

E.U.I Gimbernat
Trabajo de Fin de Grado
Eulàlia Guix Llistuella



Factores que influyen en enfermería para promover la donación de órganos

Christian Caballero Calenzo

Grado en enfermería 4ºB

18 de Mayo 2015

Índice

1. Introducción.....	5 a 22
1.1 Justificación.....	5 a 6
1.2 Marco teórico.....	6 a 22
1.2.1 Definición de trasplante.....	6
1.2.2 Antecedentes históricos de la donación cadáver y vivo.....	7
1.2.3 La legislación de los trasplantes en España.....	8
1.2.4 Panorama actual de las donaciones y trasplantes en nuestro país...	8 a 10
1.2.5 Tipos de donaciones y trasplantes.....	10 a 12
1.2.6 La bioética de los trasplantes de vivo a vivo.....	12 a 13
1.2.7 El diagnóstico de muerte encefálica en la actualidad.....	12 a 14
1.2.8 Consideraciones bioéticas de la muerte encefálica.....	14 a 15
1.2.9 Rol de enfermería en el proceso de donación.....	15 a 17
1.2.10 Factores que influyen en enfermería hacia la promoción de donantes de órganos.....	17 a 22
1.2.10.1 La formación y conocimiento del profesional.....	17 a 19
1.2.10.2 La disposición a donar sus propios órganos.....	20
1.2.10.3 Experiencia profesional con el proceso de la donación.....	21
1.2.10.4 Interacción sociofamiliar.....	21 a 22
1.2.10.5 Actitud hacia el cuerpo.....	22
1.2.10.6 El género como factor.....	22
2. Objetivo general y específicos.....	23
3. Material y método.....	24 a 34
3.1 Tipo de estudio.....	24
3.2 Procedimiento.....	24 a 28
3.3 Muestra.....	28 a 29
3.4 Instrumentos.....	29 a 30

3.5 Recogida y análisis de los datos.....	30 a 31
3.6 Dificultades y limitaciones del estudio.....	31
3.7 Cronograma.....	32
3.8 Aspectos éticos.....	32 a 33
3.9 Recursos.....	33
3.10 Presupuesto.....	34
4. Conclusiones.....	35 a 36
5. Agradecimientos.....	37
6. Bibliografía.....	38 a 42
7. Anexos.....	43 a 55

Resumen:

La consolidación del trasplante de órganos como terapia efectiva para múltiples patologías, ha permitido mejorar la calidad de vida de personas cuya salud se veía seriamente comprometida hace apenas 30 años, cuando no existía tratamiento alternativo y su fallecimiento era inevitable.

El presente trabajo se ha realizado durante el periodo de octubre de 2014 hasta mayo de 2015 en Barcelona y pretende determinar cuáles son los factores que influyen en la enfermera para promover la donación de órganos.

Enfermería, atiende cada día a pacientes en lista de espera de órganos en diferentes unidades destinadas a ello, este contacto dota a la enfermera de una visión más cercana de la realidad a la que se enfrentan cada día estos pacientes. Los estudios consultados para incrementar las donaciones, vinculan la necesidad de especializar al personal de enfermería para transmitir la información a las familias, determinar las actitudes más beneficiosas que ha de tener el personal y la resolución de dudas de algunos enfermeros acerca del diagnóstico de muerte cerebral.

Objetivo: Identificar los factores que influyen y repercuten en las enfermeras a la hora de promover la donación de órganos. Método: el estudio será cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Los datos se recogerán mediante la encuesta validada de Chernenko (anexo D), esta será realizada por las enfermeras del Hospital Universitario de Bellvitge. Conclusión: con la realización de este trabajo he podido conocer la influencia que enfermería posee para promover la donación de órganos y los factores que contribuyen a ello.

Abstract:

The consolidation of organ transplantation as an effective therapy for many diseases, has improved the quality of life of people whose health was seriously compromised just 30 years ago, when there was no alternative treatment and death was inevitable.

This work was carried out during the period October 2014 to May 2015 in Barcelona and aims to identify the factors that influence the nurse to promote organ donation.

Nursing, attends each day to patients on the waiting list for organs in different units to do that, this contact gives to nurse a closer view of the reality that these patients face every day. Studies consulted to increase donations, linked the need to specialize nurses to transmit information to the families, to determine the most beneficial attitudes that must take the staff and the resolution of questions of some nurses on the diagnosis of brain death.

Objective: To identify factors that influence and impact on nurses to promote organ donation. Method: The study will be quantitative, observational, descriptive and transversal. Data will be collected using the validated survey of Chernenko (Annex D), this will be done by nurses at the University Hospital of Bellvitge. Conclusion: With the completion of this work I have known the influence that nursing has to promote organ donation and the factors that contribute to it.

1. INTRODUCCIÓN

1. 1 Justificación:

He escogido esta temática para mi investigación principalmente porque trabajo en el área quirúrgica del Hospital Universitario de Bellvitge, lo que me ha permitido establecer contacto con multitud de pacientes receptores de un órgano, siendo testigo de la necesidad que sostienen estas personas. También con usuarios cuya motivación para ser donante siempre me ha resultado objeto de fascinación y reflexión. En la actualidad existe una gran cantidad de personas que permanece en lista de espera(1) para ser trasplantada, esto favorece que muchas fallezcan a la espera de un trasplante, a pesar de que el número de donaciones aumente cada año(2).

En los últimos años, se han creado diferentes planes y campañas para promover la donación de órganos. A pesar de que estas campañas han logrado incrementar el número de donaciones y de que los trasplantes permitan la salvación de miles de vidas, cientos de personas que esperan un órgano mueren cada año. La imposibilidad de cubrir todas las demandas de órganos por falta de donaciones ha favorecido que indague en la figura enfermera, en su rol respecto a los trasplantes y en los factores que favorecen la promoción de órganos. La oportunidad de que enfermería pueda promover la donación de órganos entre las familias, me ha permitido realizar este proyecto para averiguar qué factores influyen en una decisión tan importante.

Estudios de Canadá, Estados Unidos y Méjico afirman que la formación específica de enfermería, entre otros factores, repercute en la promoción de la donación de órganos. En España se han encontrado estudios que contemplan otros factores de enfermería como contribuyentes en la promoción de donantes de órganos. Por este motivo, considero necesaria la ejecución de este proyecto, ya que la adquisición de conocimiento sobre donaciones y trasplantes puede aumentar la tasa anual de donaciones de órganos (3).

Por lo tanto, pienso que determinando el nivel de conocimientos y averiguando qué otros factores intervienen en la promoción de órganos que realizan las enfermeras del Hospital Universitario de Bellvitge, se puede promover mejor la donación e incrementar el número de donantes que se realizan cada año.

Para cumplir los objetivos del estudio, se realizarán cuestionarios validados al personal de enfermería que trabaja en el Hospital de Bellvitge (1230 personas) y así se podrá incidir en que el personal de enfermería haga una promoción de la donación más correcta.

1.2 Marco teórico

1.2.1 Definición de trasplante:

La definición de “trasplante” se entiende como: “la acción de sustituir un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente”(4) y esta práctica se ha de realizar en un quirófano. Esta acción es efectiva en diferentes órganos y partes del cuerpo humano (riñones, intestino, hígado, corazón, pulmón, páncreas, huesos, corneas y piel)(5), teniendo así una amplia variedad de posibilidades. Aproximadamente 100.000 órganos se trasplantan anualmente a escala mundial, de los que 70.000 son trasplantes renales(7). A pesar de tener posibilidades para que los pacientes puedan salvar sus vidas, a día de hoy existe una gran diferencia en cuanto a la demanda existente y la oferta de órganos disponible. El trasplante supone la salvación para miles de personas e incrementa la calidad de vida, no obstante muchos pacientes siguen muriendo o han de iniciar tratamiento sustitutivo. Esto es debido al cambio en el perfil del donante motivado por el aumento de la esperanza de vida, la disminución de accidentes de tráfico, la prevalencia de enfermedades renales terminales a causa de diabetes e hipertensión y el aumento de patologías oncológicas(7).

1.2.2 Antecedentes históricos de la donación cadáver y vivo.

A lo largo de la historia se han realizado numerosos intentos para alargar la vida de los pacientes. En 1933 el Dr. Voronoy realizó el primer trasplante renal en humanos(8), el donante procedía de un paciente fallecido por traumatismo craneoencefálico y fue trasplantado en la región inguinal derecha, pero sólo sobrevivió dos días. Años más tarde, en 1963, el Dr. Guy Alexandre realizó el primer trasplante renal a partir de un paciente cadavérico en situación de muerte cerebral y corazón latiente(9), el receptor falleció un mes después debido a una infección. Un año después, en 1964 el Dr. Hamburger(10) realizó en París el segundo trasplante renal procedente de una muerte cerebral, en esta ocasión el riñón permitió alargar la vida del paciente durante más de seis años.

A los primeros trasplantes de riñón, le siguió el primer trasplante de hígado(11) en 1963. El receptor era un niño de 3 años que padecía una enfermedad congénita de las vías biliares que terminó dañándole el hígado. Falleció 5 horas después de ser trasplantado. Dos meses después, el Dr. Starzl, realizó un segundo trasplante de hígado a un hombre de 58 años, quien vivió 22 días tras la intervención pero falleció de una embolia pulmonar. Posteriormente, ya en 1967, el Dr. Barnard pasó a la historia por ser el primer médico en trasplantar un corazón con éxito, la operación se realizó en el hospital Groote Schuur de Sudáfrica. En la intervención trabajaron 20 cirujanos y duró 6 horas, el receptor era un varón de 56 años quien falleció un mes después por una neumonía.

La primera donación en vida(12) se realizó en Estados Unidos, Ronald Lee Herrick donó su riñón a su hermano gemelo el 23 de Diciembre de 1954, en una operación pionera en el mundo realizada por el Dr. Murray, quien ganó un premio Nobel por tal hazaña. El riñón permitió al hermano de Donald, vivir 8 años más y favoreció que numerosos trasplantes de vivo a vivo se hicieran posibles a partir de la fecha. El donante Herrick vivió hasta los 79 años.

1.2.3 La legislación de los trasplantes en España

La evolución de los trasplantes de órganos ha sido objeto de diversas barreras éticas(13) que han dificultado su práctica hasta la legalización de la muerte encefálica.

En España la primera ley sobre trasplantes de órganos fue la Ley de 1950 de obtención de piezas anatómicas para injertos. En esta, se permitía la extracción de órganos como ojos, cartílagos, piel o huesos siempre que el fallecido hubiese manifestado mediante un documento su consentimiento en vida. Posteriormente la ley es derogada por la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos en la cual se contemplaba el criterio de muerte encefálica, permitiendo mantener las funciones vitales en pacientes que habían sufrido la pérdida de la función cerebral y aumentando el número de posibles donaciones de órganos

1.2.4 Panorama actual de las donaciones y trasplantes en nuestro país

En la actualidad, el trasplante de órganos se ha instaurado como una práctica efectiva para solucionar este tipo de enfermedades(14).

El modelo de organización de donación y trasplante comenzó a principios de los años 80 en Cataluña y se extendió posteriormente al resto del estado español(6). Los buenos resultados hicieron que se reconociera internacionalmente como “el modelo español”, dado que en Cataluña y en el conjunto de España las cifras de donación no son superadas por ningún país.

Según la memoria anual del último año 2013 de trasplantes en España(15), la donación renal es la que mayor número de donaciones tiene anualmente, un total de 2552 donaciones renales se realizaron en 2013 en España, sumando las donaciones en vida y postmortem. Pese al incremento de donaciones respecto a anteriores años, aún estamos lejos de satisfacer la demanda existente que padecen los enfermos renales candidatos a trasplante. En la actualidad, unas 4500 personas permanecen

en espera de un trasplante de riñón(16), dato que por otra parte sitúa a España como el país con la lista de espera por trasplante renal más baja del mundo. Es por ello que debemos seguir trabajando para concienciar a la población acerca de la necesidad real de estos pacientes para que, de esta manera, aumente el número de donaciones para cubrir la necesidad tangible de estos pacientes.

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) registra la relación existente entre donantes fallecidos y vivos, siendo la donación de vivo a vivo la que más ha crecido en los últimos 10 años(15). Las campañas de sensibilización y el plan de acción para la mejora de la donación y el trasplante de órganos(17), han situado a España como el único país del mundo donde la tasa de donación de órganos registra un crecimiento continuado. Pese a ello estamos lejos de cubrir los 4.500 trasplantes necesarios de las listas de espera, en torno al 20% de las familias de parientes fallecidos, se niegan a firmar el consentimiento de extracción de órganos(18).

El aumento de donaciones a nivel nacional contrasta con la disminución de donantes en Cataluña. La comunidad catalana es la que registra una tasa más baja de donantes de órganos de España(19), esto se refleja en su ratio de donantes (ver anexo A), que le ha llevado desde los 39,4 donantes por millón de personas en el año 2000 a solamente 29 donantes por millón de personas (pmp) en 2014. A la cabeza de comunidades autónomas con mayor tasa de donación en España, están las situadas en la mitad norte: La Rioja (56 pmp), Cantabria (53 pmp) y Castilla y León (49 pmp). La coordinación, colaboración e intercambio de órganos entre diferentes comunidades autónomas, permitió en 2014, que el 21,2% de los órganos trasplantados en España fueran donados por una persona residente en una comunidad autónoma diferente a la que lo recibió.

Uno de los puntos clave al estudiar el proceso de donación es la negativa familiar(19), los datos de la Organización Catalana de Trasplantes muestran el porcentaje de negativas respecto al total de entrevistas familiares realizadas (ver anexo B). En 2013 el porcentaje de negativas familiares se situó en 17,9% y los motivos más importantes para el rechazo a la donación son: la negativa previa del

posible donante (38%), la negativa de la familia sin motivo aparente (29%), seguidos de otras razones: motivos religiosos, dudas o problemas sanitarios u otros motivos familiares sin especificar (anexo C).

El ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó en enero de 2015(1), la estrategia desarrollada por la ONT, con el objetivo de aumentar en los próximos cinco años un 10% el número de donantes y un 20% el de los pacientes trasplantados, hasta situarlos en torno a los 5.000. Este plan incluye actuaciones para incrementar la donación en asistolia e intensificar la donación de vivo.

El aumento de donaciones de órganos tras la muerte permitiría alcanzar la demanda de trasplantes, disminuyendo por lo tanto las listas de espera. Según los últimos datos publicados, del total de 386 donaciones de riñón en Cataluña en 2013(1), 189 se correspondían con donantes de pacientes con muerte cerebral y sólo 25 eran procedentes de pacientes en asistolia, realizando 120 del total de trasplantes renales en el Hospital Universitario de Bellvitge(15).

A través de la ONT, las personas interesadas pueden solicitar la tarjeta de donante(20), ésta permite registrar la voluntad de ser donante de órganos tras el fallecimiento, hecho que no exime la necesidad de comunicar a los familiares el deseo de ser donante para autorizar la extracción una vez fallecido. Para conocer las barreras que impiden a las personas dar el paso y solicitar la tarjeta de donante es necesario que conozcamos los motivos que influyen en la decisión de donar. Los profesionales de la salud somos conscientes de la importancia que supone ser donante de órganos, dado que trabajamos frecuentemente con personas que han sido intervenidas, donantes o receptores y hemos sido testigos de cómo pacientes se han beneficiado del proceso de trasplante de órganos.

1.2.5 Tipos de donaciones y trasplantes

El donante vivo: Según la organización catalana de trasplante (OCATT) son las donaciones en las que se extrae un órgano de un donante que está vivo (riñón,

porción de hígado) y al que se le puede garantizar su supervivencia y grandes probabilidades de éxito(21). Para poder llevar a cabo este tipo de donaciones es necesario cumplir una serie de criterios físicos, psíquicos y legales.

Existen tres subgrupos dentro de las donaciones de vivo:

- Donación altruista: Son aquellas donaciones que proceden de una persona adulta, sana y anónima que decide donar un riñón de forma desinteresada a un paciente que se encuentra en lista de espera, al que no conoce y por lo tanto no comparte ningún vínculo. En estas donaciones no existe ninguna presión ni coacción para hacer la donación, sino que se realizan sin esperar nada a cambio para ayudar a otras personas que puedan necesitarlo(21).
- Donación cruzada: Se trata de donaciones en las que el donante no es compatible con el receptor por lo que se les puede proponer participar en el programa de trasplante renal cruzado en el que se intercambian el riñón con otra pareja que se encuentra en las mismas circunstancias(21).
- Donación de vivo relacionada: En este tipo de donaciones las personas que realizan la donación son familiares o amigos del paciente que son compatibles con este, por lo tanto en estos casos tanto el receptor como el donante se conocen y existe algún vínculo entre ellos(21). La mayoría de casos de donaciones de vivo, suelen ser de donantes de este tipo(15).

El donante cadavérico: Se trata de las donaciones en las que los órganos donados provienen de personas que han fallecido. Existen dos grupos en función de la etiología de la muerte(22):

- Donante cadavérico desde muerte encefálica: son las donaciones de órganos de pacientes que presentan un cese irreversible y permanente de todas las funciones y estructuras cerebrales, por lo que en un corto periodo de tiempo sufrirán un paro cardíaco, ya que se les mantiene con respiración artificial y su estado es irreversible(23).

- Donante cadavérico desde asistolia o corazón parado: son los órganos procedentes de un paciente que sufre una parada cardiorrespiratoria en su domicilio, en la calle o ingresando en el servicio de urgencias de un hospital, al que se le efectúan maniobras de reanimación pero estas no son eficaces(24).

1.2.6 La bioética de los trasplantes de vivo a vivo

La extracción de un órgano de un donante vivo vulnera dos de los principios que regulan la relación clínica desde los tiempos de la medicina hipocrática: el principio de beneficencia y el de no maleficencia (6). Esta afirmación se basa en que no hay ningún beneficio para la salud del donante y por otro lado se le causa un daño al practicarle una mutilación corporal.

Para que la extracción de un donante vivo se considere una buena práctica se han de definir los principios y valores que justifiquen esta excepción de los principios bioéticos. Para ello se prioriza la libertad individual de la persona para prestarse voluntario a la donación, la disposición de toda la información relacionada con los riesgos de la intervención y sus consecuencias(6). Con estas premisas, se cumple el procedimiento de consentimiento, respetando a la persona y actuando de acuerdo al principio de autonomía del informe Belmont(25).

1.2.7 El diagnóstico de muerte encefálica en la actualidad

El diagnóstico y certificación de la muerte de una persona se basa en la confirmación del cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias o de las funciones encefálicas conforme a lo que establece el artículo 10 del Real Decreto 2070/1999, del 30 de Diciembre(26).

Para su determinación, ha de presentar coma de carácter irreversible mediante evidencia clínica o diagnóstico por la imagen, donde se aprecien lesiones del sistema nervioso central compatible con muerte encefálica.

Antes de realizar la exploración neurológica comprobaremos si el paciente presenta:

- Estabilidad hemodinámica.
- Oxigenación adecuada.
- Temperatura corporal superior a 32°C.
- Ausencia de alteraciones metabólicas o fármacos que pudieran ser causantes del coma.
- Ausencia de bloqueantes neuromusculares.

Los principales factores para la exploración neurológica son:

- Coma arreactivo (Glasgow 3) sin respuesta motora al dolor, no debe presentar posición de decorticación ni descerebración.
- Ausencia de reflejos troncoencefálicos (reflejos oculares) y de la respuesta cardíaca a la administración de fármacos intravenosos de 0.04mg/kg de sulfato de atropina (test de atropina)
- Comprobación de la inexistencia de movimientos respiratorios torácicos ni abdominales durante el tiempo de desconexión del respirador (test de apnea).

Existen condiciones que pueden dificultar el diagnóstico clínico de muerte encefálica como pacientes con graves lesiones craneoencefálicas que impidan la exploración de los reflejos troncoencefálicos, también pacientes hipotérmicos (inferior a 32°C) o que presenten intoxicación por sustancias depresoras del sistema nervioso central.

Para la evaluación de la función neuronal existen varias pruebas que nos ofrecen información del estado del paciente:

- La electroencefalografía muestra la actividad cerebral o en su defecto la ausencia de ella cuando aparece la presencia de silencio eléctrico cerebral o electroencefalograma plano.

- Las respuestas a estímulos luminosos, sonoros y eléctricos de las vías visuales, auditivas y sensoriales nos dan información de las mismas para determinar la afectación del bulbo raquídeo y su compatibilidad con el diagnóstico de muerte encefálica.

En cuanto a la evaluación del flujo sanguíneo cerebral encontramos las siguientes pruebas diagnósticas:

- Arteriografía cerebral convencional y de los cuatro vasos: el enlentecimiento del tiempo de circulación arteriovenoso nos evidencia la incompatibilidad de la función cerebral cuando el tiempo se sitúa por encima de 15 segundos o la detención de la circulación arterial a nivel del polígono de Willis.
- Angiogramografía cerebral con radiofármacos capaces de atravesar la barrera hematoencefálica.
- Sonografía doppler transcraneal: esta técnica posee una principal ventaja frente otras técnicas al poderla utilizar a pie de cama y repetirla frecuentemente o mantenerla monitorizada permanente.

1.2.8 Consideraciones bioéticas de la muerte encefálica

A lo largo de los siglos, el concepto de muerte fue asociado al cese de la actividad cardiovascular(25), hasta que en 1959 los neurólogos Mollaret y Goulon(27) realizaron observaciones en algunos pacientes con lesión encefálica irreversible y ausencia de actividad electroencefalográfica, hecho que denominaron “coma dépassé” y que conllevaría a la parada cardíaca en pocas horas. La concepción de muerte se amplió considerando la muerte encefálica como el fallecimiento de la persona, aceptándose a nivel mundial por su evidencia científica que relaciona el daño neurológico con el consecuente paro cardíaco en horas o días.

La necesidad de unificar criterios diagnósticos para la determinación de la muerte encefálica (ME), comportó la creación del denominado “Criterio Harvard” en 1968,

describiendo los conceptos que servirían de base para los trasplantes de órganos de pacientes con ME(28) y sobre el que se apoyaría la medicina para aplicar el principio de No maleficencia. Esto comportó el origen de diferentes discusiones sobre el tema, ya que pese a ser aceptado por la mayoría de comunidades científicas de diversos países, en otros como Japón(27), los pacientes con ME siguen siendo considerados vivos a no ser que el propio paciente hubiese decidido ser considerado como muerto y sus parientes estén de acuerdo.

Bioéticamente, el principio de Beneficencia se aplica al aceptar que los órganos trasplantados van a ser útiles para el receptor(29) que continuará viviendo con un nuevo corazón, riñón u otro órgano. Por otra parte, el principio de Autonomía permite que la persona determine con total libertad la toma de decisiones sobre el destino de su propio cuerpo tras la muerte.

1.2.9 Rol de enfermería en el proceso de donación

Tras la identificación del posible donante de órganos con señales clínicas de muerte encefálica, se inicia el protocolo de procedimientos técnicos para preservar la oxigenación del paciente con el objetivo de mantener los órganos y tejidos oxigenados para hacer viable la donación(30). Incluso antes del diagnóstico definitivo de ME, la enfermera orienta al resto de profesionales sanitarios sobre la necesidad de informar a los familiares del posible donador, esto es de vital importancia debido a que muchas familias de donantes sólo tienen contacto con el diagnóstico de ME después de su conclusión definitiva, lo que dificulta la aceptación de esa condición(31).

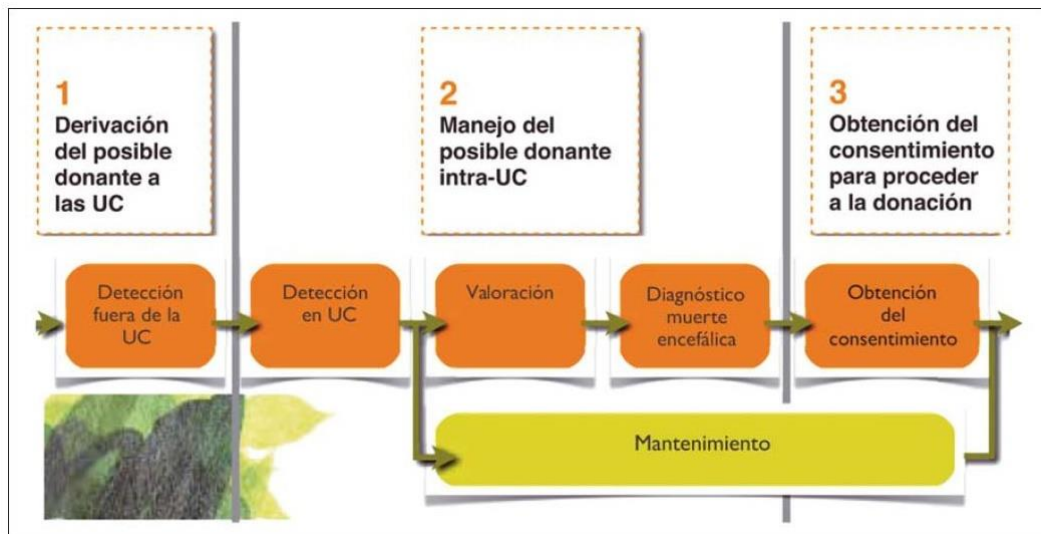
El rol de enfermería se orienta hacia la promoción de la calidad, confidencialidad y atención integral durante todo el proceso de donación de órganos(32).

El papel de enfermería en el circuito de donante/receptor en el Hospital universitario de Bellvitge es muy importante. Es un proceso continuado y es el único profesional sanitario que está en todo el proceso, de ahí su importancia. Al principio del

circuito, enfermería de trasplantes tiene una función más administrativa que asistencial.

A este rol administrativo se le llama enfermera coordinadora de trasplantes, cuya función se centra en movilizar y coordinar diferentes recursos del circuito de donaciones. Cuando una persona fallece en un hospital, el coordinador se pone en contacto con el equipo de enfermería de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), desde allí se coordina los órganos que van a donarse y a quién se van a trasplantar(33).

La enfermera coordinadora de trasplantes se encarga de consultar a la familia cuál era la voluntad del fallecido respecto a la donación(33). Una vez se dispone de la autorización, de los datos clínicos y de las analíticas, se concluirá qué órganos se pueden donar.



Esquema circuito donante de Enfermería Facultativa

Conforme avanzamos en el circuito de la donación, el rol enfermero converge con el rol asistencial debido a que, mientras la coordinadora de trasplantes realiza su función administrativa, otro equipo de enfermería trabaja en otra unidad para el mantenimiento de órganos del donante hasta que el paciente con ME ingresa en quirófano, en ese momento, enfermería también tiene un papel de suma importancia

ya que a partir de entonces la enfermera ayuda al cirujano instrumentando la intervención.

1.2.10 Factores que influyen en enfermería hacia la promoción de donantes

Los profesionales de enfermería tienen contacto directo con diferentes tipologías de pacientes que presentan necesidades y atenciones diversas, entre ellos se encuentran los usuarios que requieren un trasplante de órganos. Desde el momento en el que aparece la posibilidad de trasplante, enfermería tiene un papel vital en todo el proceso ya que como se ha mencionado anteriormente, es el único profesional que está presente en todo el transcurso permitiendo desde su visión enfermera, ofrecer una atención integral a la persona teniendo en cuenta las dimensiones que ésta atesora: la dimensión física, psíquica, social y espiritual.

Según la Real Academia Española se entiende por altruismo “la diligencia en procurar el bien ajeno aun a costa del propio” y según la ONT la donación “es un acto desinteresado y altruista”. El altruismo en el mundo de las donaciones es el aspecto principal, ya que si no hubiera este sentimiento nunca hubieran existido las donaciones de órganos. Este motivo define que la donación es de libre elección, sin ningún tipo de presión ni coacción, sin mirar el beneficio propio y puede estar justificada por un resultado de felicidad(32) y bienestar con uno mismo.

Los factores por los que cada enfermera tiene una actitud positiva respecto a la donación, pueden estar influenciados por la interacción con el sistema de atención de la salud(34), por el nivel de conocimientos y la información sobre la donación de órganos(31)(35), por influencias familiares, por experiencias previas relacionadas con la muerte y la enfermedad(34)(36), por hechos sociales, culturales o creencias religiosas(37).

1.2.10.1 La formación y conocimiento del profesional

El profesional de la salud tiene conocimientos específicos que le sitúan en una posición privilegiada en términos de conocimientos de la salud respecto al resto de

la población, además de conocer de primera mano los beneficios del trasplante de órganos, el profesional sanitario tiene especial sensibilidad en el trato con pacientes con patologías de diversa etiología.

No obstante, a pesar de que en muchos países enfermería es una carrera universitaria con posibilidad de cursar master y doctorado, en un estudio cualitativo de 2014 realizado a las enfermeras de un hospital de Sao Paulo(31), se demostró que existía un desconocimiento en cuanto al abordaje del proceso de donación para hacer posible la obtención de órganos y tejidos para trasplante. En el informe se concluye que este hecho dificulta la identificación del posible donante y la comunicación con los familiares para promover la donación de órganos. Por lo tanto, el aumentar el nivel de conocimientos en el profesional sanitario, conllevará a una actitud más favorable hacia la promoción de la donación de órganos.

En un estudio llevado a cabo por Chernenko et al. en cinco hospitales de Canadá para identificar los factores que influyeron en el proceso de donación, se pasó una encuesta a 135 profesionales de la salud, de los cuales 98 eran enfermeras. Más de la mitad de las enfermeras encuestadas no sabían describir los criterios que determinan la identificación de donante incluida en el protocolo de muerte cerebral (3). Además, menos del 23% de los encuestados supo responder con precisión la tasa de supervivencia que tienen los pacientes al año de recibir un corazón o trasplante de hígado, mientras que en una mayor proporción (51,5%) los profesionales demostraban conocer la supervivencia de los receptores de riñón tras un año de ser trasplantados. Este hecho contrasta con la actitud favorable (98%) que tienen hacia la donación. El 88% de los encuestados, donaría sus órganos después de fallecer y el 84% donaría los órganos de un miembro de la familia en el momento de su muerte.

La encuesta de Chernenko mostró que el 76% de las enfermeras de los cinco hospitales de Canadá, revelaban que el concepto de muerte cerebral les resultaba difícil de explicar a las familias. Relacionado con esto último, la mayoría de los

encuestados (62%) manifestó que la formación sobre promoción de donación de órganos y trasplante era insuficiente (3)

Los datos concluyentes del estudio de Chernenko, confirman que el fracaso de los profesionales sanitarios en la identificación de potenciales candidatos para la donación, es una de las barreras para aumentar el número de donaciones. Este hecho unido a que la mitad de las enfermeras no tenía conocimiento sobre los criterios que han de cumplir los donantes de órganos(3), el desconocimiento de las políticas y procedimientos del proceso de donación y trasplante, interfiere en la promoción de donantes de órganos.

En Estados Unidos, se realizó una encuesta a nivel nacional(38) en 2011 a las enfermeras intensivistas para averiguar que percepción tenían de sus competencias en el proceso de donación de órganos. La media de edad de los encuestados fue de 45 años y el promedio de experiencia como enfermeras de UCI fue de 11 años, la mayor parte de enfermeras fueron mujeres 572 (90%). Los resultados que se extrajeron de la encuesta fueron los siguientes: la percepción de las enfermeras sobre su conocimiento teórico del funcionamiento de las donaciones era bajo; las enfermeras intensivistas de Estados Unidos tenían dificultades para identificar un posible donante de órganos; la mayoría de enfermeras de UCI, considera importante la realización de cursos para mejorar su competencia profesional, el 75% concluye que la frecuencia de los cursos debe ser una vez al año.

Siguiendo con estudios del continente americano, en Méjico, según el Dr. Mercado-Martínez, las variables relacionadas con las actitudes favorables hacia la promoción de la donación de órganos cadavérica, están relacionadas con la comprensión y conocimientos del profesional de la salud sobre la muerte cerebral(39). En su revisión bibliográfica, explica que Duke y Yougner et al. afirman que haber participado en cursos sobre donación y muerte cerebral repercute positivamente en la actitud del profesional sanitario. Dicho de otro modo, en referencia a un estudio de Irán, el autor argumenta que la mala interpretación del conocimiento de muerte encefálica de los sanitarios, repercute negativamente hacia la donación.

1.2.10.2 La disposición a donar sus propios órganos.

Como se ha mencionado con anterioridad, autores de diferentes países afirman que la actitud favorable hacia la donación influye hacia la promoción de órganos.

Si la enfermera tiene una actitud desfavorable hacia la donación creará un temor hacia esta terapéutica entre las personas que la escuchen(38). Entre las razones más frecuentes para no estar a favor de la donación se encontraron: la negativa asertiva (el "no" sin razón alguna) (33%) y el miedo a la muerte aparente (31%).

En España, el Dr. Ríos et al. realizó en 2014 un estudio multicéntrico en España, Méjico y Cuba sobre la actitud de los profesionales de la salud frente la donación de vivo(38). En él se concluyeron que los factores asociados con una actitud favorable hacia la donación de riñón en vivo eran los siguientes: trabajar en servicios clínicos ($p=0.030$); tener estabilidad laboral ($p=0.013$); tener experiencia personal con la donación y los trasplantes ($p=0.002$); estar a favor de la donación en cadavéricos ($p<0.001$); considerar la posibilidad de poder necesitar un trasplante ($p<0.001$); estar a favor de la donación de hígado en vivo ($p<0.001$); la aceptación de un riñón de un donante vivo ($p<0.001$); haber hablado sobre la donación y el trasplante dentro de la familia y la pareja ($p<0.001$); haber llevado a cabo actividades pro-sociales ($p<0.001$); y no tener preocupación por la posible mutilación del cuerpo después de la donación ($p<0.001$). Cabe señalar que en el estudio el 96% de los cubanos, el 90% de los mejicanos y el 87% de los trabajadores sanitarios españoles estaban a favor de la donación de riñón en vida. Por lo tanto, esta disposición a donar sus propios órganos supone una actitud favorable hacia la donación en general, lo que podría influir hacia la promoción de órganos.

En el estudio del Dr. Ríos previamente citado, se afirma que no se encontraron diferencias entre las variables socio-personales como edad, sexo o estado civil(34). Sin embargo, en las variables de situación laboral se encontraron datos que confirmaban que estar en una posición de trabajo estable promovía la aceptación de la donación en comparación con no tener una situación de trabajo estable(34).

1.2.10.3 Experiencia profesional con el proceso de la donación y de los trasplantes

El contacto con personas que requieren un trasplante o que hayan donado es un factor que influye en la actitud hacia la donación(34). Los profesionales que trabajan en centros generadores de donantes de órganos, tienen una actitud más positiva que los de centros sin relación con los trasplantes (82% y 77% frente 73%) ($p < 0,001$). Lo mismo ocurre cuando los profesionales trabajan en un servicio con seguimiento de pacientes trasplantados (91% a favor de la donación de órganos de cadáver) ($p < 0,001$) o cuando trabajan en un servicio relacionado con el proceso de donación y trasplante de órganos (83% frente 78%) ($p = 0,008$). Esto se debe a que los profesionales que trabajan en un servicio de seguimiento de los pacientes trasplantados han presenciado los beneficios que generan los trasplantes.

El estudio del Dr. Ríos expone que en las unidades de seguimiento de los pacientes trasplantados existe una actitud más favorable que en el resto de unidades donde se reciben pacientes de estas características con menos frecuencia. Se indica, además, que la actitud hacia la donación se ve influenciada por haber presenciado la solidaridad de los pacientes. Los profesionales de la salud son testigos de los beneficios que supone el trasplante y la mejora en la calidad de vida de los pacientes. En ese sentido, la experiencia del personal encuestado demostró una actitud favorable hacia la donación de órganos.

Por otro lado, otro estudio del Dr. Ríos, afirma que el mayor contacto con el proceso de muerte(40), la extracción de órganos y complicaciones quirúrgicas pueden generar una actitud menos favorable hacia la donación.

En la misma línea, en Canadá, Chernenko demostró que la experiencia previa de los profesionales de la salud con pacientes o familiares que han donado, influía en la promoción de las donaciones que se hace a las familias(3)

1.2.10.4 Interacción sociofamiliar.

Continuando con el estudio multicéntrico del Dr. Ríos, las conversaciones con la familia sobre las donaciones favorecen una actitud positiva (88%), del mismo modo que tener una pareja con actitud favorable hacia la donación (87%).

El estudio corrobora que plantear el tema en la familia y pareja son muy condicionantes de la actitud hacia la donación de órganos(40). El diálogo en la familia sobre el tema suele potenciar una actitud positiva, de ahí la importancia de fomentarlo.

1.2.10.5 Actitud hacia el cuerpo

Se observó que la preocupación hacia la posible mutilación del cuerpo después de la donación, repercute negativamente(40) conduciendo a una actitud desfavorable frente a la donación de órganos (54%) en comparación con los encuestados a los que no les preocupa la mutilación, que demostraron tener una actitud más positiva hacia la donación (85%).

Además, las personas que aceptarían realizarse una autopsia, si fuera necesario, tienen una actitud más favorable hacia la donación de cadáver (86% frente 76%).

1.2.10.6 El género como factor

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de tomar la decisión de donar es el género. En la memoria del último año 2013 se refleja que el género femenino dona un 28% más que el hombre en territorio catalán(19). Pero dentro de estas donaciones un estudio llevado a cabo por Marie Achille(41) determina que el género femenino medita la decisión de donar en menos tiempo que los hombres. Se puede concluir que el factor de género también influye a la hora de tomar la decisión.

2. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO

- Objetivo general:
 - Identificar los factores que influyen y repercuten en las enfermeras a la hora de promover la donación de órganos.

- Objetivos específicos:
 - Conocer qué disposición tienen hacia la donación de sus propios órganos.
 - Conocer qué disposición tienen hacia la donación de órganos de un familiar en caso de que este fallezca.
 - Evaluar el nivel de conocimientos sobre el panorama actual de donaciones y lista de pacientes en espera de órganos.
 - Identificar las inquietudes que tienen las enfermeras sobre la donación de órganos.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Tipo de estudio: será cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. El proyecto de investigación explicará la realidad en términos causales, utilizando como datos de evidencia empírica los aspectos medibles de las variables. Por tanto será una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo al describir características poco conocidas y al ordenar las categorías en variables, observacional y transversal al describir la población en un periodo determinado de tiempo mediante un cuestionario.

3.2 Procedimiento:

Para iniciar el trabajo de fin de grado se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura ya publicada para identificar y conocer las publicaciones previas sobre este tema. La revisión se ha realizado desde el mes de Octubre de 2014 al mes de Abril de 2015. Con tal de poder facilitar la búsqueda, se han establecido unos criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente se ha realizado una lectura completa y análisis de los estudios más relevantes para ofrecer una aproximación fiel del tema elegido.

Al inicio del proyecto, la motivación para realizar el trabajo se presentó como una respuesta a una inquietud personal por determinar cuáles eran las razones que llevaban al personal de enfermería de servicios especiales a donar órganos. Con el objetivo de averiguar si éramos más o menos altruistas que el resto de población. Por lo tanto, para llevar a cabo el proyecto y tener datos fiables del número de enfermeras que trabajan en los servicios especiales, se realizaron entrevistas a supervisoras de los servicios de nefrología, quirófano, unidad de diálisis, reanimación post quirúrgica, unidad de cuidados intensivos y urgencias de los Hospitales Universitarios de Bellvitge, hospital donde trabajo y Vall d'Hebron, Hospital donde he realizado prácticas de enfermería.

La prácticamente inexistencia de material bibliográfico y la dificultad para centrar la temática, me llevó a replantearme el trabajo y orientarlo hacia la promoción de órganos y los factores que influyen en enfermería para realizarlo. Este cambio de rumbo en el trabajo, permitió ampliar conocimientos al cambiar la orientación del tema inicial. La dificultad que se percibió radicaba en el minúsculo material bibliográfico que estaba publicado a nivel nacional acerca de este tema. Sólo el equipo del Dr. Ríos y Conesa ha dedicado varias publicaciones referentes a las actitudes favorables hacia la donación del personal sanitario, aunque la mayoría se publicaron hace más de 10 años por lo que fueron descartadas. Para subsanar este hecho, la búsqueda se amplió al idioma inglés permitiendo descubrir otros autores que referenciaban estudios válidos para tener en cuenta en el trabajo de fin de grado. Se realizó una lectura de estudios publicados hasta 10 años y finalmente se escogieron los estudios más recientes para la elaboración del proyecto (5 años), a excepción de la encuesta debido a que no se ha publicado ninguna en los últimos 5 años.

Para la validación de distintos estudios relacionados con el tema, se encontraron cuatro encuestas, dos de ellas evaluaban las actitudes y los conocimientos (Casper y Chernenko), el resto sólo evaluaban actitudes. La escala diseñada por el Dr. Casper en 2006, estaba orientada hacia un colectivo en particular “physician assistant”, categoría profesional que no se corresponde con ninguna en España y quedó desechada por no poderse adaptar al estudio que pretendía llevar a cabo. La Escala de Chernenko, es de tipo Likert y después de analizarla completamente se tradujo del inglés (anexo D).

Para la búsqueda en las base de datos consultadas se determinaron unos criterios de inclusión tales como:

- Artículos científicos publicados cuya temática destaque los factores psicosociales de las personas donantes de órganos.
- Publicaciones cuyo objetivo sea analizar los conocimientos de las enfermeras y su influencia en cuanto a la donación.

- Artículos científicos que analicen la situación de los trasplantes en España.
- Revisiones bibliográficas sobre la donación y trasplante de órganos.
- Guías clínicas del trasplante de órganos.
- Protocolos de los diferentes tipos de donación de órganos.
- Encuestas de opinión de profesionales sanitarios científicamente argumentadas de otros países y de España.
- Análisis de artículos sobre los conocimientos de los profesionales y sus actitudes.
- Legislación y consideraciones éticas del trasplante de órganos.
- Datos históricos relevantes para visualizar la situación previa y actual de los trasplantes y donaciones.

Por otra parte quedaron excluidos los artículos publicados según los criterios de exclusión que promueve el Real Decreto 2070/1999 del 30 de diciembre(26), por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. Entre ellos, los que contuvieran información sobre:

- La donación de órganos para estudios.
- Xenotrasplante.
- La donación de sangre, tejidos, células y derivados.
- Gametos, embriones y fetos humanos.

Seguidamente, se establecieron unas palabras clave basándose en lenguaje científico. Para la obtención de estos estudios, se han consultado bases de datos en Scielo, Pubmed, Cuiden, Scopus mediante operadores booleanos (AND, OR, NOT).

En primer lugar, se hizo una búsqueda de la temática a desarrollar en distintas bases de datos en español. En Cuiden, usando la fórmula “factores” AND “donación” AND “enfermería” aparecieron sólo 10 resultados de los cuales sólo 2 se ajustaban a la donación de órganos y trasplantes ya que el resto eran estudios de fertilidad,

transfusión de sangre y otro tipo de donaciones como la donación de cordón umbilical. Siguiendo con la búsqueda en bases de datos en español, se hizo uso de Cuidatge utilizando las palabras “donación” and “órganos”, de cuyos 22 resultados resultantes, sólo 8 fueron de publicaciones con menos de 10 años, 3 de los cuales resultaron de interés para realizar una lectura del resumen e introducción para comprobar si se ajustaba al trabajo que se estaba realizando.

Cabe señalar que se ha utilizado el programa Mendeley para poder organizar correctamente las referencias bibliográficas. A través de este gestor, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed para consultar estudios nacionales e internacionales. En esta base de datos se introdujo: “organ donor attitude” y aparecieron 1102 resultados. Para poder acotar la búsqueda se utilizó la siguiente fórmula: “organ donor” AND “nursing”, mediante la cual aparecieron 336 resultados. A partir de una selección de los artículos de las primeras cuatro páginas, en los que hablaban de factores de los profesionales sanitarios frente a la donación, pude discriminar los que mejor se adaptaban al estudio que quería desarrollar. Al considerar que aún figuraban demasiados artículos, se hizo una nueva búsqueda más concreta mediante: “organ donor” AND “attitude nursing” NOT “tissue”, donde se localizaron 60 artículos de los cuales se rechazaron los referentes a donación de sangre y se seleccionaron los que estudiaban las actitudes y conocimientos de las enfermeras en relación a los trasplantes, donaciones en vivo y cadáver.

Para buscar escalas o cuestionarios que se adaptaran al estudio, se realizó una búsqueda a partir de las palabras y fórmulas siguientes: “survey” OR “scale” AND “organ donor” AND “nursing”, dando un total de 249 resultados. Para acotar la búsqueda se restringieron los resultados a los últimos 10 años apareciendo 135 resultados de varios países, de los cuales sólo 5 eran publicaciones de España y se desestimaron 2 por contener estudios relacionados con el xenotrasplante.

Haciendo uso de la misma base de datos se introdujo, también en inglés: “factors nursing” AND “organ donation” NOT “transplant”, apareciendo un total de 21

resultados de los cuales se rechazaron los artículos de más de 10 años (7), decisiones y protocolos de hospitales (5) y guardando para su posterior lectura los relacionados con el comportamiento de enfermería ante la donación: Aspectos religiosos en la donación de órganos en el Reino Unido y Percepciones de enfermeras de cuidados intensivos de Suecia ante la muerte cerebral.

3.3 Muestra

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Universitario de Bellvitge, inaugurado en noviembre del 1972, perteneciente al Institut Català de la Salut (ICS) y que forma parte de la Gerencia Territorial Metropolitana Sur, máximo órgano de dirección y coordinación del conjunto de centros, servicios e instituciones sanitarias del ICS. Es uno de los cinco únicos hospitales de toda Cataluña acreditado como centro de tercer nivel (Máximo nivel de complejidad), lo que le permite atender a enfermos que requieren de las más altas tecnologías: cirugía cardíaca y torácica, neurocirugía o trasplantes. Dispone de todas las especialidades médico-quirúrgicas, excepto la pediatría y la obstetricia.

Es el hospital de referencia para 253.518 habitantes de L'Hospitalet y el Prat de Llobregat, pero también es el centro referente en los procesos que requieren de alta tecnología para más de dos millones de habitantes de las áreas Metropolitanas sur, Camp de Tarragona y Terres de L'Ebre. Tiene como objetivo estratégico promover la innovación tecnológica y asistencial y aquella actividad médica y quirúrgica de mayor complejidad.

El Hospital Universitario de Bellvitge fue el primer centro sanitario en tener una unidad de coordinación de trasplantes, modelo que contribuyó a aumentar la donación y los trasplantes.

Criterios de inclusión: El estudio se centrará en todas las enfermeras del hospital de Bellvitge que se encuentren en activo (1230 personas). En este total se contemplan los diferentes turnos de trabajo y aquellos que no trabajan a jornada completa durante el periodo de Octubre de 2014 y Mayo de 2015.

Criterios de exclusión: Las enfermeras con menos de 1 año de experiencia no se considerarán a estudio debido a su poca experiencia. Tampoco al personal auxiliar de enfermería debido a que carecen de conocimientos específicos sobre el tema.

Tamaño de la muestra: para obtener la muestra se realizarán cuestionarios a 1230 enfermeras de los servicios anteriormente descritos.

3.4 Instrumentos: Para la obtención de resultados, se realizará un cuestionario (anexo D) a todas las enfermeras del Hospital de Bellvitge. El cuestionario es de tipo Likert y se evalúa el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la donación del profesional de salud mediante respuestas: "de acuerdo/en desacuerdo/no estoy seguro" y una escala "sí/no/no lo sé"

La autora del cuestionario es Susan Chernenko, una enfermera responsable del desarrollo del programa de trasplante de pulmón y profesora de la facultad de enfermería de Toronto. Chernenko ha sido elegida para liderar diversas campañas de donación de órganos a nivel nacional y actualmente es la coordinadora de trasplantes del Hospital Universitario de Alberta, una de las diez provincias de Canadá.

La diferencia respecto a otros estudios realizados en España, es que la hora de realizar su cuestionario, Chernenko hizo especial hincapié en valorar los conocimientos de los profesionales sanitarios, obviamente teniendo en cuenta otros factores que influyen en la actitud favorable para promover la donación de órganos descritos en el marco teórico de este proyecto. Es una encuesta que ha sido citada por varios autores y en algún caso, adaptada a la población a estudio(42).

Entre las variables que incluye el estudio se encuentran: la experiencia profesional con las donaciones, la actitud favorable hacia la donación de sus propios órganos y los de sus familiares, los conocimientos como factor clave para potenciar el número de donaciones, la unidad donde realiza sus funciones, la edad y el género de los encuestados.

Descripción de las variables: se presentan según el tipo universal como edad o sexo y las relevantes para la realización del estudio ya que están ligadas a los objetivos.

Nombre	Tipo	Observación	Etiqueta
Edad	Universal cuantitativa	Indirecta	Edad
Sexo	Universal cualitativa	Indirecta	Género
Experiencia	Relevante cuantitativa	Indirecta	Años de experiencia
Puesto	Relevante cualitativa	Indirecta	Unidad de trabajo
Actitud Promoción	Relevante cuantitativa	Indirecta	Actitud favorable hacia la promoción de órganos
Donar propios órganos	Relevante cuantitativa	Indirecta	Disposición hacia la donación de sus propios órganos
Donar órganos familiar	Relevante cuantitativa	Indirecta	Disposición hacia la donación de órganos de un familiar
Formación	Relevante cuantitativa	Indirecta	Nivel de conocimientos

3.5 Recogida de datos

Los datos serán recogidos a partir de un cuestionario (ver anexo D). El cuestionario se realizará de forma personal, durante el descanso o al acabar la jornada y se le dejará un tiempo para responder las preguntas. Cuando el profesional esté respondiendo se intentará estar cerca para responder las posibles dudas.

Análisis de los datos: Al finalizar la recogida de datos, éstos serán volcados en el paquete de gestión de datos Microsoft Excel y posteriormente serán analizados con el paquete estadístico “IBM SPSS Statistics 22.0”.

En primer lugar se procederá a la descripción detallada de todas las variables del estudio. Se darán resultados con la media, mediana y la frecuencia o número de casos.

3.6 Dificultades y limitaciones del estudio

Las limitaciones del proyecto de investigación son:

- La posible falta de sinceridad de los donantes a la hora de contestar el cuestionario.
- Negarse a responder el cuestionario.
- El número o la cantidad de cuestionarios incompletos.
- El posible tamaño reducido de la muestra.

3.7 Cronograma

Fases del proyecto	MESES: Octubre de 2014 a Junio de 2015								
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Diseño del Proyecto de investigación.									
Recogida de información bibliográfica.									
Elaboración del cuestionario.									
Realización de la encuesta y recogida de los datos.									
Análisis de la encuesta									
Redacción de las conclusiones.									
Presentación del proyecto definitivo.									

3.8 Aspectos éticos

Todos los datos personales de los usuarios sometidos al estudio seguirán un protocolo de confidencialidad aplicado en el código deontológico de los profesionales implicados en el estudio y se mantendrá la intimidad y confidencialidad de los datos según la Ley de Protección de Datos de 1999.

El usuario será informado del proyecto y se le solicitará su participación. Una vez el usuario ha sido informado se comprobará verbalmente que ha entendido el

estudio y en caso de que tenga alguna duda, ésta será resuelta por los profesionales de enfermería responsables de realizar el estudio.

3.9 Recursos

Este proyecto de investigación se realiza dentro de las instalaciones del Hospital Universitario de Bellvitge, lo que conlleva la utilización de la infraestructura de éste como lugar dónde se realizarán los cuestionarios. Otros de los recursos necesarios para llevar a cabo este proyecto de investigación son:

Recursos humanos: Personal de enlace para la difusión de los cuestionarios, cada unidad tendrá su referente y será una enfermera quien recoja los datos para la realización de los cuestionarios, posteriormente se efectuará el volcado de los resultados al soporte informático.

Recursos materiales

El material necesario para este proyecto de investigación será:

- Ordenador con el programa de volcado de datos “Microsoft Excel, Word, Powerpoint y IBM SPSS Statistics 22.0”
- Material de oficina y copistería. Estará incluido el volumen necesario de las encuestas.

3.10 Presupuesto:

Para la realización de este estudio no hace falta un financiamiento externo, todos los gastos son asumidos por el autor del proyecto.

Recursos humanos	
Personal voluntario para realización de cuestionarios.	0 €
Recursos materiales	
Ordenador	500 €
Programas Microsoft Excel y IBM SPSS Statistics 22.0	500 €
Artículos de pago para la realización del proyecto	35 €
Material oficina y copistería	100 €
Material difusión resultados	300 €
TOTAL	1.435 €

4. CONCLUSIONES

Los resultados que se esperan obtener con este proyecto de investigación serán los factores que influyen en enfermería para promover la donación. La actitud positiva hacia a la donación de órganos puede estar influenciada por la interacción con el sistema de atención de la salud, por influencias familiares, por experiencias previas relacionadas con la muerte y la enfermedad, por hechos sociales, culturales o creencias religiosas. No obstante, como indican estudios de otros países, esta actitud también puede estar vinculada al nivel de conocimientos sobre: la situación actual de trasplantes y listas de espera, el proceso de donación y la identificación del paciente con muerte encefálica.

El estudio permitiría comprender mejor el proceso de donación de órganos y conocer los factores que contribuyen a promover una actitud favorable hacia la donación en el hospital universitario de Bellvitge. Como expone el Dr. Ríos, esta actitud favorable se transmite a las familias, lo que puede condicionar el consentimiento para la donación. En función de los resultados del estudio, podría llevarse a cabo en otros hospitales de la provincia de Barcelona para promover las donaciones determinando acciones y protocolos a seguir, reduciendo el número de negativas familiares.

Por lo que respecta a la conclusión sobre el aprendizaje de la realización de este proyecto en sus diferentes partes, teórica y metodológica, se pueden destacar varios puntos:

- La dificultad que representa plasmar toda la información en un trabajo limitado de páginas con la correspondiente esquematización y posterior ordenación de dicha información.
- Poder retratar la idea original y llevarla a cabo sobre el proyecto en formato papel. Quizás sea el punto más importante de todo el proyecto.
- Aprender a responder a los “porqué” internos y a la realización de preguntas sobre la futura profesión de enfermería.

- Adquirir habilidad para moverse en las diferentes bases de datos existentes y saber realizar búsquedas de información de calidad y desestimar la información que no sea relevante.
- Aprender la metodología de la realización de un proyecto de investigación, su organización y posterior aplicación. Cabe destacar que el aprendizaje de este proyecto se basa en la superación de las barreras que se presentan en su realización y en aprender a superarlas y a gestionar todos los recursos disponibles.

5. AGRADECIMIENTOS

Me gustaría comenzar esta sección agradeciendo sinceramente la colaboración de la profesora Eulàlia Guix Llistuella de la Escola Universitaria Gimbernat, por su dedicación para orientarme y resolver mis dudas durante el proceso de tutorización. Sus conocimientos, su facilidad para mediar la comunicación y su sentido de rigurosidad científica, me han guiado de la mejor manera para elaborar el proyecto que he presentado.

Para la elaboración de este proyecto he necesitado consultar el número de enfermeras que trabaja en el Hospital de Bellvitge y José Vázquez Moreno, compañero de trabajo, me ha facilitado ese dato que no estaba publicado en la web del hospital.

A pesar de haber reconducido la temática inicial del proyecto, también se destaca la disposición de las supervisoras de los servicios especiales de los Hospitales de Bellvitge y Vall d'Hebron para facilitarme el número de enfermeras que trabaja en cada servicio.

A mi familia, quien siempre me ha apoyado y quienes han manifestado sentirse orgullosos de mí. Mención especial a mi abuela Pepa, ya que de pequeño recuerdo cuando me animaba a estudiar, preocupándose por mi futuro.

Por último, agradecer a los profesores que he tenido en estos 4 años de carrera, personas quienes, a través de sus conocimientos, me han permitido llegar al punto en el que me encuentro.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad SS e I. La ONT celebra su 25 aniversario con un récord histórico de 4.279 trasplantes [Internet]. 2014. Consultado el 25 noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.ont.es/Documents/Datos2014.pdf>
2. Datos Históricos. Gráfica en el territorio nacional de donantes. Organización Nacional de Trasplantes. [Internet]. 2015. Consultado el 27 noviembre de 2015. Available from: <https://reports.ont.es/datoshistoricos.aspx>
3. Chernenko S, Jensen L, Newburn-Cook C, Bigam D. Organ donation and transplantation: a survey of critical care health professionals in nontransplant hospitals. *Progress in Transplantation*. 2005;15(1):69-76.
4. Donación. Organización Nacional de Trasplantes. [Internet]. 2015. Consultado el 28 noviembre de 2015. Available from: <http://www.ont.es/informacion/Paginas/Donaci%C3%B3n.aspx>
5. Trasplante de órganos sólidos. Hospital General Universitari d'Alacant. [Internet]. 2015. Consultado el 28 noviembre de 2015. Available from: http://donacion.organos.ua.es/submenu3/inf_sanitaria/proceso/tx-organos.asp
6. Consideraciones éticas en los trasplantes de donante vivo. Comité de bioética de Catalunya. 2012;1–29. Consultado el 18 de diciembre de 2014. Disponible en: http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/05/consideracions_eticas_trasplantes_donante_vivo.pdf
7. Domínguez-Gil B, de la Oliva Valentín M, Escobar EM, Martínez MG, Cruzado JM, Santos JP, et al. Situación actual del trasplante renal de donante vivo en España y otros países: Pasado, presente y futuro de una excelente opción terapéutica. *Nefrología* [Internet]. 2010;30(SUPPL. 2):3–13. Consultado el 18 de diciembre de 2014. Disponible en: http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Articulos/2010/Nefrologia_Situacion actual del trasplante renal de donante vivo .pdf
8. Yodú RG, Meydis D, Macías M. Ecografía bidimensional y Doppler en el diagnóstico y seguimiento de las complicaciones del riñón trasplantado. 2012;16(6):960–9. Consultado el 20 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n6/san16612.pdf>
9. Cabeza R. Universidad complutense de madrid [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2012. Consultado el 22 de diciembre de 2014. Disponible en: Available from: <http://eprints.ucm.es/16472/1/T33893.pdf>

10. Romero L. Origen y desarrollo de la diálisis y los trasplantes renales en la Argentina: dinámicas científico-técnicas, institucionales y sociales. 2012;LXIV:565–92. Consultado el 25 de enero de 2015. Disponible en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/533/535>
11. Trasplante de hígado. Organización Nacional de Trasplantes. [Internet]. 2015. p. <http://www.ont.es/home/Paginas/Trasplantedehigado>. Consultado el 25 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.ont.es/home/Paginas/Trasplantedehigado.aspx>
12. Srinivas TR. Defining living kidney donor ESRD risk-looking beyond race and gender. *Am J Transplant* [Internet]. 2011;11(8):1556–8. Consultado el 28 de enero de 2015. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-6143.2011.03610.x/full>
13. Guerra-García Y, Márquez-Cárdenas ÁE. Bioética, trasplante de órganos y Derecho Penal en Colombia. *Rev Prolegómenos Derechos y Valores la Fac Derecho* [Internet]. 2011;(28):45–59. Consultado el 28 de enero de 2015. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3849777>
14. Fontseré N, Mestres G, Barrufet M, Burrel M, Vera M, Arias M, et al. El Grupo de Trasplante Renal de la Sociedad Española de Nefrología. *SciELO* [Internet]. 2013;33(3):325–32. Consultado el 2 de febrero de 2015. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v33n2/editorial2.pdf>
15. Memoria Trasplante Renal 2013. Organización Nacional de Trasplantes. [Internet]. 2013. Consultado el 15 de febrero de 2015. Disponible en: [http://www.ont.es/infesp/Memorias/Memoria trasplante renal 2013.pdf](http://www.ont.es/infesp/Memorias/Memoria%20trasplante%20renal%202013.pdf)
16. ¡España, el país con menor lista de espera en trasplante renal. Organización Nacional de Trasplantes. Madrid; 2015. Consultado el 20 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2015/03/12/55019c34e2704e5c068b4574.html>
17. Plan de acción para la mejora de la donación y el trasplante de órganos. Organización Nacional de Trasplantes. “Plan Donación Cuarenta” [Internet]. 2010. Consultado el 20 de febrero de 2015. Disponible en: [http://www.ont.es/infesp/ProyectosEnMarcha/Plan Donación Cuarenta.pdf](http://www.ont.es/infesp/ProyectosEnMarcha/Plan%20Donaci%C3%B3n%20Cuarenta.pdf)
18. Cataluña bate su récord de trasplantes con más de 900 operaciones en 2014. Barcelona; El País. 2015. Consultado el 20 de febrero de 2015. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/01/12/catalunya/1421074445_056535.html
19. Activitat de donació i trasplantament de teixits humans a Catalunya 2007 [Internet]. OCATT. 2013. Consultado el 20 de febrero de 2015. Disponible

- en:http://trasplantaments.gencat.cat/web/.content/minisite/trasplantament/registres_activitat/registre_de_donacio_i_trasplantament/arxius/informe_donacio_2013.pdf
20. Tarjeta de Donante. Organización Nacional de Trasplantes. [Internet]. 2015. Consultado el 22 de febrero de 2015. Disponible en:<http://www.ont.es/informacion/Paginas/TarjetadeDonante.aspx>
 21. Acedos M, Torres C, González D, Vega P, Pallás A, et al. Donación en asistolia en españa: situación actual y recomendaciones. Documento de Consenso Nacional 2012 [Internet]. 2012. Available from: <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/DONACIN EN ASISTOLIA EN ESPAA. SITUACIN ACTUAL Y RECOMENDACIONES.pdf>
 22. Protocolo de donación renal altruista. Organización Nacional de Trasplantes. [Internet]. 2012. Consultado el 22 de febrero de 2015. Disponible en:http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/Prococolo_donación_renal_altruista.pdf
 23. Martín-Escobar E. Importancia de los cuidados intensivos en la donación y el trasplante de órganos. Rev Bras Ter Intensiva. 2012;24(5):316–7. Consultado el 22 de febrero de 2015. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2012000400002&script=sci_arttext
 24. Rando K, Lezama L, Bustios C. Revisión de Temas Manejo anestésico del donante cadavérico con muerte encefálica. Actas Peru Anestesiol [Internet]. 2014;21(2):69–74. Consultado el 28 de febrero de 2015. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/actas_anestesiologia/v21n2/pdf/a04v21n2.pdf
 25. Yanes ES, Rodríguez IM, Antonio L, Sánchez R, Alberto C, Borroto R, et al. Implicaciones histórico-sociales , legales , bioéticas y religiosas de la muerte encefálica Historical social , legal , bioethical and religious implications of brain death. 2014;20(1). Consultado el 10 de Marzo de 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdc141f.pdf>
 26. Ministerio de Sanidad SS e I. Boletín oficial del estado [Internet]. 2012. Consultado el 10 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/Legislacin/BOERD1723-2012.pdf>
 27. Rodríguez-arias D. Ni vivo ni muerto, sino todo lo contrario, reflexiones sobre la muerte cerebral.2013;189. Consultado el 10 de marzo de 2015. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4493693>

28. Madrigal CM. Muerte encefálica y duelo . El formalismo y la tecnificación como factores que propician la negación de la muerte en el siglo XXI. Sincronía Univ Guadalajara [Internet]. 2012;1. Consultado el 18 de marzo de 2015. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4062833>

29. Tablada RH. Aproximación crítica a los problemas sociales de la muerte encefálica Critical approach to social problems of brain death. 2012;1(1):119–36. Consultado el 19 de marzo de 2015. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202012000100010&script=sci_arttext

30. Contreras FM. Evaluación y mejora del mantenimiento potencial donante en la unidad de cuidados intensivos adultos del Hospital San Pablo de Chile. 2014;1(2):16–42. Consultado el 19 de marzo de 2015. Disponible en: <http://revistas.userena.cl/index.php/cuidenf/article/view/464>

31. Moraes EL, Santos MJ, Merighi MA, Massarollo MC. Vivencia de enfermeros en el proceso de donación de órganos y tejidos para trasplante. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2014 [cited 2015 Feb 21];22(2):226–33. Consultado el 24 de marzo de 2015. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200226&lng=en&nrm=iso&tlng=en

32. Fonseca LF. Rol de enfermería en el proceso de donación de órganos para trasplante: revisión de la literatura - análisis crítico. 2012; Consultado el 14 de abril de 2015. Disponible en:
http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/rol_enfermeria.pdf

33. Enfermería Facultativa. La enfermería en el proceso de donación y trasplante. 2012;AÑO XVI, N:6–9. Consultado el 16 de abril de 2015. Disponible en:
http://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/documentos/Publica_Enfermeria_Facultativa.pdf

34. Ríos A, López-Navas A, Ayala-García M, Sebastián MJ, Abdo-Cuza A et al. A multicenter study in Spanish, Mexican, and Cuban hospitals of attitude toward living kidney donation. Ann Transplant [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 9];19:96–103. Consultado el 19 de abril de 2015. Disponible en:
<http://www.annalsoftransplantation.com/abstract/index/idArt/889622>

35. Deulofeu R, Blanca MJ, Twose J, Matesanz R. Actitud y conocimiento de los médicos de atención primaria, emergencias y urgencias en España sobre la donación y el trasplante de órganos y tejidos. Med Clin (Barc). 2011;136(12):541–8. Consultado el 22 de abril de 2015. Disponible en:

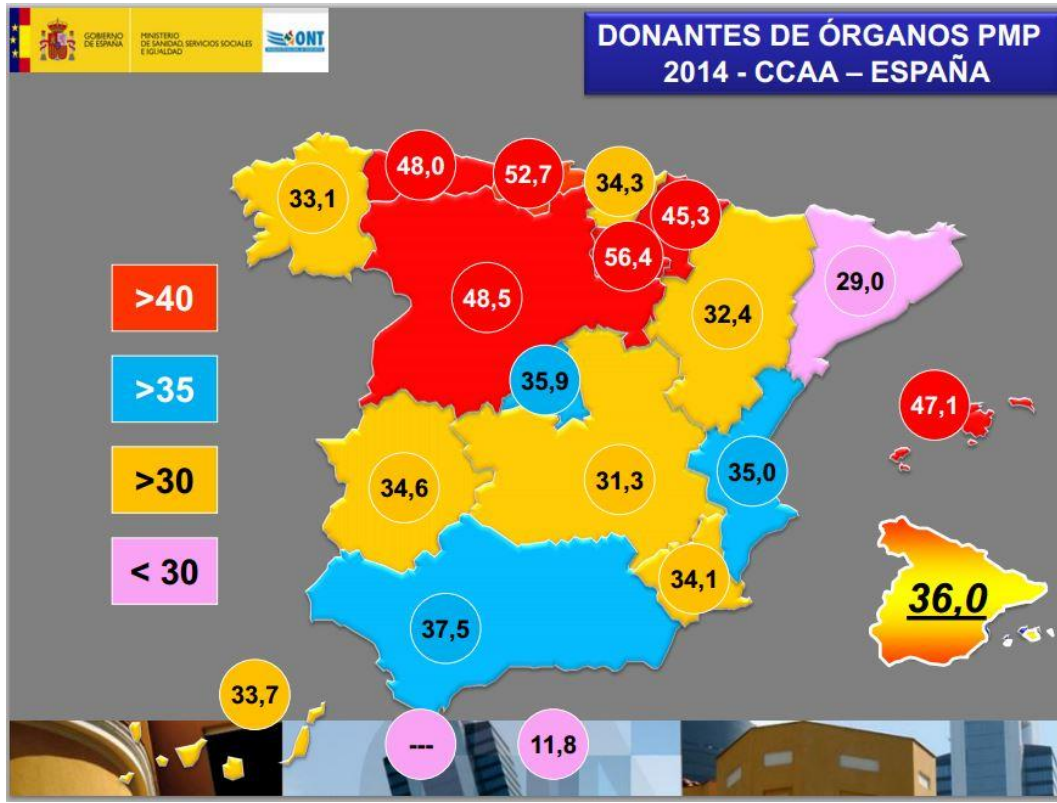
<http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Articulos/2009/ACTITUDYC ONOCIMIENTO MEDICOS.pdf>

36. Domínguez SJ. Importancia de la relación de ayuda en la entrevista familiar de donación de órganos de fallecidos, una perspectiva de los profesionales sanitarios. [Internet]. Universidad de Alicante; 2011. Consultado el 22 de abril de 2015. Disponible en: <http://tdx.cat/handle/10803/84230>
37. Plazas SD. Factores que influyen en la actividad de trasplantes en Colombia [Internet]. Universidad CES; 2013. Consultado el 22 de abril de 2015. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4836/52021893-2013.pdf?sequence=1>
38. Meyer K, Bjørk IT, Eide H. Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: A national survey. *J Adv Nurs* [Internet]. 2012;68(1):104–15. Consultado el 23 de abril de 2015. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/51195263_Intensive_care_nurses'_perceptions_of_their_professional_competence_in_the_organ_donor_process_a_national_survey
39. Mercado FJ, Padilla C, Díaz BA. La donación y el trasplante de órganos según los profesionales de la salud. Universidad de Guadalajara; 2010. 150 p. Consultado el 23 de abril de 2015. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/lib_cetot_final.pdf
40. Ríos A, López-Navas A, Ayala-García M, Sebastián MJ, Abdo-Cuza A et al. Estudio multicentrico hispano-americano de actitud hacia la donación de órganos entre profesionales de centros sanitarios hospitalarios. 2015;2. Consultado el 23 de abril de 2015. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4732853>
41. DiMartini A, Cruz RJ, Dew MA., Fitzgerald MG, Chiappetta L, Myaskovsky L, et al. Motives and decision making of potential living liver donors: Comparisons between gender, relationships and ambivalence. *Am J Transplant*. 2012;12(1):136–51. Consultado el 23 de abril de 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22081865>
42. Wong SM. Survey of nurses in Hong Kong about cadaveric organ donation: their attitudes, knowledge and perceived barriers. University of Hong Kong; 2007. Consultado el 23 de abril de 2015. Disponible en: <http://hub.hku.hk/handle/10722/50743>

7. ANEXOS

Anexo A:

Gráfico extraído del documento de actividad de donación y trasplante realizado por la Organización Nacional de Trasplantes publicado en 2015.



Tasa de donantes de órganos por millón de población

Anexo B

Datos de la Organización Catalana de Trasplantes publicado en 2014

	2013		2012	
	N (%)	Taxa pmp ¹	N (%)	Taxa pmp ¹
Casos detectats (ME + MA)	334	46,5	352	46,5
Contraindicacions mèdiques	48		59	
Problemes logístics	1		1	
Negatives a la donació ²	52 (17,9) ³		55 (17,5) ³	
Negatives judicials	7		9	
Entrevistes	291		315	
Donants vàlids	207	27,4	228	31,1
Donants vius renals	164	21,7	147	19,4
Donants vius hepàtics	10	1,3	6	0,8
Donants dominó hepàtics	4		5	
Trasplantaments	847⁴	112,2	873⁴	115,3
Renals	539 ⁴	71,4	560 ⁴	74,0
Hepàtics	168 ⁴	22,3	180 ⁴	23,8
Cardíacs	52	6,9	52	6,9
Pulmonars	69	9,1	66	8,7
Pancreàtics	19	2,5	15	2,0
Intestinals	0	-	0	-

ME: mort encefàlica; MA: mort en asistència.

¹Taxa expressada per milió de població (pmp). ²Negativa familiar.

³Percentatge calculat sobre el total d'entrevistes fetes. ⁴Inclou donant viu i cadàver.

Actividad de donación y trasplante de órganos en Cataluña, en 2013 y 2012

Anexo C:

Gráfico publicado por la Organización Catalana de Trasplantes en 2014

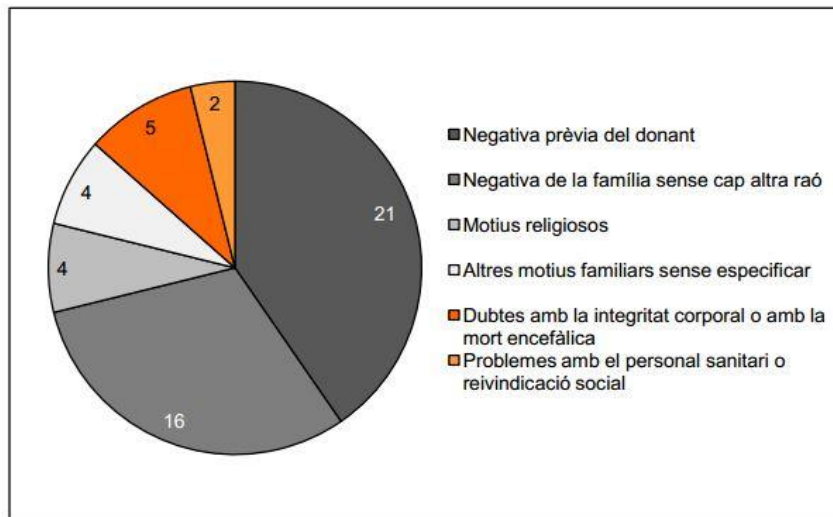


Figura 3. Motius de negativa a la donació expressats per la família del possible donant a Catalunya, 2013. **Figure 3.** Motivos de negativa a la donación expresados por la familia del posible donante en Cataluña, 2013. **Figure 3.** Reasons for donation refusal expressed by the family of the possible donor in Catalonia, 2013.

Anexo D:

Cuestionario de actitudes y conocimientos sobre la donación de órganos Chernenko.

Por favor, marque la letra que mejor refleje su punto de vista.

SECCIÓN I

1. Las guías clínicas para la declaración de un paciente con muerte cerebral están bien establecidas.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

2. Hay leyes que reconocen la muerte cerebral como criterio legal de muerte.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

3. Los donantes de órganos son generalmente los pacientes que han sufrido muerte cerebral y están siendo mantenidos en los respiradores.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

4. La obtención del corazón, los pulmones, el hígado o los riñones por lo general se obtienen en asistolia.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

5. La obtención de consentimiento para la donación de órganos es responsabilidad legal de los médicos.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

6. Muchas religiones prohíben la donación de órganos.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

7. La familia del donante puede sufrir las consecuencias de gastos financieros en el proceso de la donación de órganos.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

8. Es legal para una persona viva vender un riñón.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

9. Algunos pacientes con cáncer se pueden aceptar como donantes de órganos.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

10. Las instituciones de salud participan activamente en la obtención de órganos.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

11. Las instituciones de salud han establecido protocolos que garantizarán que en estado de coma, los pacientes dependientes del ventilador se evaluarán por el criterio de muerte cerebral.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

12. Las instituciones de salud han establecido protocolos que aseguren que todas las muertes encefálicas sean evaluados para una posible donación de órganos.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

13. La lista de espera actual para todos los pacientes en espera de trasplante en de riñón en España es de aproximadamente

- A. 2500 pacientes
- B. 3500 pacientes
- C. 4500 pacientes

SECCIÓN II

1. Los proveedores de salud aceptan los criterios establecidos para la muerte cerebral.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

2. La muerte cerebral es un concepto difícil de explicar a las familias de posibles donantes.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

3. Las actividades de obtención de órganos deben ser responsabilidad de los médicos.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

4. El médico que certifica la muerte cerebral de un paciente no debe estar involucrado en la extracción o el trasplante del órgano/s.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

5. Los protocolos médicos para el tratamiento de un paciente que puede convertirse en un donante de órganos a menudo entran en conflicto con los procedimientos para la protección de órganos que pueden ser trasplantados.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

6. La donación de órganos ayuda a las familias en su proceso de duelo.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

7. El público en general en mi comunidad está bien informada acerca de la donación de órganos.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

8. El equipo de obtención de órganos es eficaz en la educación de profesionales de la salud con respecto a las necesidades y servicios de obtención de órganos.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

9. Los equipos de obtención de órganos tratan al donante con respeto.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

10. En principio, yo apoyo la donación de órganos.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

11. El cuerpo de un donante de órganos puede aparecer desfigurado en el momento del funeral.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

12. La familia del paciente fallecido debe recibir un pago por la donación.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

13. La televisión y otros medios de comunicación deben usarse rutinariamente para recordar a la opinión pública la necesidad de la donación de órganos.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

14. Una ley debe dar ese presunto consentimiento para la donación de órganos para todos los pacientes con muerte cerebral, a menos que ellos previamente hayan indicado lo contrario.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

15. Los criterios de muerte cerebral se deben seguir por ley.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

16. El personal de enfermería (con excepción de los coordinadores de trasplantes) debe recibir una compensación económica adicional por participar en las actividades de adquisición de órganos.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

17. Se debería proporcionar dinero a las familias que han accedido a la donación de órganos de familiares con muerte cerebral.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

18. El gobierno debe proporcionar incentivos en efectivo para las familias de los donantes potenciales con muerte cerebral que otorgan el consentimiento.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

19. Las instituciones de salud deben participar activamente en la obtención de órganos.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

20. La Institución de salud debe estar obligada a establecer protocolos que garanticen que en estado de coma, los pacientes dependientes del ventilador serán evaluados por el criterios de muerte cerebral.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

21. Las instituciones de salud deben estar obligadas a establecer protocolos que aseguren que todas las muertes encefálicas son evaluadas para una posible donación de órganos.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

22. El proceso de donación de órganos conlleva mucho tiempo.

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo
- E. No estoy seguro/a

SECCIÓN III

1. ¿En qué medida usted apoya la donación de órganos?

- A. Totalmente
- B. Bastante
- C. No demasiado
- D. No la apoyo en absoluto
- E. No sé

2. ¿Cómo de cómodo se siente usted en la identificación de un paciente como donante potencial, al tiempo que el paciente se mantiene en un respirador?

- A. Muy cómodo
- B. Algo cómodo
- C. No muy cómodo
- D. Totalmente incómodo
- E. No lo sé

3. ¿Quién debe tener la responsabilidad de explicar a una familia que su familiar tiene muerte cerebral?

- A. Un neurocirujano / neurólogo
- B. El médico de atención primaria en el caso
- C. El médico de familia
- D. La enfermera que ha estado tratando al paciente

- E. Otros (especificar) _____
- F. No lo sé

4. ¿Cómo de reacio es usted a proponerle a las familias la donación de órganos?

- A. Muy reacio
- B. Algo reacio
- C. No muy reacio
- D. Nada reacio
- E. No lo sé

5. ¿Cómo de probable es que usted no se involucre en la donación de órganos, debido al tiempo que conlleva el proceso?

- A. Muy probable
- B. Algo probable
- C. No muy probable
- D. Nada probable
- E. No lo sé

6. Al atender a un paciente con muerte cerebral, ¿cree que la familia verá un conflicto de intereses si les propone la donación de órganos?

- A. Mucho conflicto
- B. Algo de conflicto
- C. No mucho conflicto
- D. Ningún conflicto
- E. No lo sé

7. Mientras un paciente está siendo evaluado de muerte cerebral, ¿cómo de apropiado es involucrar a personal de la agencia de obtención de órganos (no médicos) en las decisiones relativas a la gestión de la hemodinámica y otros temas clínicos?

- A. Muy apropiado
- B. Algo apropiado
- C. No es muy adecuado
- D. Totalmente inapropiado
- E. No lo sé

8. En su experiencia, ¿le gusta involucrarse en la declaración de la muerte cerebral?

- A. Siempre
- B. A menudo
- C. A veces
- D. Rara vez
- E. Definitivamente no
- F. No lo sé

9. ¿Está usted al corriente de los criterios que hacen que un enfermo terminal sea un posible candidato para la donación de órganos?

- A. Muy al corriente
- B. Un poco al corriente
- C. No muy al corriente
- D. Nada al corriente
- E. No lo sé

10. En su experiencia, ¿quién suele reconocer primero que un paciente es o se convertirá en un potencial donante de órganos?

- A. El paciente
- B. La familia del paciente
- C. La enfermera
- D. El médico
- E. El cura
- F. Otros (Especifique) _____

11. En su experiencia, ¿quién suele acercarse primero a la familia de un donante potencial?

- A. Enfermera
- B. Médico
- C. Trabajadora social
- D. Cura
- E. Órgano representante de la agencia de trasplantes
- F. Otros (Especifique) _____
- G. No lo sé.

12. ¿Con qué frecuencia refiere a pacientes con muerte cerebral a un departamento o agencia de la obtención de órganos?

- A. Muy frecuentemente
- B. A menudo
- C. A veces
- D. Rara vez
- E. No lo sé

13. ¿Cómo de emocionalmente exigentes encuentra las actividades de obtención de órganos?

- A. Muy exigentes
- B. Un poco exigentes
- C. No muy exigentes
- D. Nada exigentes
- E. No lo sé

14. ¿Con qué frecuencia expresa usted su preocupación acerca de su responsabilidad legal en el proceso de obtención de órganos?

- A. Muy frecuentemente
- B. A menudo
- C. A veces
- D. Rara vez
- E. No lo sé

15. ¿Cómo de a favor estaría usted de proporcionar algún tipo de pago a las familias de los donantes?

- A. Muy a favor
- B. Algo a favor
- C. Algo en contra
- D. Totalmente en contra
- E. No lo sé

16. ¿Ha hablado de sus sentimientos acerca de la donación de órganos con su familia?

- A. Sí
- B. No

17. ¿Consideraría la donación de sus órganos en el momento de su muerte?

- A. Sí
- B. No
- C. No lo sé

18. ¿Ha firmado una tarjeta de donante de órganos?

- A. Sí
- B. No

19. ¿Consideraría dar su permiso para donar los órganos de un miembro de la familia en el momento de su muerte?

- A. Sí
- B. No
- C. No lo sé

SECCIÓN IV

1. La formación en materia de donación y trasplante de órganos de un equipo de trasplante debe ser un mínimo de una vez al año.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

2. En mi localidad existe una financiación adecuada asignada para mantener a los pacientes dependientes del ventilador que están siendo evaluados de la muerte cerebral.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

3. Los profesionales de la salud en mi institución son adecuadamente compensados por su participación en el proceso de donación de órganos.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

4. La financiación se designa específicamente a apoyar el proceso de donación de órganos.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

5. Un especialista (es decir, el coordinador de donación de órganos) debe ser contratado en cada centro en el que no se hacen trasplantes para ayudar a facilitar el proceso de donación de órganos.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

6. La financiación de una cama adicional en la unidad de cuidados intensivos de mi institución debe establecerse específicamente para el cuidado de un paciente con muerte cerebral.

- A. De acuerdo
- B. En desacuerdo
- C. No estoy seguro/a

SECCIÓN V

1. Por favor, indique su sexo.

- A. Hombre
- B. Mujer

2. Por favor, marque su grupo de edad.

- A. Menos de 25
- B. 25-29
- C. 30-34
- D. 35-39
- E. 40-44
- F. 45-49
- G. 50 o más

3. ¿Cuál es la unidad en la que está trabajando ahora?

- A. Servicios especiales
- B. Hospitalización
- C. Servicio de Urgencias
- D. Quirófano.

4. ¿Cuántos años llevas trabajando de enfermera?

- A. menos de 1 año.
- B. entre 2 y 5 años.
- C. entre 5 y 10 años.
- D. más de 10 años.