

1.- INTRODUCCIÓN:

El trasplante de órganos constituye actualmente una forma novedosa de terapéutica, con indicaciones precisas y aceptación universal. El tema ha generado en los últimos 40 años diversos dilemas éticos, comenzando con sus primeras etapas experimentales y planteando en la actualidad preocupación por los grandes costes en sociedades con recursos financieros escasos. Es una alternativa de curación y prolongación de vida en varias enfermedades que, de otra forma serían mortales a corto plazo. Es una posibilidad de tratamiento que en ciertas circunstancias podría calificarse de extraordinaria, si bien en función de realidades donace lugar y tiempo, y de posibilidades técnicas y financieras, no es desproporcionada. Su licitud deriva del cumplimiento del principio de finalidad terapéutica, pues su objetivo médico tiende al bien del paciente.

En 1959 Mollaret y Goulom describen los primeros pacientes con muerte cerebral, inicialmente fue el propio desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos y la utilización de medios de soporte circulatorio y respiratorio, lo que permitió mantener adecuadamente a los pacientes con muerte cerebral e impulsar de forma espectacular los trasplantes en las últimas décadas.

El mantenimiento del donante cadáver, supone un sobre esfuerzo tanto asistencial como emocional, pero ello debe ser asumido como importante y necesario. No podemos olvidar los miles de pacientes que gracias a trasplantes son portadores de una mejor calidad de vida o que simplemente gracias a ello hay aún están vivos.

Un solo donante de órganos y tejidos, tiene un inmenso valor sanitario, desde el punto de vista asistencial puede favorecer la posibilidad de varios trasplantes y desde el punto de vista económico significa el ahorro de millones de euros.

2.- OBJETIVOS:

- Ver el papel asistencial de la enfermera dentro del equipo coordinador de donación de órganos.
- Planteamiento de las cuestiones éticas a las que está expuesto el profesional miembro de dicho equipo coordinador.

3.- METODOLOGÍA:

Este trabajo contiene una parte bibliográfica, con la que componemos el marco teórico y en ella explicamos en que consiste la donación de órganos y el proceso que se lleva a cabo a partir de la localización de un posible donante. La segunda parte del trabajo consiste en una opinión personal, en la que exponemos nuestra visión sobre la donación de órganos después de habernos documentado sobre el tema y su problemática.

4.- ANÁLISIS DE LA REALIDAD DEL TEMA:

Según una noticia explica que el 40 por ciento de las negativas se deben al rechazo a donar por parte del individuo en vida, y atribuyó el 60 por ciento restante a causas diversas como el mutismo y el bloqueo emocional que sufren las familias de las víctimas, a problemas sanitarios y sociales, a falta de comprensión de la situación, o a consideraciones religiosas.

"Aunque en frío el 90 por ciento de la población es favorable a la donación, la situación cambia cuando se trata, sobre todo, de muertes súbitas e inesperadas, ante las cuales la primera reacción de la familia suele ser negar lo ocurrido".

España continúa liderando la tasa mundial en materia de donaciones, con 32 por millón de habitantes, frente a

las 15–16 de los países de nuestro entorno.

Actualmente, 2.800 pacientes están en lista de espera para un trasplante renal, 386 para uno hepático, 105 para uno cardíaco, 61 para uno pulmonar y 24 para uno de páncreas. Además, más de 2.000 esperan para un trasplante de córnea y anualmente se tratan más de 4.000 enfermos por un injerto óseo.

5.– LEGISLACIÓN ESPAÑOLA SOBRE TRASPLANTES (ley 30 / 1979)

5.1.– ¿ Quién es donante?

La Ley española de trasplantes considera el *consentimiento presunto* a la donación de órganos de todos los ciudadanos españoles cuando fallecen siempre y cuando no hayan dejado constancia expresa de su oposición a la donación de órganos (artículo 5º, puntos 2 y 3).

Cuando por el origen de la muerte se sigue una causa judicial, debe constar la autorización del juez al que corresponda el conocimiento de la causa, el cual deberá concederla en aquellos casos en que la obtención de los órganos no obstaculice la instrucción del sumario por aparecer debidamente justificadas las causas de la muerte.

5.2.– Precio de un órgano:

No se podrá percibir compensación alguna por la donación de órganos. Ni se exigirá al receptor precio alguno por el órgano trasplantado.

Se arbitrarán los medios para que la realización de estos procedimientos no sea en ningún caso gravoso para la familia del fallecido (artículo 2º).

5.3.– Anonimato de la identidad del donante y el receptor:

Se garantiza el anonimato del receptor (artículo 4º, apartado d), se entiende que ante la familia del donante cadáver y personas ajenas al trasplante.

Es también el espíritu de la Ley, aunque no consta expresamente, en el caso de donantes cadáveres el anonimato del donante ante los receptores o sus familias.

5.4.– Objeto del trasplante:

El destino del órgano extraído será su trasplante a una persona determinada, con el propósito de mejorar sustancialmente su esperanza o condiciones de vida (artículo 4º, apartado d).

6.– SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN FAMILIAR Y JUDICIAL A LA DONACIÓN DE ORGANOS:

En España, para que un donante potencial de órganos sea donante real se requiere la obligatoriedad en la solicitud de la autorización familiar para la extracción de órganos. A los familiares se les pregunta por lo manifestado en vida por el fallecido respecto a la donación de órganos a su muerte y en caso de que éste no se hubiera pronunciado, la familia del donante potencial es la que en última instancia decide a pesar de lo establecido por la legislación española sobre trasplantes que es de consentimiento presunto.

El clínico que ha sido responsable del hasta entonces paciente no tiene potestad alguna ni le avala ningún derecho para decidir si se produce la solicitud a la familia, en todo caso sus derechos son de inferior rango al derecho del fallecido a que se respete la voluntad a la donación que hubiera declarado en vida. Los derechos de los receptores en espera para recibir un órgano o tejido son superiores a las consideraciones e impresiones del clínico responsable del ahora cadáver.

6.1.– Consentimiento familiar a la donación de órganos:

En el mundo, existen dos tipos de legislación:

- Consentimiento presumido:

Todo el mundo es donante, a no ser que exprese su voluntad en sentido contrario en vida. España se encuadra en este grupo (Anexo 3, Ley 3 / 1979, de 27 octubre, y Real Decreto 426 / 1980, de 27 de febrero).

- Consentimiento explícito:

El donante potencial tiene que declarar en vida su voluntad de donar.

En todos los países, tanto si el consentimiento es presumido como si es explícito, se solicita a la familia.

La voluntad familiar es siempre la que prevalece.

7.– EL COORDINADOR DE TRASPLANTES:

La coordinación de trasplantes es un proceso complejo compuesto de muchos apartados, cada uno de los cuales está cuajado de matices. Un matiz puede implicar una repercusión pronóstica de los trasplantes determinante. Un matiz puede tener o representar un coste millonario.

Entre las características personales de cualquier profesional, de cualquier actividad, que destacan para configurar un buen profesional están la capacidad, la formación, la dedicación y la ilusión por el trabajo. A los profesionales de la coordinación de trasplantes se les han de añadir dos características fundamentales:

- Conciencia y convencimiento de la relevancia del trabajo que realizan;
- Espíritu de sacrificio.

El coordinador de trasplantes que va a solicitar el permiso familiar para la donación, debe partir de unos conocimientos totalmente diferentes.

Todos los profesionales de la coordinación de trasplantes han de ser expertos en los aspectos técnicos, jurídicos y administrativos del proceso de extracción de órganos y tejidos y trasplante.

Aun cuando responsable directo de la consecución de los órganos de un donante, se siente respaldado por todo el hospital, ya que su trabajo está directamente relacionado con él.

7.1.– Características de los profesionales de la coordinación de trasplantes hospitalario:

Un donante de órganos y tejidos puede representar decenas de pacientes trasplantados, siete de órganos (dos pulmones, corazón, hígado, páncreas y dos riñones), y decenas de tejidos (córneas, células pigmentarias de la retina, arterias y venas, válvulas cardíacas, islotes pancreáticos, huesos corticales y esponjosa, ligamentos y tendones, piel, etc.). La relevancia de un solo donante en los aspectos asistenciales y económicos es extraordinaria.

La coordinación de trasplantes es un proceso complejo compuesto de muchos apartados, cada uno de los cuales está cuajado de matices. Un matiz puede implicar una repercusión pronóstica del trasplante determinante. Un matiz puede tener o puede representar un coste millonario. La necesidad de profesionales altamente cualificados al frente de la coordinación de trasplante es ineludible.

Entre las características personales de cualquier profesional, de cualquier actividad, que destacan para configurar un buen profesional están la capacidad, la formación, la dedicación y la ilusión por el trabajo.

A los profesionales de la coordinación de trasplantes se les han de añadir dos características fundamentales:

- Conciencia y convencimiento de la relevancia del trabajo que realizan;
- Espíritu de sacrificio.

Todos los profesionales de la coordinación de trasplantes han de ser expertos en los aspectos técnicos, jurídicos y administrativos del proceso de extracción de órganos y tejidos y trasplante.

Los médicos de la coordinación de trasplantes deben ser expertos en patología médica y en el mantenimiento del cadáver en muerte encefálica y a corazón latiente.

La evaluación del cadáver potencial donante de órganos y tejidos exige una formación específica que garantice dos apartados fundamentales:

- La calidad del proceso de evaluación de los órganos y tejidos a trasplantar, y
- No descartar ningún cadáver candidato a donante de órganos y tejidos por causas médicas, de forma injustificada.

8.- LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA CIUDADANÍA EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS:

Los dos conceptos básicos por los cuales la población piensa en que hay que ser donante es el de solidaridad y reciprocidad. Todos los ciudadanos tienen igual acceso al trasplante. Su precio es cero pesetas.

Es anecdótico el ciudadano que requiere un trasplante para sí o uno de los suyos y rehúsa el trasplante. Sin embargo, más del 30% de las familias de cadáveres que pueden ser donantes de órganos niega la donación. Entre éstos, familias que tienen un miembro trasplantado o en lista de espera para recibir un trasplante.

Las causas más frecuentes de negación de la donación por orden de frecuencia son:

- No porque no. No tienen argumento alguno. Se relaciona con niveles culturales bajos o muy bajos.
- Negativa en vida del cadáver a la donación de órganos.
- Sensación por parte de la familia del cadáver de mala praxis en la fase en la que el cadáver fue paciente, o sensación de la familia de atención o información incorrectas, insuficientes o inadecuadas.
- Precipitación en la solicitud de la donación o solicitud inadecuada, tanto por parte del clínico responsable como del coordinador de trasplantes.

Por otro lado, los factores positivos a la donación son fundamentales de dos tipos:

- Independiente del centro: La manifestación expresa en vida del cadáver a ser donantes (puede que la familia no lo respeta), y también un buen nivel cultural de la familia del cadáver.
- Dependiente del centro: relacionado con el grado de satisfacción de la familia de la acción, trato y atención recibidas por el cadáver y la familia por parte de todos los estamentos de la institución.

La colaboración activa de la población es fundamental en el trasplante, no hay trasplantes si no hay donantes. Y no hay donantes si las familias no conceden la autorización. Por lo tanto, la obtención de la donación requiere una técnica y una sistemática precisa.

8.1.- Promoción de campañas de educación sanitaria

La disposición final cuarta del Real Decreto 426/80, en su punto 2, establece que corresponderá al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, a través de la Secretaría de Estado para la Sanidad: Promocionar campañas de educación sanitaria y solidaridad humana en estas materias, determinar las medidas informativas de deben facilitar los Centros sanitarios y precisar el funcionamiento del registro especial que debe existir en los mismos.

9.- PRINCIPIOS ÉTICOS EN EL PROCESO DE LA DONACIÓN – TRASPLANTE DE ÓRGANOS:

9. 1.- Autonomía:

Este principio ético hace referencia al respeto absoluto del individuo como persona, es decir, respetar al ser humano en sí mismo y a las decisiones que haya tomado. Para ello siempre se solicita la autorización de la familia puesto que es la forma de suponer, mediante las personas allegadas que conocían bien la voluntad del fallecido, cuál era su opinión respecto a la donación.

No obstante, nos encontramos con un delicado problema y es que en muchas ocasiones, la familia no respeta la voluntad del fallecido o simplemente desconoce cuál era su opinión sobre la donación de órganos. Esto significa que en última instancia los familiares pueden exponer su propio punto de vista y no el del fallecido, por lo que se estaría violando el principio ético de la autonomía.

Las causas por las que en ocasiones se incumple este principio pueden proceder tanto del personal sanitario como de la familia del donante.

9. 2.- No-maleficencia:

Es uno de los principios ético fundamentales en cualquier actuación médica, se trata de no hacer daño. En este contexto, hay dos aspectos que son fundamentales: la muerte cerebral y el tratamiento al cadáver.

Muerte cerebral: para llevar a cabo una extracción de órganos es imprescindible que el paciente se halle en una situación en la que el cerebro esté extensa e irreversiblemente dañado, no puede mantener la homeostasia externa e interna y no es posible su recuperación.

Tratamiento al cadáver: El cadáver ha de ser tratado con sumo respeto, es decir, el tratamiento al cadáver es el mismo que el se una intervención quirúrgica reglada, ya que el trasplante comienza con la obtención del órgano.

9. 3.- Justicia:

Este principio ético hace referencia a la distribución de órganos, es decir, la asignación o reparto de órganos para trasplante debe realizarse bajo el principio de justicia y equidad, basándose exclusivamente en criterios médicos (por ejemplo, inmunológicos, compatibilidad, etc.) y no en criterios que sean discriminatorios (por ejemplo, edad, sexo, raza, religión, condición social, etc.) o utilitaristas (por ejemplo, capacidad de trabajo, utilidad social, etc.)

Uno de los hechos que viola este principio ético hace referencia al comercio y tráfico de órganos. La escasez de órganos disponibles para trasplante ha originado un comercio lucrativo de los mismos en ciertas áreas geográficas del mundo debido a su bajo nivel de desarrollo socioeconómico.

9. 4.- Beneficencia:

Este es el principio ético último y la finalidad a conseguir con el proceso de donación. Concretamente, se trata de hacer el bien a otras personas. En el caso que nos ocupa, puede variar desde seguir viviendo ante la

necesidad de un órgano vital (por ejemplo, un corazón, un hígado, etc.) hasta mejorar la calidad de vida del paciente (por ejemplo, dejar de estar sometido a diálisis gracias a un trasplante renal).

Hemos de tener en cuenta que a pesar del beneficio que reporta el trasplante a los pacientes que lo necesitan, éstos también sufren una serie de repercusiones psicológicas tras el implante: Alteraciones del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales y alteraciones de la imagen corporal. A pesar de la existencia de estas repercusiones psicológicas en algunos pacientes trasplantados, sin duda, el trasplante de órganos es un tratamiento eficaz que en la mayoría de los casos devuelve al enfermo trasplantado una vida completamente normal. No obstante, hay que decir que los trasplantados son personas que tendrán que tomar fármacos toda su vida.

9. 5.- Anonimato y confidencialidad:

Este principio ético hace referencia a la necesidad de respetar la identidad, tanto del donante como del receptor, todo ello con la finalidad de proteger los intereses del paciente, de su familia y de la familia del donante.

El gran problema que hallamos en esta área es que los medios de comunicación, en muchas ocasiones, incumplen este principio ético porque dan a conocer los datos identificativos de los donantes y de sus receptores.

Si se conocieran ambas familias, la del donante y la del receptor, podrían derivarse situaciones o sentimientos de deuda por parte de los receptores y de pertenencia por parte de los donantes.

Consecuentemente, estos problemas podrían eliminarse si los medios de comunicación no violarán el principio ético del anonimato y la confidencialidad.

10.- OPINIÓN:

Ahora que estamos más informadas de la donación y el trasplante de órganos en general, y sobretudo el papel de enfermería en esta proceso, que creemos acreditado favorablemente en las paginas anteriores, podemos dar una opinión más subjetiva sobre el tema expuesto.

Hemos podido observar que la negativa hacia la donación es tanto por parte de la familia como por parte de algunos profesionales, consecuentemente, nuestra primera intervención iría encaminada hacia una mejor preparación profesional, puesto que algunos no poseen un entrenamiento especial para solicitar la donación.

La base de ésta será el convencimiento del profesional de que la donación es una acto necesario, altruista, humanitario y con ella se puede salvar a siete vidas (en el caso de la donación total de órganos). Esto disminuirá la ansiedad y el sentimiento de culpabilidad del profesional ante la pérdida del paciente.

Con esta acción creemos que evitaremos las posibles negativas por parte de los profesionales del tipo:

- No desean causar ansiedad adicional a la familia del donante.
- Temen las reacciones de los familiares.
- Consideran las circunstancias acontecidas demasiado trágicas como para solicitar la donación.
- Tienen dificultad en admitir los propios errores.
- Poseen sentimientos de culpa por haber fracasado en salvar la vida del paciente.

También opinamos que la enfermera debería tener un papel más importante dentro del proceso de donación debido a que es el profesional que más contacto mantiene con la familia del donante.

Vemos necesaria una mejor formación de cara a dar un acompañamiento en el proceso de duelo, una disminución de la ansiedad que conlleva éste y el soporte y la ayuda al convencimiento familiar así como la accesibilidad a la información que la familia requiera.

Ante la problemática de no conocer la voluntad en vida del fallecido sobre su aceptación o no de la donación de sus órganos, nos encontramos con familias que puede que escondan el hecho de que el fallecido estuviera de acuerdo con la donación o que simplemente ignoren su voluntad.

Así pues, creemos conveniente el proporcionar y promocionar por parte de la Sanidad, la información y recursos necesarios para facilitar la respuesta positiva de la población en cuanto a la donación de sus órganos y / o tejidos antes de que llegue el fallecimiento.

Para que así se reflejara debería constar por escrito la voluntad expresa de cada uno a no ser que sea el caso de menores de edad o personas con deficiencias mentales importantes, que aún así, debería valorarse particularmente cada situación para poder objetivar si el menor o la persona discapacitada psíquicamente están en facultades para poder decidir, si no fuera posible deberán tomar la decisión los padres, tutores o responsables legales de dicha persona.

Nuestra propuesta irá encaminada a:

Realización de una campaña con objetivo de sensibilizar a la población de la importancia de la donación de órganos y tejidos.

En esta se incluirían trípticos, carteles, anuncios publicitarios, videos (VHS),...

Realización de charlas para acercarnos más a la población, estas se llevarían a cabo en:

Colegios, en forma de juegos didácticos y entretenimiento.

Institutos y Universidades, donde se haría de una manera más formal, en forma de seminario y con video.

En grupos de amas de casa, en empresas,...

Con estas actividades encaminadas a la familia, población y profesionales sanitarios (enfermería sobretodo) creemos que aumentaríamos el número de donantes, consiguiendo así el poder salvar o mejorar la calidad de vida de muchas personas.

11.- BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- A. López – Navidad, J. Kulisevsky, F. Caballero. **El donante de órganos y tejidos. Evaluación y manejo.** Barcelona. Ed: Springer – Verlag Ibérica. 1997.

Artículos:

- Fermín García Marcos. **Aspectos éticos en trasplante de órganos.** Revista Cuadernos de bioética. Mayo – Agosto 2001. Volumen 12. Número 45. Páginas: 253 – 265.
- Johnson, R. (et al). **Ayudar a la familia en el proceso de donación.** Revista Nursing. Diciembre 2000. Volumen 18. Número 10. páginas: 18 – 21.

- A. Martínez Sesma, M. Zabalza Ollo. **Cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante potencial de órganos en muerte encefálica.** Revista Enfermería Intensiva. Enero – Marzo, 2001. Volumen 12. Numero 1. Páginas 10 – 20.
- J. Ripoll. **El personal sanitario, el coordinador de trasplantes intrahospitalario y la familia del donante de órganos / tejidos.** Revista Enfermería Intensiva. Abril – Junio 1994. Volumen 5. Número 2. Páginas: 65 – 72.

Páginas de Internet:

- <http://www.unos.org> visitada el 15 / 11 / 2003.
- <http://www.lifelinkfound.org> versión en español visitada el 14 / 11 / 2003.
- <http://www.donacion.organos.ua.es/> visitada el 03/ 12 / 2003.

12.- ANEXOS:

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DONANTE POTENCIAL DE ÓRGANOS.

Los cuidados enfermeros ante un donante de órganos son primordiales para su mantenimiento y para la posterior utilización en las mejores condiciones posibles de los órganos destinados a trasplante.

- **Dedicación exclusiva al donante:** La enfermería de mantenimiento del donante de órganos se dedica en exclusiva al donante de órganos, no tiene responsabilidad alguna sobre la asistencia de cualquier otro paciente que se encuentre en la dependencia de críticos donde está el donante.
- **Proceso técnico de registro del electroencefalograma:** La realización técnica del registro electroencefalográfico es responsabilidad de la enfermera de mantenimiento del donante.

Los cuidados pueden ser estructurados en seis necesidades según el modelo de Virginia Henderson, cinco orientadas al donante potencial de órganos (respiración, eliminación, temperatura, alimentación e hidratación y seguridad) y una sexta orientada hacia la familia del donante (creencias).

Necesidad de respiración: Las actividades de la enfermera en este apartado irán encaminadas a asegurar la correcta oxigenación y ventilación del paciente. Prestará especial cuidado en la alteración en el intercambio gaseoso y en la limpieza eficaz de las vías aéreas. La enfermera será la responsable del mantenimiento de la permeabilidad aérea. Del mismo modo será la encargada de la aspiración de secreciones con técnica estéril para evitar infecciones y con una frecuencia determinada. Debe controlarse la humedad en las vías respiratorias. La cabecera de la cama del donante se colocará en un ángulo de 30° para evitar bronco aspiraciones.

Necesidad de eliminación: Debemos controlar la alteración de la eliminación urinaria, para ello se realizará sondaje vesical con técnica estéril, se mantendrá el circuito cerrado sonda-colector evitando arrastres y desconexiones, se realizará la manipulación y la toma de muestras de forma aséptica, se realizará control horario de diuresis y se realizarán controles de glucemia según la pauta establecida.

Mantenimiento de la temperatura corporal: Es prioritario restituir en el donante una temperatura central superior a 35° C.

Se realizará control horario de la temperatura corporal utilizando la vía esofágica, timpánica o rectal, con termómetros que registren temperaturas por debajo de 35° C, y se mantendrá una temperatura ambiente adecuada, entre 22° C y 24° C.

En casos de hipotermia: administración de sueros calentados a 37° C, colocación de mantas térmicas y mantas de aluminio, lámparas de calor a una distancia de 0,5 – 1 m del donante, y calentamiento de los humidificadores.

En casos de hipertermia: Se llevarán a cabo medidas físicas y en caso necesario administración de antitérmicos.

Necesidad de alimentación e hidratación: Debemos controlar el déficit del volumen de líquidos y las alteraciones de la perfusión tisular. Las pérdidas urinarias son reemplazadas volumen a volumen. La actividad de la enfermera será de control horario de la diuresis. Realizaremos sondaje nasogástrico, control de Presión Venosa Central, tratamiento médico y sueroterapia, control de constantes y del balance hídrico, extracciones de muestras de sangre y control de la coloración de piel y mucosas.

Necesidad de seguridad y prevención de infecciones: La enfermera desempeña un papel muy importante en la prevención de la infección. Vigilaremos la destrucción de la integridad cutánea, para ello realizaremos la higiene general diaria del donante y también parcial (genital, ocular, bucal). Realización de cambios posturales moderados cada 2h para prevenir las úlceras por presión y mantener la integridad de la piel. Así mismo, deberá realizar la cura aséptica de los puntos de inserción de los catéteres arteriales y venosos, así como la de otras heridas que pudiera presentar el donante.

Necesidad de creencias: La enfermera debe atender a la familia del donante de la manera más cordial y amable. Debemos ser conscientes que nuestra actitud puede influir de una manera u otra sobre la decisión que ellos van a tomar sobre la donación de órganos. Intentaremos controlar el duelo disfuncional y el sufrimiento.

Los profesionales de enfermería deben tener todo el conocimiento técnico preciso para contestar a las preguntas que los familiares del donante realicen.

- Enfermería lleva a cabo las siguientes actividades:
- Información adecuada.
- Seguridad de que se tomaron todas las medidas posibles antes de la muerte cerebral.
- Actuar con calma y sin prisas.
- Animar a que expresen sus sentimientos valorando la actitud de cada uno.
- Escuchar y no emitir juicios de valor.
- Valorar la expresión no verbal.
- Facilitar la visita al familiar. Evitar crear barreras.
- Favorecer su intimidad.
- No descuidar el aspecto físico del donante.
- Informar acerca de los movimientos reflejos que pueden darse en el donante.
- Ofrecer recursos frente al duelo. Facilitar la asistencia religiosa.
- Informar de los tramites burocráticos.
- Mantener la dignidad del donante hasta el último momento.
- Asegurar a la familia que no se queda sólo ni que siente dolor.
- En caso de la no-donación de órganos respetar la decisión de la familia y continuar con el apoyo emocional.

ANEXO 2:

Hojas a rellenar por el facultativo sobre el donante:

Tª actual	FIEBRE.....		
	ANTIBIOTICOS.....		
HEMOCULTIVOS.....			
UROCULTIVOS.....			
Cult.BAS.....			
OTROS.....			
T.A.	Hipotensión	SI NO	Tiempo
P.C.	SI NO	Tiempo.....RCP.....	Tiempo :
Drogas :			
DOPAMINA			
DOBUTAMINA			
NORADRENALINA			
DIURESIS :		DESMOPRESINA.....	
Transfusiones :			

DATOS ANALÍTICOS			Hora	
GOT.....	NA.....	HTO.....	PH.....	
GPT.....	K.....	HB.....	PO ₂	
GGT.....	Creat.....		PCO ₂	
BD.....	Urea.....		CO ₃ H.....	
BT.....	CL.....	Leuc.....	FI _O ₂	
PT.....	Glucosa.....	Neut.....	EB.....	
Albúmina.....	Colesterol.....	Linf.....	Sat O ₂	
FA.....	Triglicéridos.....	Basóf.....		
LDH.....	Amilasa.....	Eosin.....	HIV.....()	
CPK.....		Monoc.....	AgHBs.....()	
CPK- MB.....			AchBc () AchBs ()	
		Plaq.....	CMV.....()	11
		Ac. Prot.....	VHC.....()	

ANEXO 3:

Es un artículo de la revista Nursing del Diciembre del año 2000, Volumen 18, Número10.

Está escrito por distintos profesionales de un equipo del servicio de urgencias que explican el caso de un niño de 13 años, potencial donante de órganos.

ANEXO 4:

Fases del duelo normal y principios para una entrevista.

Fases del duelo normal en el anexo 4.

Este protocolo puede diferir en cada centro hospitalario.