiza una hiperoxigenación y se modifican los parámetros del respirador para conseguir una normo ventilación. Extraer una gasometría para documentar la PCO<sub>2</sub> y

desconectar al paciente del respirador. El médico observará detenidamente el tórax y abdomen comprobando que no exista ningún tipo de movimiento respiratorio, durante el tiempo de desconexión.

El tiempo de desconexión es variable y estará en función del nivel previo de PCO y de la temperatura del paciente. Cada minuto de desconexión se eleva 2-3 mmhg. En pacientes con patología pulmonar y grandes requerimientos de oxigenoterapia y PEEP, dicho test puede provocar un colapso alveolar. En esta situación se debe realizar siempre el test de apnea con CPAP, aplicada mediante válvulas específicas en la salida respiratoria del tubo en T o mediante “ventilación en modo objetivo es demostrar que el paciente no respira cuando el centro respiratorio esta máximamente estimulado por hipercapnia y acidosis.

Al finalizar el test de la Apnea. Se realiza una gasometría arterial para constatar que la PCO<sub>2</sub> es superior CPAP” en el respirador. La CPAP utilizada con norma es 10cm de H<sub>2</sub>O, pero puede ser más elevada según necesidades.

**Pruebas diagnósticas instrumentales** Se pueden clasificar 2 tipos:

Electroencefalograma: El EEG es un método de diagnóstico sencillo, rápido, no invasivo y fácil de realizar, en la unidad del paciente, por lo que es el más realizado. Estudia la actividad eléctrica de la corteza cerebral en la convexidad de los hemisferios cerebrales, pero no estudia la certeza de la base ni de la profundidad de los hemisferios.

La limitación del EEG es su interferencia con fármacos depresores del SNC por lo que en situaciones como coma barbitúrico no puede utilizarse para realizar el diagnóstico de la muerte encefálica.

Sonograma con flujo reverberante, flujo oscilante bifásico o patrón de flujo diastólico invertido. Se caracteriza por la presencia de flujo anterógrado en sístole, acompañado de un flujo diastólico retrógrado o invertido. Este patrón aparece cuando la PIC es superior o igual a la PAS y se produce el cese de la perfusión cerebral.

### **Otros métodos utilizados**

Arteriografía cerebral convencional: considerado el estándar para demostrar la ausencia de flujo sanguíneo cerebral. Además de la clásica arteriografía de cuatro vasos con cateterización selectiva de las dos arterias carótidas internas (ACI) y las dos arterias vertebrales, se puede realizar una arteriografía cerebral de troncos supra aórticos.

Para establecer el diagnóstico definitivo de muerte encefálica se requiere de unos requisitos básicos de protocolo:

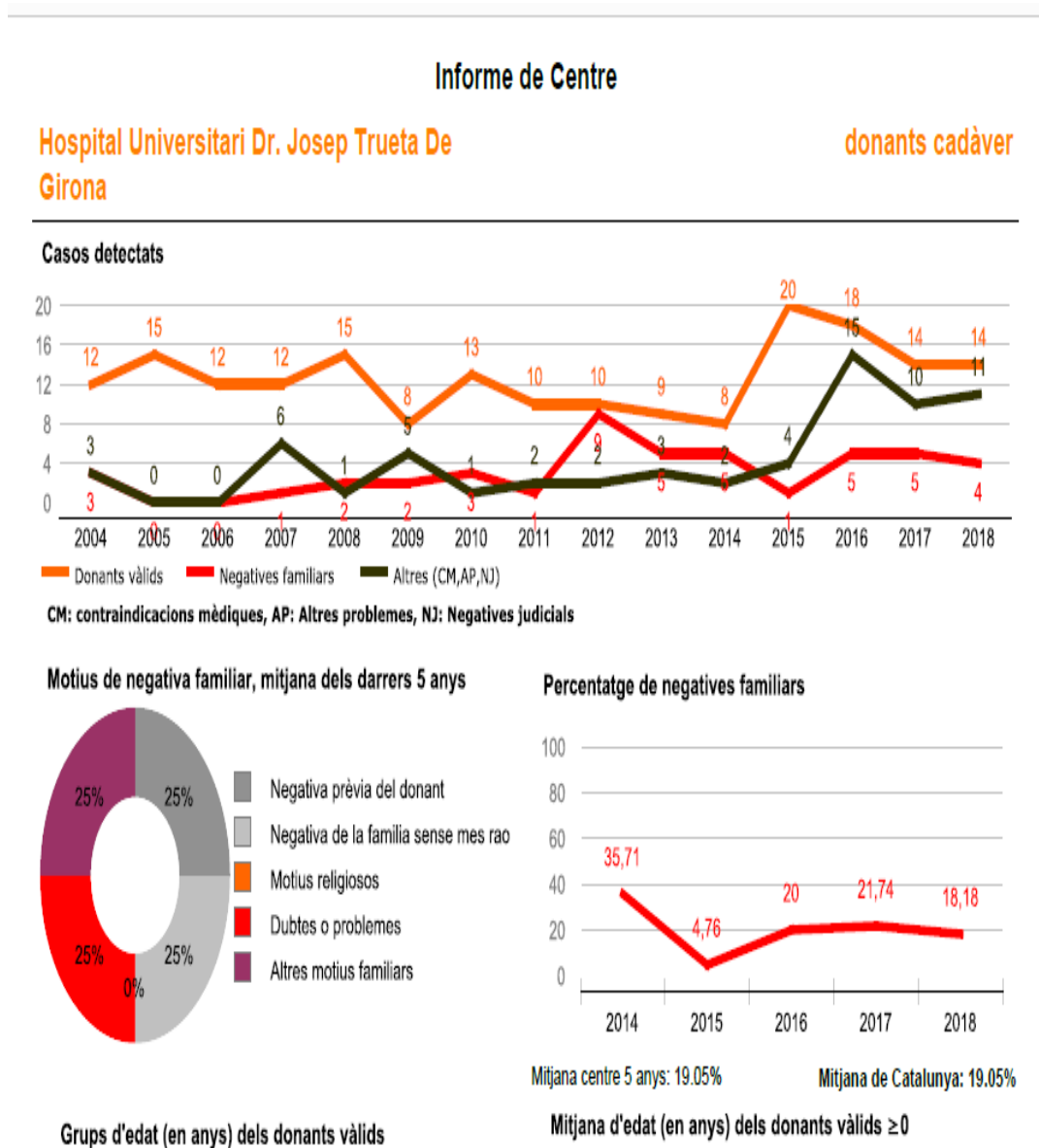
- A) Estabilidad cardiocirculatoria.
- B) Oxigenación y ventilación adecuadas.
- C) Ausencia de hipotermia grave (32 a 35 grados)

Los indicadores que no proceden al diagnóstico de muerte encefálica.

1. Alteraciones toxicas (exógenas).
2. Alteraciones metabólicas reversibles.
3. Alteraciones por medicamentos o sustancias depresoras del sistema nervoso y relajante muscular.
4. Hipotermia.

## Resultados.

Desde su inicio del programa de donación de órganos y tejido en el HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSEP TRUETA se ha podido contactar un aumento del número de donantes desde sus inicios hasta la fecha y volvemos a recalcar que esto se debe a la capacitación constante del personal sanitario como veremos reflejado en los datos estadísticos.



## **Conclusiones.**

En la pasada década, en España, desde la Organización Nacional de Trasplantes se promocionó el proyecto conocido como Plan 4011,17, cuyo objetivo era elevar la tasa de donación hasta 40 por millón de población en el territorio nacional. Dicho proyecto, además de incluir como objetivo la optimización del proceso de donación en ME, implicaba aumentar la detección de posibles donantes fuera de las áreas de críticos, ampliar la utilización de todos los posibles donantes cadavéricos, incluyendo la donación en asistolia (controlada y no controlada), y la implementación de la donación de vivo como un complemento a la donación de cadáver, obteniendo así en el día de hoy un mayor incremento en la tasa de donaciones de órganos y tejidos por año.

Sin duda alguna la actividad de donación y trasplante de órganos que sitúan a España como número uno a nivel mundial basa su éxito en el “Modelo Español” y su organismo coordinador. En el Hospital Universitario DOCTOR JOSEP TRUETA centrados en puntos claves como la implementación de protocolos de actuación, la detección y seguimiento de pacientes con lesiones neurológicas severas y la promoción de la donación tanto intra como extrahospitalario es la estrategia que debemos aprender y profundizar en todas sus fases y trasladarlos a nuestro Hospital con el propósito de salvar vidas o mejorando la calidad de ellas mediante el aumento de la donación y el trasplante de órganos.

La detección de posibles donantes fuera de la unidad de cuidados intensivos y la entrevista previa constituye una de las alternativas más eficaces para aumentar el número de donantes. Se debe capacitar a los profesionales de los



diferentes servicios, para que de esta manera notifiquen oportunamente los posibles casos que podrían evolucionar al diagnóstico de ME.

Claramente en las estrategias para aumentar la detección de pacientes en muerte encefálica como potenciales donantes debe basarse primero en la formación continua, métodos complementarios disponibles, conocimiento sobre los aspectos legislativos, éticos y evitar la obstinación terapéutica. A partir de la formación continua de médicos y enfermería del HOSPITAL REGIONAL DOCTOR ANTONIO MUSA se podrá mejorar la detección de este tipo de pacientes, como potenciales donantes.

Entender el concepto de muerte encefálica para un diagnóstico adecuado será el primer objetivo, que implica mucha responsabilidad. De forma inherente siempre se valorará al paciente como un donante potencial de órganos y se iniciarán las medidas de mantenimiento oportunas junto con un equipo médico multidisciplinar y de enfermería capacitada y sensibilizada con respecto a un paciente donante.

La comunicación de la muerte a la familia se hará de forma segura, con lenguaje sencillo y con claridad. El médico intensivista debe entender, dentro de las decisiones clínicas, a la donación como dentro de los cuidados al final de la vida, así como también la retirada de las medidas de soporte una vez confirmada el diagnóstico que no sea posible la donación sea por negativa familiar o por contraindicaciones médicas.

## Bibliografía.

1. Potencialidad de donación de órganos en muerte encefálica y limitación del tratamiento de soporte vital en los pacientes neurocríticos [file:///C:/Users/18095/Downloads/S0210569114002095%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/18095/Downloads/S0210569114002095%20(1).pdf)
2. APLICACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA DE ENTREVISTA FAMIL.pdf [Internet]. [citado 1 de marzo de 2019]. Disponible en: [http://masteralianza.ont.es/download/tesinas\\_master\\_2013/Thelma%20Dragust inavis%20Alvarez.pdf](http://masteralianza.ont.es/download/tesinas_master_2013/Thelma%20Dragust%20inavis%20Alvarez.pdf)
3. Matesanz, Rafael. El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes. Ed. Aula Médica. Madrid 2008. Págs.:11-26.
4. Matesanz, Rafael. Guía de Buenas Prácticas en el proceso de Donación de Órganos. ONT – Madrid 2012