

Maria Pitarch Aznar

**IMPACTO EMOCIONAL DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN LA FAMILIA DEL
PACIENTE CRÍTICO ADULTO CON MUERTE ENCEFÁLICA. UNA REVISIÓN
NARRATIVA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por: Sra. Elsa Gil Mateu

Facultad de Enfermería



**FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili**

TORTOSA 2021

SOL·LICITUD DE DEFENSA DEL TREBALL FI DE GRAU

DADES PERSONALS		
Nom i cognoms: MARIA PITARCH DENNR		
DNI: 73403453 - B	Adreça: C/ Saume Valls canós 1A pis 3r D	
Codi postal: 12600	Població: La Vall d'Uixó	Tel. Fix: 964664107
Tel. Mòbil: 635245054	Adreça electrònica URV: 73403453_b@ppp.urv.cat	

EXPOSO
Que he finalitzat el procés d'elaboració del meu Treball Fi de Grau titulat: Impacto emocional de la donación de órganos en la familia del paciente crítico adulto con muerte encefálica.
Que tinc l'autorització del/ de la tutor/a del meu Treball Fi de Grau: Elsa Gie Mateu
I estic en disposició d'efectuar la seva defensa.

SOL·LICITO
Que sigui acceptada a tràmit la defensa del meu Treball Fi de Grau, per la qual cosa adjunto a aquesta sol·licitud dos exemplars del Informe Final.

En _____ de _____ de 2011
(signatura) *Els*

EL/LA TUTOR/A: Dono el vist-i-plau a aquesta sol·licitud de Defensa del Treball Fi de Grau Data i signatura: <i>Elsa Gie</i>

EL/LA COORDINADOR/A: Data de recepció i signatura
--

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer el apoyo de todas las personas que han estado a mi lado no solo durante este proceso, sino durante los cuatro años como estudiante de enfermería. Gracias por animarme cada vez que lo he necesitado y por hacer que cada día me sienta más orgullosa de poder ser enfermera.

A mi familia y amigas por estar ahí siempre, por el apoyo y la motivación al largo de estos años.

A todos los profesionales sanitarios que me han ido formando durante estos cuatro años y me han enseñado el verdadero significado de ser enfermera.

Finalmente, a mi tutora Elsa Gil Mateu por su paciencia, tiempo y dedicación y por proporcionarme las herramientas necesarias para llevar a cabo este trabajo.

¡Muchas gracias a todos!

Resumen:

Introducción: La donación de órganos en el paciente crítico con muerte encefálica puede causar un gran impacto emocional en su familia. La decisión de donar sus órganos en la mayoría de los casos recae sobre ella. Enfermería se ocupa tanto de los cuidados que impliquen mantener al paciente con vida hasta que se pueda hacer un trasplante, como en los cuidados hacia la familia. Objetivos: Identificar los sentimientos de la familia del paciente crítico adulto con muerte encefálica candidato a la donación de órganos. Metodología: revisión bibliográfica de la literatura científica mediante las bases de datos PubMed, Scopus, Cuiden y Web of Science entre noviembre de 2020 y enero de 2021. Resultados: se incluyeron 14 artículos de los cuales 5 fueron descriptivos, 6 cualitativos y 3 cuantitativos. Los estudios seleccionados muestran las necesidades emocionales que tiene la familia durante todo el proceso y la relación que se establece con los profesionales sanitarios. Conclusiones: Se obtienen mejores resultados si se realiza un acompañamiento a la familia por parte de los profesionales de la salud. Existe un nivel más grave de duelo entre los familiares que no entienden la muerte encefálica. La donación de órganos se puede experimentar como una forma de consuelo durante el duelo. No se asocia con un mayor nivel de estrés, ansiedad y depresión entre las familias el hecho de aceptar la donación de órganos o no hacerlo. Palabras clave: donación de órganos, muerte encefálica, familia, paciente crítico, impacto emocional, duelo.

Abstract:

Introduction: Organ donation in critically ill patients with brain death can have a great emotional impact on their family. The decision to donate her organs in most cases rests with her. Nursing deals both with the care that involves keeping the patient alive until a transplant can be done, and with care for the family. Objectives: To identify the feelings of the family of the critical adult patient with brain death who is a candidate for organ donation. Methodology: bibliographic review of the scientific literature using the PubMed, Scopus, Cuiden and Web of Science databases between November 2020 and January 2021. Results: 14 articles were included, of which 5 were descriptive, 6 qualitative and 3 quantitative. The selected studies show the emotional needs of the family throughout the process and the relationship established with health professionals. Conclusions: Better results are obtained if the family is accompanied by health professionals. There is a more serious level of grief among family members who do not understand brain death. Organ donation can be experienced as a form of comfort during grief. Whether or not accepting organ donation is associated with an increased level of stress, anxiety and depression

among families. Key words: organ donation, brain death, family, critical patient, emotional impact, grief.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	8
2	MARCO CONCEPTUAL	10
2.1	PACIENTE CRÍTICO	10
2.2	ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS.....	11
2.3	MUERTE ENCEFÁLICA.....	12
2.4	TRASPLANTE DE ÓRGANOS	14
2.4.1	MANTENIMIENTO DEL PACIENTE CON MUERTE ENCEFÁLICA CANDIDATO A DONACIÓN DE ÓRGANOS.....	14
2.4.2	ATENCIÓN A LA FAMILIA.....	16
2.4.3	DUELO EN LA DONACIÓN.....	20
3	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
4	OBJETIVOS	21
4.1	GENERAL.....	21
4.2	ESPECÍFICOS.....	21
5	METODOLOGÍA	21
6	RESULTADOS	23
7	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	44
8	CONCLUSIONES	49
9	LIMITACIONES	51
10	LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	52
11	BIBLIOGRAFÍA	53

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1. Número total y tasa anual de donantes de órganos según el tipo de donante. España 1993-2019 (Organización Nacional de Trasplantes, 2019)</i>	<i>8</i>
<i>Ilustración 2. Donantes de órganos eficaces en Muerte encefálica por CCAA. España 2019 (Organización Nacional de Trasplantes, 2019)</i>	<i>9</i>
<i>Ilustración 3. Evolución de la utilización de donantes eficaces. España 2010-2019 (Organización Nacional de Trasplantes, 2019)</i>	<i>9</i>
<i>Ilustración 4. Evolución de las negativas a la donación. España 2010-2019 (Organización Nacional de Trasplantes, 2019)</i>	<i>10</i>
<i>Ilustración 5. Algoritmo del diagnóstico de muerte encefálica. (Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, 2015.).....</i>	<i>13</i>
<i>Ilustración 6. Diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia.....</i>	<i>26</i>

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Descriptores utilizados. Fuente: elaboración propia</i>	<i>22</i>
<i>Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda. Fuente: elaboración propia</i>	<i>22</i>
<i>Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: elaboración propia.....</i>	<i>23</i>
<i>Tabla 4. Número de artículos seleccionados de cada base de datos. Fuente: elaboración propia</i>	<i>23</i>
<i>Tabla 5. Artículos seleccionados según su ecuación de búsqueda. Fuente: elaboración propia.</i>	<i>25</i>
<i>Tabla 6. Resultados. Fuente: elaboración propia.</i>	<i>43</i>

1 INTRODUCCIÓN

Un paciente crítico es aquel que se encuentra en una situación de riesgo vital importante y necesita una serie de cuidados especiales y complejos. Estos cuidados no siempre son suficientes para salvar la vida de este tipo de pacientes, por lo tanto, ¿qué ocurre con los órganos sanos de un paciente por el cual ya no hay nada más que hacer?

La donación de órganos es de vital importancia ya que muchas personas a lo largo de su vida necesitarán un trasplante de pulmón, hígado, corazón, páncreas, etc. Es necesaria una concienciación sobre este tema, la vida de miles de personas depende de que la sociedad conozca los beneficios que puede proporcionar a otras personas que necesiten un trasplante si acceden a donar sus órganos. El problema está en que es un tema poco conocido entre las personas y posiblemente exista bastante desinformación.

Por otro lado, cuando un paciente se encuentra en situación de muerte cerebral, la decisión de donar sus órganos en la mayoría de los casos recae sobre la familia. En esta situación, enfermería se ocupa tanto de los cuidados que impliquen mantener al paciente con vida hasta que se pueda hacer un trasplante, como en los cuidados hacia la familia. Es necesario el acompañamiento hasta el final, ya que, aunque el paciente siga con vida no deja de ser una despedida y puede ser un shock para la gente que lo rodea.

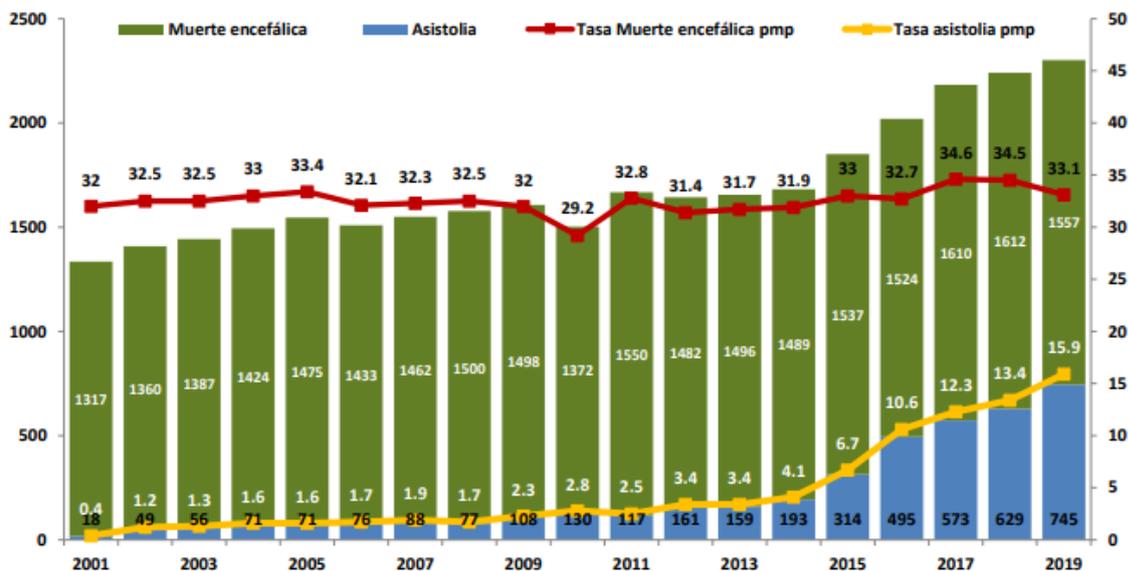


Ilustración 1. Número total y tasa anual de donantes de órganos según el tipo de donante. España 1993-2019 (Organización Nacional de Trasplantes, 2019)

La epidemiología demuestra que la mayor parte de donantes de órganos están en muerte encefálica.



Ilustración 2. Donantes de órganos eficaces en Muerte encefálica por CCAA. España 2019 (Organización Nacional de Trasplantes, 2019)

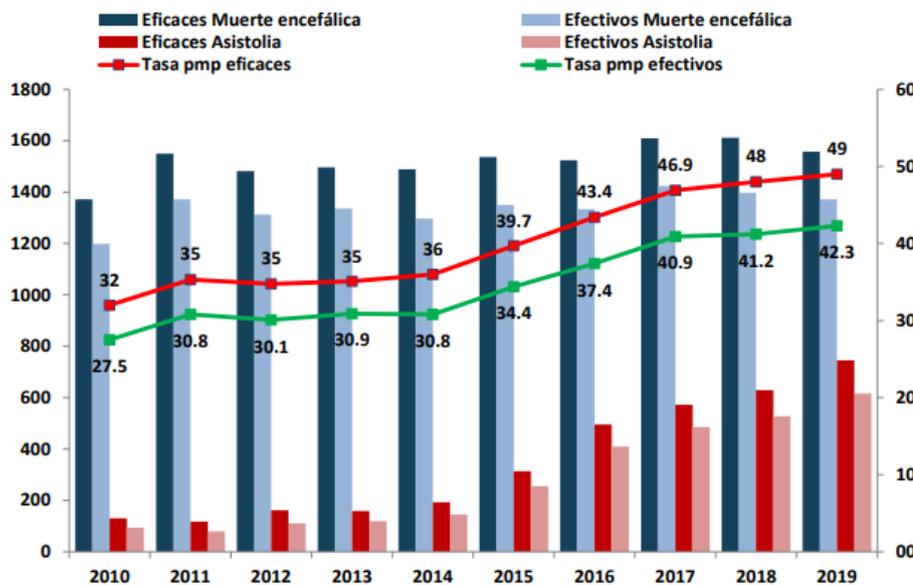


Ilustración 3. Evolución de la utilización de donantes eficaces. España 2010-2019 (Organización Nacional de Trasplantes, 2019)

En estos casos se acompaña hasta el final al donante y a su familia y se da inicio al proceso de duelo. Como se muestra en la ilustración 4, en algunas ocasiones la familia se niega a que el paciente done sus órganos.



Ilustración 4. Evolución de las negativas a la donación. España 2010-2019 (Organización Nacional de Trasplantes, 2019)

He elegido este tema como trabajo de final de grado para conocer la parte técnica del proceso, pero también la parte más emocional, ya que trabajamos con personas y con ese recuerdo de la escucha activa, la empatía y la comprensión recibidas es con el que se quedarán.

2 MARCO CONCEPTUAL

2.1 PACIENTE CRÍTICO

De entre toda la población atendida por el hospital, bien sean pacientes previamente hospitalizados, bien pacientes que accedan a la institución a través de la puerta de urgencias, existe un porcentaje que conforma el grupo de pacientes críticos, cuyas características fundamentales son sufrir grandes y graves lesiones y/o alteraciones fisiopatológicas, además de un serio compromiso de sus funciones vitales. La presencia constante de pacientes con estas características ha propiciado el desarrollo continuado de servicios y recursos tecnológicos y terapéuticos para dar una respuesta clínico-asistencial a las mismas. Podría decirse que así han surgido las Unidades de Cuidados Intensivos y los servicios de cuidados críticos hospitalarios. Los enfermos que

configuran el grupo de pacientes críticos, mayores y pediátricos podrían ser (Ortega Lopez et al., 2007):

- Pacientes politraumatizados y grandes quemados.
- Enfermos en estado de shock o con grandes posibilidades de desarrollarlo.
- Casos de infarto de miocardio complicado.
- Enfermos con crisis agudas de insuficiencia respiratoria.
- Pacientes que han sufrido una parada cardiorrespiratoria.
- Postoperatorio inmediato de algunas intervenciones quirúrgicas mayores.
- Algunos estados comatosos y trastornos metabólicos o hemodinámicamente importantes.
- Cuadros neurológicos severos con grado variable de afectación de conciencia.

Lo verdaderamente definitorio del servicio que se presta en estos entornos es precisamente la alta necesidad de cuidados en quienes lo utilizan: la vulnerabilidad y labilidad de los pacientes críticos obligan a tener dispositivos asistenciales que ofrezcan garantías óptimas de evaluación y seguimiento. No obstante, en este tipo de entornos se corre el riesgo de igualar la salud al equilibrio y estabilidad de los parámetros fisiológicos y como consecuencia el mantenimiento a base de soportes tecnológicos. La salud, desde una perspectiva holística, tiene que ser complementada con otras manifestaciones del cuidado más integrales y que contribuyan a un mejor afrontamiento de estas situaciones críticas de amenaza para la salud y para la vida. (Ortega Lopez et al., 2007)

2.2 ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS

La *American Association of Critical Care Nursing* (AACCN) define la enfermería de cuidados críticos como *“la especialidad enfermera que trata las respuestas humanas a situaciones que amenazan la vida”*. Se centra en intentar garantizar una interacción dinámica del paciente crítico con el enfermero y el entorno de cuidados críticos. Una mayor proporción de horas de cuidado enfermero acorta estancias, disminuye la incidencia de infecciones urinarias, neumonías nosocomiales y shock y el riesgo de sangrado gastrointestinal. La enfermera es el miembro del equipo asistencial que más relación entabla con la persona enferma, puede influir de forma importante en el entorno del paciente crítico y en la vivencia de su proceso. (Ortega Lopez et al., 2007)

Los pacientes ingresados en UCI y las enfermeras expertas en cuidados críticos consideran que los cuidados enfermeros son satisfactorios cuando estos se caracterizan

por la combinación humanística y científica, se dispensan de forma integral, continuada y van dirigidos a proporcionar a los pacientes seguridad, bienestar y confianza. La satisfacción de los pacientes queda claramente relacionada con la atención de la enfermera en relación con los cuidados integrales proporcionados durante el proceso de su enfermedad, en el cual los pacientes experimentan momentos de incertidumbre, desánimo, fragilidad y el paciente capta al igual que la enfermera que los cuidados dan respuesta no solo a la parte física y psicológica, sino que trasciende a la cobertura de la necesidad espiritual. (Jover-Sancho et al., 2015)

2.3 MUERTE ENCEFÁLICA

Existen pacientes críticos que, pese a que sobreviven, sufren una muerte encefálica, ésta se define como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del troncoencéfalo. Esta situación aparece cuando la presión intracraneal supera la presión arterial sistólica del paciente, lo que da lugar a la parada circulatoria cerebral. La etiología más frecuente es la hemorragia cerebral y el traumatismo craneoencefálico. El diagnóstico se basa en una exploración neurológica completa y extremadamente rigurosa que constata un coma arreactivo y ausencia de reflejos troncoencefálicos y respiración espontánea. Las pruebas instrumentales pueden ser obligatorias en algunos casos y varían en cada país. Los de tipo electrofisiológico son el electroencefalograma y los potenciales evocados. En pacientes tratados con fármacos sedantes se utilizan pruebas que evalúan el flujo sanguíneo cerebral, como la angiografía cerebral, el Doppler transcraneal y la gammagrafía con ⁹⁹Tc-HMPAO. (Escudero, 2009) En la ilustración 5 en la ilustración 5 veremos un ejemplo de algoritmo para el diagnóstico de la muerte encefálica.

En España, más del 92% de los trasplantes se realizan con órganos procedentes de donantes en muerte encefálica. La declaración de muerte encefálica es un acto de gran responsabilidad, con trascendencia médica, ética y legal, ya que exige retirar todas las medidas artificiales de soporte o realizar la extracción de órganos para trasplante. Un amplio conocimiento sobre su diagnóstico y una correcta toma de decisiones evitan el consumo innecesario de recursos y optimizan la obtención de órganos para trasplante. (Escudero, 2009)

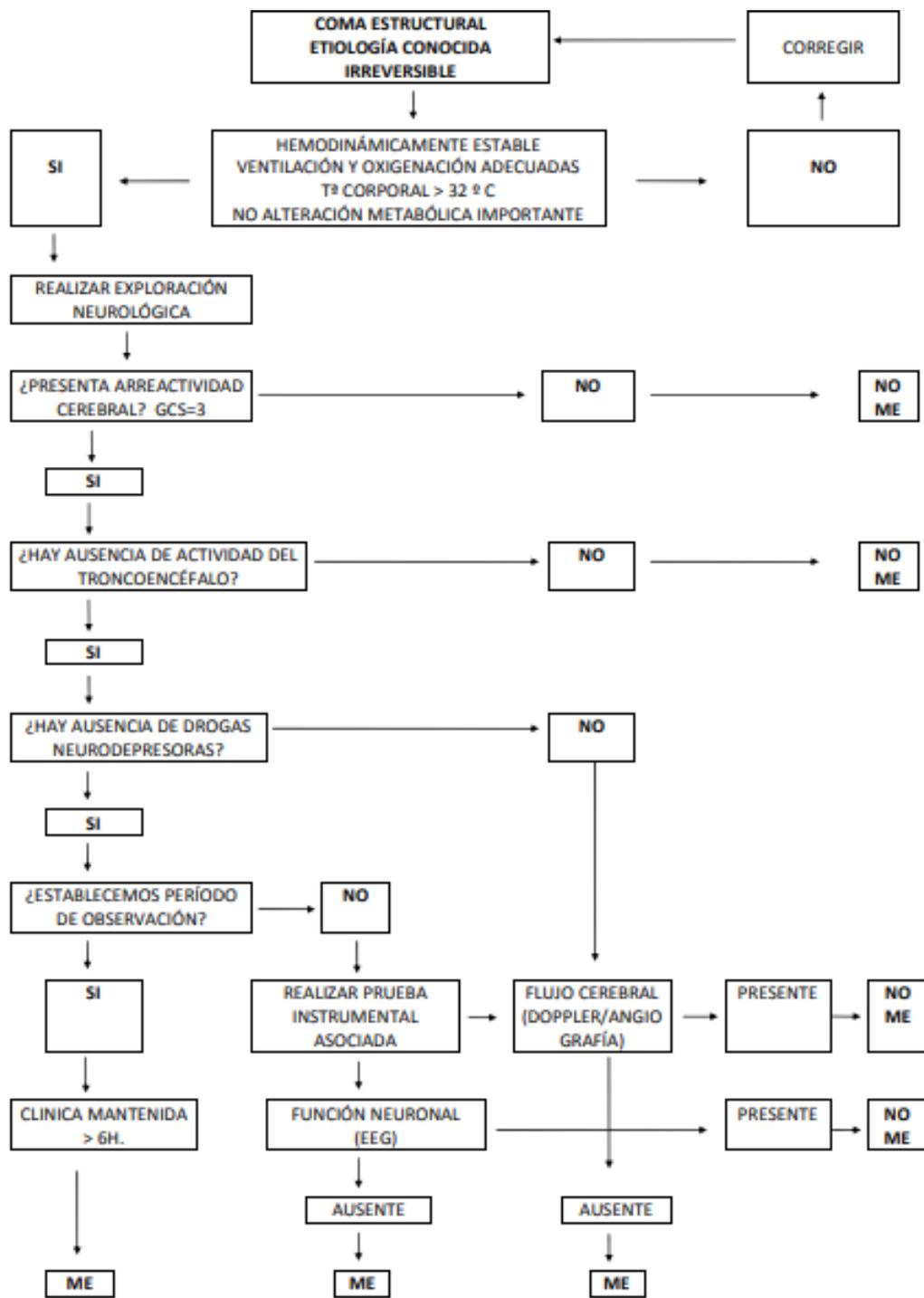


Ilustración 5. Algoritmo del diagnóstico de muerte encefálica. (Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, 2015.)

2.4 TRASPLANTE DE ÓRGANOS

El trasplante de órganos consiste en transferir células, tejidos u órganos para sustituir una función perdida. Este procedimiento ha sido perseguido por la medicina desde hace mucho tiempo y ha permitido que a lo largo de la historia se realicen aportaciones muy valiosas. El éxito de los trasplantes de órganos es relativamente reciente. En 1954 se realizó el primer trasplante renal exitoso entre gemelos monocigóticos, pero fue cinco años después cuando se lograron los primeros trasplantes entre personas genéticamente diferentes. (Rincón Salas, 2012)

Las técnicas relacionadas con el trasplante y el desarrollo de inmunosupresores han evolucionado considerablemente en todo el mundo, de modo que el paciente que recibe el órgano, además de tener una mejor calidad de vida, también sobrevive más tiempo. El trasplante no sólo permite salvar vidas, sino que también tiene una mejor relación costo/beneficio en comparación con los tratamientos y cuidados paliativos. Sin embargo, acompañando el éxito de este tipo de procedimiento, la demanda de trasplantes de órganos aumenta más rápido que la cantidad de donadores disponibles; así, el número de enfermos en listas de espera crece de manera desproporcionada en comparación con el número de trasplantes realizados. (Coelho & Bonella, 2019)

2.4.1 MANTENIMIENTO DEL PACIENTE CON MUERTE ENCEFÁLICA CANDIDATO A DONACIÓN DE ÓRGANOS

Un paciente que sufre muerte encefálica puede ser candidato a ser donante de órganos. La evolución clínica de un paciente con muerte encefálica sin más apoyo que la ventilación mecánica es corta y termina con la presencia de asistolia en aproximadamente 72 horas. Sin embargo, las funciones orgánicas se pueden mantener varios días si el paciente recibe un apoyo completo y adecuado. El tiempo en identificar un potencial donante de órganos que ha sido declarado en muerte encefálica no debe demorarse mucho ya que si esto ocurre se pierden hasta el 20% de los potenciales donantes. Se deberá permitir un tiempo adecuado para la confirmación de muerte encefálica, pero se deberán evitar retrasos innecesarios ya que contribuyen al deterioro de la función de los órganos. (Rincón Salas, 2012)

Desde este momento, es necesaria la aplicación de una serie de cuidados para un buen mantenimiento del paciente. El manejo hemodinámico de este tipo de pacientes requiere monitorización invasiva arterial para vigilar la tensión arterial sistémica y para la toma

de muestras de sangre arterial. Un buen manejo hemodinámico ha demostrado ser de utilidad para el mantenimiento de la función de los órganos potencialmente trasplantables. El objetivo de este manejo consiste en optimizar el gasto cardíaco a la vez que se mantienen normales la tensión arterial, la precarga y la poscarga, con el menor apoyo posible de fármacos vasoactivos, para alcanzar gradientes de presión de perfusión y flujo sanguíneo que promueva la función orgánica. (Rincón Salas, 2012)

Se inicia a través de la determinación de la tensión arterial media, requerimientos de fármacos vasoactivos y diuresis, además de la realización de ecocardiograma para descartar lesiones estructurales y estimar la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI). La volemia se optimiza con reanimación hídrica, utilizando soluciones salinas isotónicas, o el uso de diuréticos. Esto dependerá del órgano al que se enfoque la optimización de perfusión. El uso de soluciones glucosadas se deberá vigilar estrechamente por riesgo de hiperglucemia, diuresis osmótica y alteraciones electrolíticas. (Rincón Salas, 2012)

Los fármacos vasoactivos son necesarios si persiste la inestabilidad hemodinámica a pesar de la reanimación hídrica. Los más utilizados son la dopamina, la norepinefrina y la dobutamina. Si los objetivos se logran se continuará la monitorización hasta el momento del trasplante; si no se consigue será necesaria la terapia hormonal mediante la administración de hormonas tiroideas. (Rincón Salas, 2012)

Asimismo, la preservación de la función pulmonar es fundamental para conseguir mantener al paciente hasta el momento del trasplante, no solo influye a los pulmones, también al resto de los órganos. El soporte ventilatorio mecánico se debe proporcionar con ventilación limitada por presión para evitar la generación de presiones excesivas en la vía aérea y las complicaciones asociadas a ellas. Es muy importante mantener las medidas de asepsia durante el manejo de la vía aérea del paciente y también su temperatura corporal ya que al estar en muerte encefálica, el paciente pierde la termorregulación hipotalámica, esto junto a factores externos como el ambiente y las soluciones intravenosas pueden provocar hipotermia, ésta puede causar al paciente arritmias, disfunción cardíaca, etc., por lo tanto, la temperatura corporal debe estar por encima de los 35° C. (Rincón Salas, 2012)

2.4.2 ATENCIÓN A LA FAMILIA

Un aspecto muy importante que tratar en el paciente crítico es la familia. La familia del paciente en situación crítica se sumerge en un proceso marcado por una continua incertidumbre y sobrecarga emocional y social que da lugar a ideas generadoras de angustia y a una reducción de la capacidad de afrontar la situación. Es necesaria la involucración de la familia por parte del personal sanitario ya que puede ayudar a la recuperación del paciente. La enfermera de cuidados intensivos es un elemento dinamizador en la comunicación entre la familia y el equipo asistencial. (Ortega Lopez et al., 2007)

La familia también es importante en el proceso de donación de órganos. Es imprescindible el apoyo psicológico y emocional, ya que la situación en la que se ven envueltos es complicada de asimilar y sobrellevar. El acto en sí, y todo lo que deriva de él, entraña un fuerte argumento humano, una alta sensibilidad, un gran sufrimiento y desprendimiento que pone a prueba los recursos de protección psicológica de los implicados directamente en los actos de donar y recibir; sobre todo si se tiene en cuenta que en el caso del donante se está en medio de una reacción de dolor y duelo ante la pérdida. Para realizar la intervención psicológica en cualquiera de los casos antes señalados, se debe trabajar de manera estrecha con el equipo médico encargado y comprender la situación de salud de cada paciente y sus implicaciones, así como estructurar los mensajes comunicativos en cada fase del proceso, considerando siempre los principios rectores postulados por la OMS (Rodríguez & Fernández, 2015):

- Principio a la autonomía de los demás, a la vida, a la dignidad y a la integridad corporal de las personas.
- Beneficencia y no malevolencia: siempre beneficiar y no perjudicar.
- Justicia: imparcialidad en el uso de los recursos públicos y del poder político y no discriminación de los grupos con iguales oportunidades entre ellos.

En el momento de la toma de decisiones, los familiares de los donantes atraviesan una situación de crisis y conflictos de gran magnitud para aprobar o no la donación de un órgano del ser querido. Se debe tomar en cuenta que la decisión se toma en el momento de las entrevistas, pero acompañará a ese grupo familiar de por vida. De allí la importancia de la evaluación del estado psíquico de los familiares entrevistados. Es importante lograr la empatía con la familia; explicar detalladamente cuándo se hace o

se solicita la donación del órgano; explicar su importancia de manera sencilla, sin caer en tecnicismos, ni en discursos prolongados; respetar el dolor; permitir que se expresen las emociones; guardar silencio cuando es oportuno; mantener una escucha activa; cuidar la comunicación no verbal; evitar la manipulación de los sentimientos y emociones; y permitir que el consentimiento sea valorado por los familiares entre sí, al asumir la pérdida. Se deberá asumir una actitud respetuosa y comprensiva, aún ante la negativa de la donación del órgano y es importante ubicar a los familiares en un espacio confortable, alejado del entorno de otros familiares y/o pacientes, con iluminación tenue, ventilación, vistas agradables, música relajante y sobre todo sin televisor, con aporte de bebidas refrescantes y temperatura adecuada. El personal sanitario y no sanitario juega un importante papel en este apartado, ya que cualquier alteración puede desembocar en una expresión y/o respuesta no esperada. (Rodríguez & Fernández, 2015)

2.4.2.1 TEORÍA DE LA COMPRENSIÓN FACILITADA

La teoría de mediano rango basada en el modelo de adaptación de Roy y la teoría organizacional de Weick, "Facilitar el hacer sentido en familiares de pacientes en Unidades de Paciente Crítico (UPC)", de Judy Davidson, es un modelo práctico y comprobado en familiares de pacientes de unidades de cuidados intensivos (UCI). A través de una buena comunicación, sencillas instrucciones y actividades orientadas al confort y recreación del paciente por parte de la enfermera, se pretende disminuir los efectos psicológicos adversos (depresión, estrés y shock post traumático) del familiar al sentirse útil y contribuir con el bienestar de su ser querido. (Avilés Reinoso & Soto Núñez, 2014)

La teoría de la comprensión facilitada es una proposición de mediano rango que puede describirse como (Bernal-Ruiz & Horta-Buitrago, 2014):

- Componente Conceptual: deriva del modelo de adaptación de Roy y la teoría de la información organizacional de Weick. De la primera, toma los conceptos metaparadigmáticos y el planteamiento de la enfermedad como disrupción que requiere compensación y adaptación. De la segunda, se apropia de los planteamientos alrededor de la interpretación de los mensajes, el entorno, la reflexión y el entendimiento.
- Componente Teórico: Davidson define la comprensión facilitada como un proceso dinámico, continuo, reflexivo y creativo por el que las enfermeras involucran a la familia en el proceso de cuidado y le ayudan a interpretar la

información que reciben del ambiente, para que tengan de esta, una conciencia correcta y positiva. Frente a la hospitalización de una persona en cuidado intensivo, la familia necesita, para estar bien, darle sentido a la situación, comprender lo que está pasando, adaptarse a su nuevo rol y entender lo que deben hacer.

- Componente Empírico: está conformado por todas aquellas actividades o intervenciones de comunicación que incluyen la escucha empática, la resolución de dudas, la aclaración del significado del entorno que rodea al paciente, la revisión de necesidades insatisfechas, la elaboración-resolución de preguntas y las actividades guiadas a la cabecera del paciente.

2.4.2.2 ENTREVISTA FAMILIAR EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

Se necesita visibilizar la donación de órganos y promoverla, se salvan miles de vidas y se posibilita el realizar un último acto en vida muy generoso.

Según la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), en el año 2015 España revalida un año más su liderazgo mundial en donación y trasplantes y vuelve a batir su propio récord, con máximos históricos en trasplante renal y cardíaco, gracias a la generosidad de 1.851 donantes lo que hace crecer la tasa hasta 39,7 donantes por millón de personas. Uno de los puntos de mejora es la negativa familiar a la donación de órganos. A pesar de las campañas de donación, todavía existen cerca de un 15,3% de familiares de donantes potenciales aptos para donar sus órganos que se niegan a la donación de los órganos de sus seres queridos. (Gironés Guillem, 2016)

En España, la Ley 30/1979 de 27 de octubre, es de consentimiento presunto. Según la cual, todos los españoles son donantes. El consentimiento presunto permite proceder a la extracción de órganos y tejidos si la persona no ha dejado constancia expresa respecto a su oposición a la donación, exigiendo el respeto a quien en vida se haya manifestado en contra, no siendo imprescindible el que se haya manifestado por escrito, sino que puede haber sido expresada de manera verbal. Se debe solicitar a la familia información sobre la voluntad del fallecido, por lo que en última instancia y en caso de objeción, prevalece la opinión de los miembros de la familia. Se tiene que confirmar y rastrear la historia clínica, el registro de voluntades anticipadas y todos los sitios donde pueda existir la posibilidad de su negativa. En algunos casos los familiares no se encuentran en las circunstancias más adecuadas para tomar esa decisión. (Gironés Guillem, 2016)

En este sentido, la entrevista familiar para donación de órganos es un elemento principal para el proceso de donación. Tiene dos partes bien diferenciadas: la primera, es la comunicación de la muerte encefálica (si es el caso), normalmente notificada por el médico que habitualmente trataba al paciente o por el médico de guardia. La segunda parte, constituye el centro nuclear de la entrevista de donación y proporciona información sobre la situación adecuada para la donación de órganos por parte de los familiares, que han de tomar la decisión. Es éste, un tema delicado que no se puede ni debe plantearse abiertamente sin tener previstos recursos de apoyo. Se establece una relación de ayuda con el fin de producir alivio emocional y favorecer la realización de su duelo. El inicio del contacto es ofrecer ayuda a la familia, empatizar con ella y ponerse al servicio de sus necesidades. Sólo cuando la familia muestra síntomas de haber entendido la muerte encefálica y la irreversibilidad de la situación, es cuando se puede plantear el tema de la donación, preguntándole cuál sería su opinión, utilizando argumentos de generosidad y solidaridad, tratando de hacer que la muerte de su familiar no sea estéril, convirtiéndolo en el máximo acto de generosidad posible. Dentro de todo este proceso, se le facilita la visita al paciente para despedirse, explicando todas las dudas si es su deseo. Encontramos estas características en la mayoría de las familias de pacientes críticos donantes de órganos (Gironés Guillem, 2016):

- La pérdida del ser querido es el problema fundamental en esta situación.
- La pérdida eclipsa cualquier otra cuestión, inclusive la donación.
- La muerte, anteriormente ausente de sus vidas, se hace presente y toma especial protagonismo en su recuperación.
- Se separa claramente de la donación de órganos.
- La familia no está en las mejores condiciones para tomar la decisión.
- La donación de órganos en general es una escapatoria a sus sentimientos.
- La donación de órganos suele ser en su mayoría un aliciente para superar de duelo.
- En el caso de muchas familias la donación, a largo plazo, es un consuelo.
- La aceptación tarda en surgir. Aparece suavemente.
- El acompañamiento es valorado como muy importante para la familia.
- Necesitan tiempo, apoyo, afecto, compartir la presión.
- Suelen magnificar los recuerdos.
- Afloran sentimientos de impotencia y rabia. En algunos casos hay una cierta evitación.

- Se siente resentida su salud.
- Hay cambios en su manera de afrontar la vida.
- Hay conciencia de aprendizaje y crecimiento.

En todo caso se concluye la relación de ayuda, aunque la respuesta a la donación sea negativa. Se destacan cuatro evidencias en el momento de la solicitud de donación (Gironés Guillem, 2016):

- La pérdida del ser querido es el problema fundamental en esta situación.
- El acompañamiento es valorado como muy importante para la familia.
- La muerte encefálica es difícil de comprender por la familia.
- El trato recibido con anterioridad a la muerte afecta a la respuesta la donación.

2.4.3 DUELO EN LA DONACIÓN

Camel nombra en su estudio el punto de vista de Freud, Weisman y Corles sobre el duelo. Desde el punto de vista de Freud en el año 1997, el proceso del duelo es un estado emocional, donde el individuo, “retira el interés por el mundo exterior y elabora la pérdida”. Weisman, en 1976, clasifica la muerte en “oportuna e intempestiva” refiriéndose a la “muerte oportuna” en el cual la supervivencia puede verse como un acto anhelado. Por otro lado, se evidencia como un tránsito anticipado, o trágico. Al evaluar dicha clasificación, se puede asociar el duelo con el estado de tránsito anticipado producto de una muerte imprevista. Para Corles, en 2005, las familias que sufren la pérdida de un familiar se encuentran en un estado de negación y rechazo hacia la muerte, junto a esto en un estado dolor y de duelo por lo cual, al presentar una solicitud de donación muchas veces es negada, pues en estos momentos es primordial el luto hacia la familia. Afectando aún más si la muerte es cerebral. (Camel et al., 2019)

Se encuentran características particulares en los duelos de los familiares de los donantes y se describen esas singularidades cuando aluden a la necesidad de vinculación posterior entre los parientes donantes y los receptores. Para las familias donantes en duelo, el órgano implantado es la evidencia concreta de continuidad de la vida del difunto. Estas familias declaran tener mayor suerte en comparación con otras familias que han perdido a su ser querido y no fue donante. El conocimiento de que los órganos siguen funcionando en el cuerpo de otra persona es una forma de negar la muerte y la ausencia, manteniendo la presencia del fallecido a través por ejemplo del funcionamiento de su corazón en el receptor. (Bacci Mañaricua, 2014)

3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son los sentimientos de la familia del paciente crítico adulto con muerte encefálica candidato a la donación de órganos?

4 OBJETIVOS

4.1 GENERAL

- Identificar los sentimientos de la familia del paciente crítico adulto con muerte encefálica candidato a la donación de órganos.

4.2 ESPECÍFICOS

- Conocer la entrevista familiar que se realiza en el proceso de donación de órganos en el paciente crítico adulto con muerte encefálica candidato a la donación.
- Determinar los cuidados proporcionados al paciente crítico adulto con muerte encefálica candidato a la donación de órganos.
- Conocer los aspectos éticos del proceso de donación de órganos del paciente crítico adulto con muerte encefálica candidato a la donación.
- Identificar el rol de enfermería en el proceso de donación de órganos en el paciente crítico adulto con muerte encefálica candidato a la donación.

5 METODOLOGÍA

Revisión narrativa de 14 artículos que tratan sobre la donación de órganos en el paciente crítico, el impacto emocional en la familia del posible donante y los cuidados que se proporcionan a este tipo de pacientes.

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre diciembre de 2020 y enero de 2021 entre diferentes bases de datos (WOS, PubMed, CUIDEN y Scopus) utilizando artículos e investigaciones que se adaptaran a los objetivos del trabajo.

La búsqueda bibliográfica se realizó de manera organizada y siguiendo los protocolos de búsqueda, utilizando las palabras clave mediante los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH) y lenguaje libre que se muestran en la tabla 1.

MeSH	DeCS	Lenguaje libre
Organ donation	Organ donation	Critical patient
Brain death	Brain death	Emotional impact
Family	Family	Mourning

Tabla 1. Descriptores utilizados. Fuente: elaboración propia

Para realizar la revisión bibliográfica se buscó en cuatro bases de datos diferentes: Web Of Science (WOS), PubMed, CUIDEN y Scopus. En estas bases de datos, se utilizaron las palabras clave y el operador booleano AND, realizando tres ecuaciones de búsqueda que se muestran en la tabla 2.

WOS	PUBMED	CUIDEN	SCOPUS
Organ donation AND critical patient	Organ donation AND critical patient	Donación de órganos AND paciente crítico	Organ donation AND critical patient
Organ donation AND brain death AND emotional impact	Organ donation AND brain death AND emotional impact	Donación de órganos AND muerte encefálica AND impacto emocional	Organ donation AND brain death AND emotional impact
Organ donation AND mourning AND family	Organ donation AND mourning AND family	Donación de órganos AND duelo AND familia	Organ donation AND mourning AND family

Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda. Fuente: elaboración propia

Para definir los niveles de evidencia de los estudios seleccionados se utilizaron los criterios de Joanna Briggs. (Institute, 2013) Para refinar más la búsqueda y que los resultados se adaptaran a los objetivos del trabajo se fijaron unos criterios de inclusión y de exclusión que se describen en la tabla 3.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos publicados entre 2015-2020	Artículos publicados antes del 2015
Artículos en inglés, castellano y portugués	Artículos en otro idioma diferente al inglés, castellano o portugués
Artículos de acceso libre o mediante la biblioteca digital de la URV (SABiDi)	Artículos de contenido pediátrico
	Revisiones

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: elaboración propia

6 RESULTADOS

Se seleccionaron una serie de estudios que se adaptaban a los objetivos del trabajo. En la tabla 4 se visualizan el número de artículos seleccionados de cada base de datos. Se utilizaron tres ecuaciones de búsqueda nombradas anteriormente. En la tabla 5, se muestran los artículos seleccionados de cada ecuación de búsqueda.

BASES DE DATOS	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	EXCLUSIÓN POR TÍTULO	EXCLUSIÓN POR ABSTRACT	EXCLUSIÓN POR TEXTO	TOTAL (n=14)
WOS (n=318)	122	37	27	8	8
PubMed (n=6820)	2770	126	75	11	3
CUIDEN (n=16)	9	8	8	6	2

Tabla 4. Número de artículos seleccionados de cada base de datos. Fuente: elaboración propia

BASES DE DATOS	ECUACIONES UTILIZADAS Y ARTÍCULOS SELECCIONADOS
<p style="text-align: center;">WOS (n=8)</p>	<p style="text-align: center;"><i>“Organ donation AND emotional impact”</i> (n=5)</p>
	<p style="text-align: center;"><i>“Organ donation AND brain death AND emotional impact”</i> (n=2)</p>
	<p style="text-align: center;"><i>“Organ donation AND mourning AND family”</i> (n=1)</p>
<p style="text-align: center;">PubMed (n=3)</p>	<p style="text-align: center;"><i>“Organ donation AND emotional impact”</i> (n=0)</p>
	<p style="text-align: center;"><i>“Organ donation AND brain death AND emotional impact”</i> (n=2)</p>
	<p style="text-align: center;"><i>“Organ donation AND mourning AND family”</i> (n=1)</p>
<p style="text-align: center;">CUIDEN (n=2)</p>	<p style="text-align: center;"><i>“Donación de órganos AND impacto emocional”</i> (n=1)</p>
	<p style="text-align: center;"><i>“Donación de órganos AND muerte cerebral AND impacto emocional”</i> (n=0)</p>

	<p><i>“Donación de órganos AND duelo AND familia”</i></p> <p>(n=1)</p>
<p>Scopus</p> <p>(n=1)</p>	<p><i>“Organ donation AND emotional impact”</i></p> <p>(n=1)</p>
	<p><i>“Organ donation AND brain death AND emotional impact”</i></p> <p>(n=0)</p>
	<p><i>“Organ donation AND mourning AND family”</i></p> <p>(n=0)</p>

Tabla 5. Artículos seleccionados según su ecuación de búsqueda. Fuente: elaboración propia.

DIAGRAMA DE FLUJO

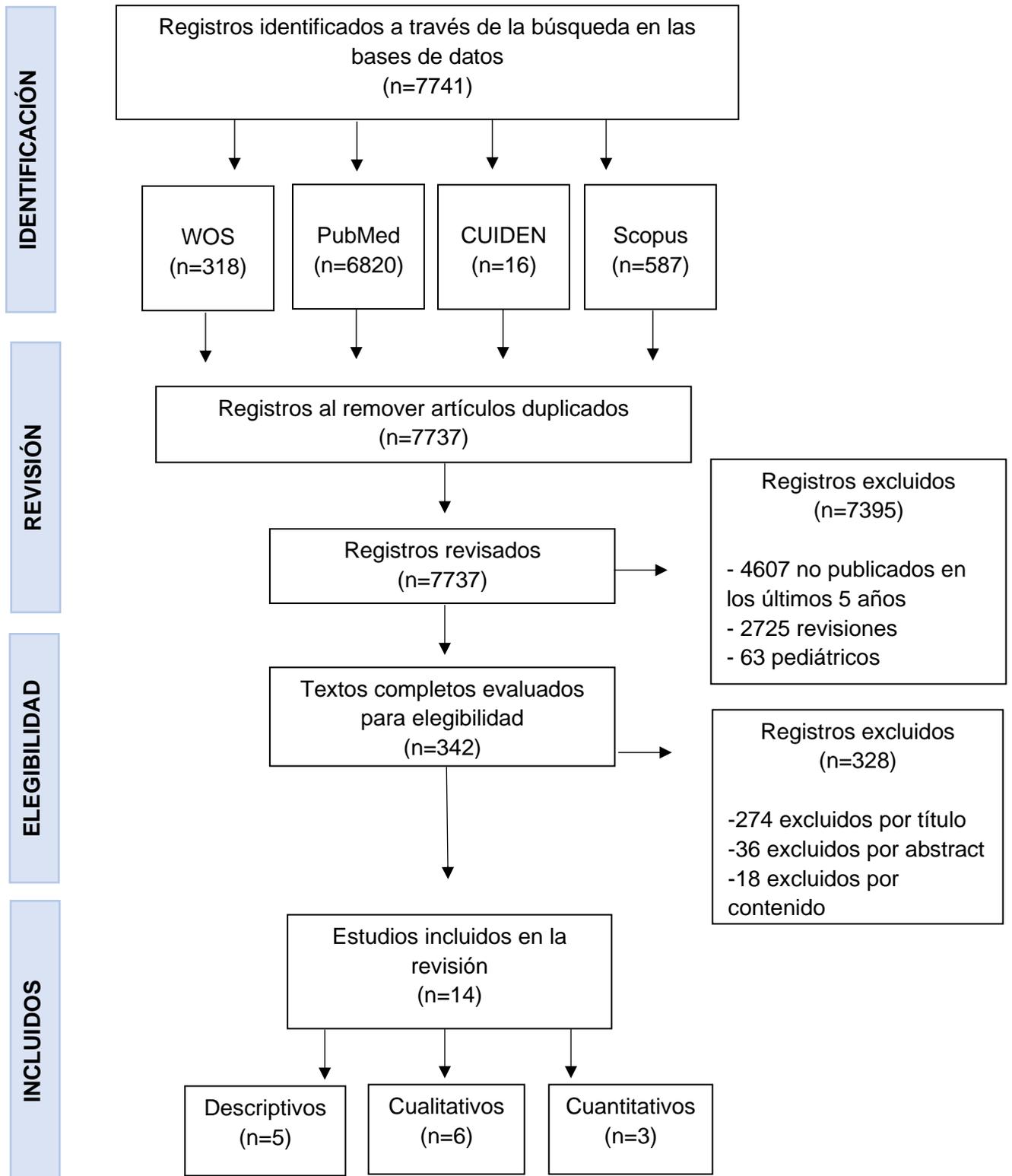


Ilustración 6. Diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia

TABLA DE RESULTADOS

TÍTULO	AUTOR, AÑO Y PAÍS	OBJETIVO	DISEÑO/MÉTODOS	MUESTRA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CRITERIOS DE CALIDAD
Summary of Spanish recommendations on intensive care to facilitate organ donation https://apps-whoofknowledge-com.sabidi.urv.cat/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=C19bLWpt2pJboolcynA&page=1&doc=1	Martín-Delgado MC, Martínez-Soba F, Masnou N, et al. España, 2019 (Martín-Delgado et al., 2019)	Consolidar las recomendaciones sobre la práctica de iniciar cuidados intensivos continuos para facilitar la donación de órganos	-Descriptivo -Se estableció un grupo de trabajo integrado por 10 intensivistas, 5 designados por la Sociedad Española de Cuidados Intensivos y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y 5 por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Se llevó a cabo una	n=10	Los cuidados intensivos para facilitar la donación de órganos son una práctica legítima que debe considerarse como parte de la cartera de servicios de salud de cualquier país que tenga un sistema de donación y	Los beneficios de aplicar cuidados intensivos para facilitar la donación de órganos se extienden a los donantes y a sus familias.	5b

			consulta pública para reforzar la validez de las recomendaciones.		trasplante de órganos.		
<p>Ethics Guide Recommendations for Organ Donation– Focused Physicians: Endorsed by the Canadian Medical Association</p> <p><a href="https://apps-
webofknowledge-
com.sabidi.urv.cat/
full_record.do?pr
oduct=UA&search
_mode=GeneralSe
arch&qid=5&SID=
C19bLWPt2pJbool
cynA&page=1&do
c=1">https://apps- webofknowledge- com.sabidi.urv.cat/ full_record.do?pr oduct=UA&search _mode=GeneralSe arch&qid=5&SID= C19bLWPt2pJbool cynA&page=1&do c=1</p>	<p>Shemie SD, Simpson C, Blackmer J, MacDonald S, Dhanani S, Torrance S, Byrne P.</p> <p>Canadá, 2017</p> <p>(Shemie et al., 2017)</p>	<p>Ayudar a los profesionales sanitarios y sus organizaciones a preservar su deber de cuidado, a proteger los intereses de los pacientes terminales y a cumplir mejor las prácticas para la donación de órganos y tejidos.</p>	<p>-Descriptivo.</p> <p>-Se celebró un foro entre el 24 y 25 de febrero de 2015 al que acudieron especialistas en ética y clínicos (incluidos médicos de donación en ejercicio) y representantes de asociaciones profesionales, Los participantes construyeron consenso alrededor escenarios clínicos prácticos y preguntas</p>	n=0	<p>La atención al final de la vida no debe verse comprometida con el propósito de aumentar la probabilidad de actualizar la donación.</p>	<p>-Las prácticas deben respetar los deseos de los pacientes que quieran donar órganos después de su muerte.</p> <p>-El deber principal es el cuidado del paciente y proporcionar un final de vida de calidad.</p>	5b

			<p>relacionadas con 4 temas amplios e interrelacionados: comunicación con las familias; conflictos interprofesionales; prácticas clínicas específicas de donación; métricas de desempeño, recursos y remuneración. Después del foro, se recopilaron las discusiones y recomendaciones y el informe fue aprobado por el Comité Directivo.</p>				
Prácticas clínicas al final de la vida en pacientes con daño	Domínguez-Gil B, et al.	Describir las prácticas clínicas al final de la vida	Estudio multicéntrico prospectivo de una	n=1970 Se incluyeron	Se puede considerar la donación en	-Es posible mejorar la detección de	2c

<p>cerebral catastrófico en España: implicaciones para la donación de órganos.</p> <p><a href="https://apps-
webofknowledge-
com.sabidi.urv.cat/
full_record.do?pr
oduct=UA&search
_mode=GeneralSe
arch&qid=9&SID=
C19bLWPt2pJbool
cynA&page=1&do
c=1">https://apps- webofknowledge- com.sabidi.urv.cat /full_record.do?pr oduct=UA&search _mode=GeneralSe arch&qid=9&SID= C19bLWPt2pJbool cynA&page=1&do c=1</p>	<p>España, 2016 (Domínguez-Gil et al., 2016)</p>	<p>relevantes para la donación de órganos en pacientes con daño cerebral catastrófico en España.</p>	<p>cohorte retrospectiva.</p>	<p>todos los posibles donantes entre un mes y 85 años fallecidos en cualquier unidad del hospital durante el periodo comprendido entre el 1/11/2014 y el 30/4/2015.</p>	<p>asistolia controlada en pacientes fallecidos tras limitación de tratamiento de soporte vital.</p>	<p>posibles donantes fuera de las unidades de cuidados intensivos.</p>	
<p>Organ donation protocols</p>	<p>Maciel C.B, Hwang D.Y, Greer D.M. USA, 2017</p>	<p>Crear protocolos uniformes que aseguren prácticas transparentes dentro de la</p>	<p>-Descriptivo.</p>	<p>n=0</p>	<p>La implementación de servicios de apoyo psicológico específicos para familias de los</p>	<p>-El apoyo al duelo puede tener un efecto significativamente positivo en la</p>	<p>5a</p>

https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/B9780444636003000234?via%3Dihub	(Maciel et al., 2017)	comunidad médica.			pacientes con muerte cerebral puede ayudar a lidiar con el impacto emocional.	experiencia de la donación. -Necesidad de estándares globales para facilitar la donación con la ayuda del compromiso de la sociedad.	
Ethical issues in organ transplantation	Modra L, Hilton A. Australia, 2015 (Modra & Hilton, 2015)	-Discutir la controversia en torno a la perimortem no terapéutica de los procedimientos realizados para facilitar la donación de órganos. -Describir el papel de los	-Descriptivo.	n=0	Los médicos de cuidados intensivos son fundamentales para el proceso de trasplante de órganos y por lo tanto, deben ser consciente de las innumerables cuestiones éticas que plantea.	La obtención de órganos es un procedimiento que no puede beneficiar físicamente al paciente sobre el que se realiza.	5a

https://apps-webofknowledge-com.sabidi.urv.cat/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=19&SID=C19bLWPt2pJboolcynA&page=1&doc=2		<p>registros de donantes de órganos, directivas avanzadas y sustitutos de quienes toman las decisiones para obtener un consentimiento válido para la donación de órganos.</p> <p>-Explicar la diferencia entre el donante que "opta por participar" y el que "opta por no participar".</p>					
---	--	--	--	--	--	--	--

<p>Relationship Between Bereavement Reaction With Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Organ Donor Families in Iran.</p> <p><a href="https://apps-
webofknowledge-
com.sabidi.urv.cat/
full_record.do?pr
oduct=UA&search
_mode=GeneralSe
arch&qid=27&SID
=C19bLWPt2pJboo
lcynA&page=1&do
c=1">https://apps- webofknowledge- com.sabidi.urv.cat/ full_record.do?pr oduct=UA&search _mode=GeneralSe arch&qid=27&SID =C19bLWPt2pJboo lcynA&page=1&do c=1</p>	<p>Tirgari B, Samareh H, Forouzi M.A. Irán, 2020 (Tirgari et al., 2020)</p>	<p>Determinar la relación entre duelo, depresión y trastorno de estrés postraumático en familias de donantes de órganos en Irán.</p>	<p>Estudio correlacional de familiares de pacientes con muerte cerebral cuyos órganos fueron donados. Usando el método de muestreo del censo, se acercó a las familias a través del Centro de Donación de Órganos de la Universidad de Kerman. Los datos se recopilaron utilizando los elementos básicos de duelo, el inventario de depresión de Beck y el impacto de la</p>	<p>n=96</p>	<p>El coeficiente de correlación de Pearson mostró que el duelo fue positivamente. Se correlacionó tanto con la depresión como con el trastorno de estrés postraumático.</p>	<p>-Las familias experimentaron duelo, trastorno de estrés postraumático y depresión después de la donación de órganos. -Los profesionales de la salud deben abordar y evaluar a estas familias en busca de posibles consecuencias emocionales y psicológicas, proporcionar apoyo emocional para aliviar su depresión y trastorno de</p>	<p>3e</p>
--	---	--	--	-------------	--	---	-----------

			escala de eventos revisados.			estrés posttraumático, y ayudarlos a proceso de duelo.	
Experiencing organ donation: feelings of relatives after consent. https://apps-webofknowledge-com.sabidi.urv.cat/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=31&SID=C19bLWPt2pJboolcynA&page=1&doc=1	Fernandes M, Bittencourt Z, Boin I. Brasil, 2015 (Fernandes et al., 2015)	Identificar experiencias y sentimientos sobre el proceso de donación de órganos, desde la perspectiva de un familiar de un donante de órganos en una unidad de trasplantes.	Investigación exploratoria con enfoque cualitativo, realizada con familiares de diferentes donantes de órganos, seleccionados por sorteo. Los datos sociodemográficos y las experiencias sobre el proceso de donación se recolectaron a través de entrevistas semiestructuradas. El material lingüístico fue	n=7	Los participantes destacaron la escasa sensibilidad del personal médico al comunicar la muerte encefálica del familiar y la falta de apoyo socioemocional previo a la situación vivida por la familia.	-Es necesario brindar apoyo socioemocional a las familias que enfrentan la experiencia del proceso de donación de órganos. -Se deben discutir otras prácticas de cuidado y manejo en salud que impacten en el fortalecimiento de los lazos familiares, post-donación, así	3e

			transcrito y sometido a análisis de contenido.			como los índices de obtención de órganos.	
Qualitative Research Process Applied to Organ Donation https://apps-webofknowledge-com.sabidi.urv.cat/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=36&SID=C19bLWPt2pJboocynA&page=1&doc=1	Gironés P, Burguete D, Machado R et al. España, 2018 (Gironés et al., 2018)	Describir las vivencias de los familiares en el momento en que se les informa del fallecimiento de su familiar y se les ofrece la opción de donación de órganos.	Estudio cualitativo. Fueron seleccionadas familias donantes del Hospital de Valencia, de 2005 a 2010, que hablaban español y vivían en la capital.	n=11	Las experiencias descritas han demostrado cómo el panorama de los familiares se ha visto afectado por la situación de una manera muy diferente a la visión de la realidad del personal profesional. La diferencia de perspectivas crea una barrera que puede hacer que el equipo profesional sea	-Las familias destacan como temas importantes hablar sobre la donación, el duelo, la muerte, el consuelo de la donación y la importancia del apoyo recibido. - Comprender las experiencias de las familias involucradas puede ayudar a los proveedores de atención médica a realizar una entrevista	3e

					menos eficaz en la comprensión de los intereses familiares para crear una relación útil y exitosa para la donación de órganos.	familiar más comprensiva cuando el tema es la donación de órganos.	
Being Convinced and Taking Responsibility: A Qualitative Study of Family Members' Experience of Organ Donation Decision and Bereavement After Brain Death.	Kentish-Barnes N, Cohen-Solal Z, Souppart V et al. Francia, 2019 (Kentish-Barnes et al., 2019)	-Determinar qué significa que los miembros de la familia tomen la decisión y asuman la responsabilidad. -Determinar cómo interactúan con el paciente fallecido en la UCI.	Estudio cualitativo mediante entrevistas con familiares en duelo que fueron contactados para la donación de órganos después de la muerte de su familiar en la UCI (muerte encefálica).	n=13	Surgieron tres temas: 1) Asumir la responsabilidad: los familiares explican cómo respaldan la decisión responsabilidad, pero no la experimente como una carga. 2) Percepciones ambiguas de la	-Los miembros de la familia sienten una fuerte responsabilidad decisoria que no se experimenta como una carga sino una prueba de su fuerte conexión con el paciente. -La donación de órganos se puede experimentar	3e

https://pubmed-ncbi.nlm.nih.gov/sabidi.urv.cat/30608283/		<p>-Determinar cómo los miembros de la familia describen el impacto del proceso y de la decisión sobre su proceso de duelo.</p>			<p>muerte en los que dos grupos de familiares emergen: aquellos para quienes la ambigüedad dificulta su aceptación de la muerte del paciente y aquellos para quienes la ambigüedad es una oportunidad aceptar la muerte y despedirse.</p> <p>3) La donación como consuelo durante el duelo.</p>	<p>como una forma de consuelo durante el duelo.</p>	
<p>Grief symptoms in relatives who experienced organ</p>	<p>Kentish-Barnes N, Chevret S,</p>	<p>Evaluar la experiencia del proceso de</p>	<p>Estudio longitudinal multicéntrico en 28 UCI de Francia. Los</p>	<p>n=202</p>	<p>-La experiencia fue significativamente</p>	<p>-La experiencia del proceso de donación de</p>	<p>3e</p>

<p>donation request in the ICU.</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/sabidi.urv.cat/29553799/</p>	<p>Cheisson G et al.</p> <p>Francia, 2018</p> <p>(Kentish-Barnes et al., 2018)</p>	<p>donación de órganos y síntomas de duelo en familiares de pacientes con muerte cerebral que discutieron la donación de órganos en la UCI.</p>	<p>participantes eran familiares de pacientes con muerte cerebral a quienes se les acercó para discutir la donación de órganos. Los familiares fueron seguidos por teléfono en tres momentos: al mes, para completar un cuestionario que describiera su experiencia en el proceso de donación de órganos; a los 3 meses, para completar la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria y la</p>		<p>más negativa para los familiares de los no donantes: estaban más insatisfechos con la comunicación, más sorprendidos por la solicitud y más a menudo se encontró difícil la decisión. Sin embargo, no hubo diferencias en los síntomas de duelo medidos a los 3 y 9 meses entre los 2 grupos.</p> <p>-La comprensión de la muerte cerebral se asoció con síntomas de</p>	<p>órganos varió entre familiares de pacientes donantes y no donantes, y los familiares de no donantes experimentaron una comunicación de menor calidad, pero la decisión no se asoció con síntomas posteriores de duelo.</p> <p>-Es importante destacar que la comprensión de la muerte cerebral es un elemento clave del proceso de donación de</p>	
--	--	---	---	--	---	---	--

			<p>Escala de impacto de eventos: revisada a los 9 meses, para completar el Impacto de la escala de eventos revisada y el Inventario de duelo complicado.</p>		<p>duelo: prevalencia de síntomas complicados de duelo entre familiares que no entendían el proceso de muerte cerebral en comparación con los que lo hicieron.</p>	<p>órganos para los familiares.</p>	
<p>Balancing hope and despair at the end of life: The contribution of organ and tissue donation.</p>	<p>Walker W, Sque M. Inglaterra, 2016 (Walker & Sque, 2016)</p>	<p>Proporcionar información sobre los beneficios percibidos de la donación de órganos y tejidos para familias en duelo que experimentaron cuidados al final</p>	<p>Estudio cualitativo y retrospectivo mediante entrevistas a las familias en duelo más reciente no menor de 3 meses y no mayor de 12 meses. Se ofreció la opción de una entrevista</p>	<p>n=30</p>	<p>Los hallazgos del estudio afirmaron la importancia de la atención al final de la vida centrada en la persona. Se descubrió una trayectoria de esperanza y desesperación en</p>	<p>-Importancia de la toma de decisiones de donación para las familias en duelo. -La donación de órganos y tejidos tiene el potencial de equilibrar la esperanza y la desesperación al</p>	<p>3d</p>

https://pubmed-ncbi-nlm-nih.gov/sabidi.urv.cat/26826752/		de su vida en la unidad de cuidados intensivos.	presencial o telefónica.		la que apareció la opción de la donación de órganos y tejidos da sentido a la vida y muerte de la persona fallecida y fue reconfortante para algunas familias en su duelo.	final de la vida cuando los deseos de los pacientes terminales, los fallecidos y los afligidos se cumplen.	
Care of the Organ Donor	Baldisseri M.R, Younghoon K. USA, 2016 (Baldisseri & Younghoon, 2016)	Determinar la detección, evaluación y manejo de la donante de órganos potencial para mejorar todos los aspectos del proceso de trasplante.	Estudio descriptivo	n=0	La donación de órganos incluye las fases de identificación y derivación, preliminar evaluación, discusión familiar y consentimiento, integral evaluación y	-Se necesitan estrategias adicionales y refuerzo educativo para mejorar las tasas de donantes y consentimiento, manejo de donantes de órganos y calidad	5a

https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85006817228&origin=resultslist					gestión de donantes y, finalmente, retiro de apoyo, pronunciamiento de muerte y recuperación del órgano.	y supervivencia del injerto. -El equipo multidisciplinario que atiende a posibles donantes de órganos debe estar familiarizado con el proceso.	
Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador	Magalhães A, Erdmann A, Sousa F et al. Brasil, 2018 (Magalhães et al., 2018)	Entender el significado del cuidado al paciente en muerte cerebral potencial donador para las enfermeras, y construir un modelo teórico.	Estudio cualitativo con la Teoría Fundamentada. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas estructuradas con enfermeras, distribuidos en tres grupos muestrales en un hospital	n=12	El fenómeno revela múltiples relaciones e interacciones de las enfermeras en la complejidad de la atención al paciente en muerte cerebral potencial. Surge la necesidad de la organización	El significado del cuidado al paciente en muerte cerebral potencial donador es entender su complejidad además de un ser muerto, sino también como un dador de vida a través de la	3e

http://cuiden.fundacionindex.com.sabidi.urv.cat/cuiden/extendida.php?cdid=761646_1			<p>universitario en el noreste de Brasil, a partir de diciembre/2010 a junio/2011.</p>		<p>de las prácticas de atención a este paciente en el contexto de la unidad de cuidados intensivos, teniendo en cuenta los factores que intervienen en la relación entre las enfermeras, el personal y la familia y revela los desafíos para las enfermeras sobre la complejidad del proceso de atención.</p>	<p>donación de órganos.</p>	
<p>Aproximación fenomenológica al</p>	<p>Lilo-Crespo M, Gironés-</p>	<p>Conocer y analizar el</p>	<p>Estudio cualitativo fenomenológico.</p>	<p>n=11</p>	<p>Tras el análisis de los resultados,</p>	<p>La donación aparece como</p>	<p>3e</p>

<p>significado e impacto de la donación de órganos en la familia</p> <p>http://cuiden.fundacionindex.com.sabidi.urv.cat/cuiden/extendida.php?cdid=701469_1</p>	<p>Guillem P, Sierras-Davó MC, Riquelme-Galindo J, Domínguez-Santamaría JM.</p> <p>España, 2017</p> <p>(Lillo-Crespo et al., 2017)</p>	<p>impacto de la donación de órganos a través de los significados que tiene para la familia en el contexto español.</p>	<p>Después de respetar, al menos, tres años de duelo desde la pérdida de un ser querido, se entrevistaron en profundidad a familias que donaron órganos en el Hospital La Fe en Valencia</p>		<p>se describieron veintisiete unidades de significado que fueron clasificadas en relativos a la pérdida y relativos a la donación de órganos y, posteriormente, correlacionadas.</p>	<p>mecanismo de alivio o compensación del fallecimiento del familiar.</p>	
---	--	---	--	--	---	---	--

Tabla 6. Resultados. Fuente: elaboración propia.

7 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El trasplante de órganos es el único tratamiento que salva la vida de los pacientes con insuficiencia orgánica en etapa terminal. La toma de decisiones al final de la vida debe basarse, no exclusivamente en aspectos médicos, sino también en consideraciones morales, sociales y de bienestar. La donación de órganos debe presentarse como una opción en la atención al final de la vida proporcionando un enfoque holístico centrado en el interés de los pacientes una vez que se hayan ignorado todos los tratamientos curativos (Martín-Delgado et al., 2019). Sin embargo, los avances en medicina, difuminan la delgada línea entre un donante de órganos potencial y un sobreviviente potencial, revelando un posible conflicto de intereses en la implementación de medidas de preservación de órganos en lugar de continuar con las intervenciones para salvar vidas (Maciel et al., 2017).

SENTIMIENTOS DE LA FAMILIA

En todo este proceso, surge en la familia una serie de sentimientos que causan un impacto emocional en sus vidas. La muerte encefálica es un diagnóstico difícil de transmitir a la familia, ya que el paciente que recibe ventilación pasiva parece estar vivo (Modra & Hilton, 2015). A las familias les cuesta entender el significado de muerte encefálica, Maciel et al. recalca que las posibles explicaciones incluyen relacionar la muerte con criterios cardíacos y con la certeza de que el corazón ya no late y afirma que aceptan más el concepto de muerte encefálica cuando se explica en términos de paro circulatorio cerebral (Maciel et al., 2017). Walker & Sque (2016) concluye que se entiende más este concepto cuando se representa gráficamente, incluyendo el uso de un modelo de cerebro, un dibujo del cerebro a mano y una tomografía computarizada del cerebro (Walker & Sque, 2016). Kentish-Barnes et al. (2018) añade que la presencia familiar durante la evaluación de muerte encefálica mejora la comprensión de ésta sin un impacto adverso aparente en el bienestar psicológico (Kentish-Barnes et al., 2018).

Es importante aclarar a las familias que la muerte se declara independientemente de la voluntad de donar órganos cuando se determina que un individuo está muerto por criterios neurológicos (Maciel et al., 2017). Para Kentish-Barnes et al (2018), existe un nivel más grave de duelo entre los familiares que no entienden la muerte encefálica debido a la ambigüedad de la condición del paciente y el apoyo emocional insuficiente. La familia puede llegar a experimentar niveles de estrés, ansiedad y depresión en los

meses posteriores a la donación. También experimentan estrés debido a la falta de información, destacando la falta de sensibilidad por parte del personal sanitario. Si en el momento de pérdida del ser querido se ofrecieran los recursos necesarios para afrontar la situación, los síntomas de duelo y de la depresión pueden disminuir. Las familias en duelo experimentan un dolor significativamente menor, menos estrés postraumático y un mayor crecimiento personal (Kentish-Barnes et al., 2018).

Según Tirgari et al (2020), obtener un sentido positivo de su ser querido, así como brindar una mejor calidad de vida a otra persona, son las principales razones de las familias para la donación (Tirgari et al., 2020). Los factores que motivan la decisión de la familia de donar incluyen la creencia de que su pariente "vive" a través de otros, el reconocimiento de la reciprocidad, deseo de ayudar o beneficiar a otras personas y sentimiento de que la muerte no fue en vano (Walker & Sque, 2016). La donación de órganos se puede experimentar como una forma de consuelo durante el duelo, siempre que los miembros de la familia estén convencidos de que su decisión fue correcta (Kentish-Barnes et al., 2019). Fernandes et al (2015) concluye que es necesario un seguimiento psicológico posterior a dicha donación (Fernandes et al., 2015).

Kentish-Barnes et al (2018) destaca en su estudio las diferencias entre las familias de los pacientes donantes y de las que no, ya que las familias de los pacientes no donantes de órganos experimentan más insatisfacción con la comunicación con el equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos. Asimismo, no se asocia con un mayor nivel de estrés, ansiedad y depresión entre las familias el hecho de aceptar la donación de órganos o no hacerlo, pero sí existe un aumento de depresión en los familiares que quedaron insatisfechos con la atención hospitalaria (Kentish-Barnes et al., 2018). Tirgari et al (2020) demuestra que el apoyo por parte del personal sanitario es el factor más útil para lidiar con el duelo, seguido del apoyo de amigos y luego creencias religiosas y culturales (Tirgari et al., 2020).

ENTREVISTA FAMILIAR

Lillo-Crespo et al (2017) evidencia que la entrevista familiar aporta mejores resultados si se lleva a cabo el acompañamiento por parte de los profesionales del equipo desde el momento de la pérdida y tras aportar la suficiente información (Lillo-Crespo et al., 2017). Las circunstancias que conducen a una decisión sobre la donación a menudo implican lesiones traumáticas o la aparición repentina de una enfermedad trágica (Shemie et al.,

2017). Domínguez-Gil et al (2016) añade que existen diferencias en la obtención del consentimiento en función del momento en el que se realiza la entrevista familiar. De este modo, el consentimiento es mayor cuando la entrevista tiene lugar con el paciente en muerte encefálica o cuando se preveía esta evolución dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos. (Domínguez-Gil et al., 2016) La información que se transmite debe ser clara y precisa, de manera progresiva y adaptada a las necesidades emocionales. El apoyo implica una actitud abierta y un tono comprensivo, implica dejar espacio para el rechazo o la ira y ser un oyente atento. Atender las necesidades espirituales y prácticas de la familia también es un deber. Martín-Delgado et al (2019) afirma que la propuesta de donación de órganos debe introducirse cuando la familia haya entendido el pronóstico fatal del paciente (Martín-Delgado et al., 2019). Los aspectos culturales, relacionados con creencias, parentesco y sexo, deben ser tenidos siempre en cuenta en el proceso de donación, ya que son variables capaces de modificar la toma de decisiones (Lillo-Crespo et al., 2017).

CUIDADOS AL PACIENTE

La atención reconfortante del paciente debe ser la prioridad. Martín-Delgado et al (2019) muestra que no hay datos científicos concluyentes sobre la posibilidad de que persista algún grado de percepción residual y las respuestas fisiológicas al dolor, por este motivo siempre se recomienda la analgesia (sedantes de semivida corta de acuerdo con el estado clínico del paciente hasta que se cumplan los criterios de muerte encefálica). El manejo hemodinámico debe estar enfocado a optimizar la precarga y la presión de perfusión, evitando la hipervolemia y la ventilación mecánica antes del inicio de muerte encefálica, se deben utilizar modos y parámetros que maximicen la oxigenación (Martín-Delgado et al., 2019). Por lo general, se requiere un catéter venoso central para la medición continua de la presión venosa central (PVC), la administración de líquidos y medicamentos, y para la extracción de sangre frecuente. Generalmente, es necesaria una línea arterial para la monitorización continua de la presión arterial y el análisis frecuente de gases en sangre (Baldisseri & Younghoon, 2016). Domínguez-Gil et al (2016) afirma que es necesaria una formación de los profesionales de la salud en pacientes neurocríticos para el desarrollo adecuado del cuidado (Domínguez-Gil et al., 2016).

ASPECTOS ÉTICOS DEL PROCESO

Se garantiza el principio de autonomía, ya que se exploran los deseos del paciente con respecto a la donación utilizando todos los medios disponibles, así como también se aseguran de sus valores con respecto a cómo cada paciente desea su proceso de muerte. Se respeta el principio de beneficencia, no solo para los receptores, sino también para los donantes y sus familias. El objetivo es beneficiar al paciente y de ninguna manera debe aplicarse en beneficio de otros, aunque en muchas ocasiones las medidas invasivas se inician antes que el consentimiento de la familia. Maciel et al (2017) afirma que surgen dos cuestiones éticas: el inicio de medidas que tienen como único objetivo facilitar la donación, sin ningún beneficio directo para el potencial donante (que aún no ha fallecido); y hacerlo antes de obtener la familia consentimiento para dicha intervención (Maciel et al., 2017).

También encontramos el principio de no maleficencia, que se compromete a revelar información honesta, compasiva y clara a la familia sobre el pronóstico fatal y las oportunidades de donación, siendo sensible a su estado emocional. Se busca el alivio del sufrimiento y la comodidad de los pacientes en todas las etapas (Martín-Delgado et al., 2019). Los desafíos éticos surgen cuando hay conflictos entre los deseos del paciente y los deseos de la familia, la sensibilidad del personal y la necesidad social (es decir, la necesidad de órganos). El objetivo clave según Shemie et al (2017) es garantizar que la familia tenga la oportunidad de tomar una decisión informada que sea comparable a la que se tomó si no estuvieran en una crisis y que no se arrepentirían en una fecha posterior (Shemie et al., 2017).

ROL DE ENFERMERÍA

Los familiares destacan la preocupación por parte del personal de enfermería en el cuidado brindado tanto al paciente como a la familia (Fernandes et al., 2015). Enfermería puede proporcionar información para aclarar dudas sobre el estado clínico de los posibles donantes a partir de las descripciones en las historias clínicas y los resultados de las pruebas. Obtienen información sobre las intervenciones de duelo implementadas por otros miembros del equipo interdisciplinario que pueden mejorar la comunicación, mejorando así el apoyo al duelo para las familias de los donantes. Enfermería está en una posición única para apoyar a las personas en duelo que sufren la pérdida de sus seres queridos, su función brinda la oportunidad de educar a las familias sobre el proceso de duelo y ayudarlas a aceptar que la intensidad del duelo se reducirá y que

eso no significa olvidar al ser querido. Otras intervenciones que podrían considerarse incluyen estrategias culturalmente apropiadas para involucrar a grupos minoritarios, favoreciendo la disponibilidad de información más completa sobre el proceso de donación y sus resultados positivos. (Tirgari et al., 2020)

También Tirgari et al (2020), afirma que la donación y las familias de los donantes se valoran cuando se destacan en la sociedad, por ejemplo, a través de los medios de comunicación, especialmente la televisión (Tirgari et al., 2020). La unidad familiar se establece como el principal foco de cuidado y atención integral, atendiendo múltiples dimensiones de la salud, actuando en el territorio del individuo, estableciendo vínculos más amplios con las familias, que destacan el apoyo brindado por las enfermeras en contraste con la literatura. Para el estudio de Fernandes et al (2015), se evidencia que se describe una actitud de desinterés de los profesionales por aclarar las dudas de los familiares luego del consentimiento para la extracción del órgano (Fernandes et al., 2015). Jover-Sancho et al (2015) revela que el acompañamiento por parte del equipo profesional es valorado como muy importante para las familias ya que parece reducir las dudas sobre la donación y el uso de órganos debido al clima de confianza generado (Jover-Sancho et al., 2015). Según el estudio de Magalhães et al (2018), la atención al paciente en muerte encefálica es definida por enfermería como delicada, difícil de realizar y que requiere una atención integral. Describen que son pacientes que necesitan mucho tiempo ya que un mínimo error puede provocar que la donación se eche a perder. Señalan varios elementos que facilitan la atención, destacando principalmente la formación profesional, la interacción y acogida de la familia del paciente, la motivación para cuidar y el conocimiento de la donación de órganos por parte de los profesionales de la salud. Destacan la sobrecarga emocional y física, la falta de recursos humanos y la falta de preparación emocional para afrontar este tipo de situaciones. Todas estas carencias provocan en ocasiones desatención a este tipo de pacientes (Magalhães et al., 2018).

Las enfermeras informan que la motivación para cuidar al paciente con muerte encefálica está en la expectativa de generar vida, a través de la donación de órganos, aunque afirman que en ocasiones se distancian del paciente y se centran en otros que sí tienen posibilidades de vivir. El cuidado a estos pacientes requiere profesionales de la salud con sensibilidad, implicación, empatía, mirada atenta, percepción aguda y conocimiento científico. La falta de recursos materiales, equipos, medicamentos e incluso de profesionales calificados impide que el equipo brinde una atención adecuada.

La falta de una buena relación médico-enfermera también interfiere directamente con la atención brindada (Magalhães et al., 2018).

El desafío para las enfermeras es trasponer la visión reduccionista de este paciente como muerto, pero reconocerlo como un potencial para salvar vidas. La complejidad del cuidado del paciente es tomar conciencia de que este paciente no es un ser dicotómico, es decir, muerto o vivo, sino que incorpora vida y muerte simultáneamente (Magalhães et al., 2018).

8 CONCLUSIONES

ENTREVISTA FAMILIAR

- Se obtienen mejores resultados si se realiza un acompañamiento a la familia por parte de los profesionales de la salud.
- El consentimiento para la donación de órganos es mayor si se realiza la entrevista cuando el paciente está en muerte encefálica o se prevé una evolución a ésta.
- La propuesta de donación de órganos debe introducirse cuando la familia haya entendido el pronóstico fatal del paciente.
- Deben tenerse en cuenta los aspectos culturales, relacionados con creencias, parentesco y sexo ya que son variables capaces de modificar la toma de decisiones.

CUIDADOS AL PACIENTE

- Se recomienda la administración de sedantes de semivida corta hasta que se cumplan los criterios de muerte encefálica ya que no hay datos científicos concluyentes sobre la posibilidad de que persista algún grado de percepción residual y respuestas fisiológicas al dolor.
- El manejo hemodinámico debe estar enfocado a optimizar la precarga y la presión de perfusión, evitando la hipervolemia.
- Se requiere un catéter venoso central para la medición continua de la presión venosa central (PVC), la administración de líquidos y medicamentos, y para la extracción de sangre frecuente.
- Es necesaria una línea arterial para la monitorización continua de la presión arterial y el análisis frecuente de gases en sangre.

ASPECTOS ÉTICOS DEL PROCESO

- En el proceso de donación de órganos se respetan los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia.
- Existen controversias éticas en el proceso ya que en ocasiones se implantan medidas invasivas antes de pedir consentimiento a la familia.
- Se debe garantizar que la familia tenga la oportunidad de tomar una decisión informada que sea comparable a la que se tomó si no estuvieran en una crisis emocional.

SENTIMIENTOS DE LA FAMILIA

- Incomprensión del diagnóstico de muerte encefálica por parte de la familia ya que relacionan la muerte con criterios cardíacos.
- La familia entiende mejor el concepto de muerte encefálica mediante una representación gráfica y estando presentes en el proceso de diagnóstico.
- Existe un nivel más grave de duelo entre los familiares que no entienden la muerte encefálica.
- Las familias experimentan estrés, ansiedad y depresión en los meses posteriores a la donación.
- Los síntomas de duelo y depresión pueden disminuir si en el momento de pérdida del ser querido se ofrecieran los recursos necesarios (apoyo emocional, comunicación clara y concisa...) para afrontar la situación.
- Obtener un sentido positivo de su ser querido, así como brindar una mejor calidad de vida a otra persona, son las principales razones de las familias para la donación.
- La donación de órganos se puede experimentar como una forma de consuelo durante el duelo.
- Las familias que deciden no participar en la donación de órganos destacan la insatisfacción con la comunicación con el equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- No se asocia con un mayor nivel de estrés, ansiedad y depresión entre las familias el hecho de aceptar la donación de órganos o no hacerlo.
- El apoyo por parte del personal sanitario es el factor más útil para lidiar con el duelo, seguido del apoyo de amigos y luego creencias religiosas y culturales.

ROL DE ENFERMERÍA

- Aspectos positivos:
 - Los familiares destacan la preocupación por parte del personal de enfermería en el cuidado brindado tanto al paciente como a la familia.
 - Enfermería está en una posición única para apoyar a las personas en duelo que sufren la pérdida de sus seres queridos, su función brinda la oportunidad de educar a las familias sobre el proceso de duelo y ayudarlas a aceptarlo.
 - Las enfermeras destacan elementos que facilitan la atención, principalmente la formación profesional, la interacción y acogida de la familia del paciente, la motivación para cuidar y el conocimiento de la donación de órganos por parte de los profesionales de la salud.
- Aspectos por mejorar:
 - Existe una actitud de desinterés de los profesionales por aclarar las dudas de los familiares después del consentimiento para la extracción del órgano.
 - La motivación para cuidar al paciente con muerte encefálica está en la expectativa de generar vida, a través de la donación de órganos, aunque en ocasiones se distancian del paciente y se centran en otros que sí tienen posibilidades de vivir.
 - Existen dificultades entre el personal de enfermería para afrontar este tipo de situaciones como la sobrecarga emocional y física, la falta de recursos humanos y la falta de preparación emocional.
 - Es necesario tomar conciencia de que el paciente no es un ser dicotómico, es decir, muerto o vivo, sino que incorpora vida y muerte simultáneamente.

9 LIMITACIONES

Las limitaciones de este estudio se centran en el contenido investigado, ya que se tratan aspectos muy subjetivos como los sentimientos. Por este motivo, cuando se establecieron los niveles de evidencia de los artículos seleccionados no se obtuvieron unos niveles elevados. Por esta razón esta revisión es narrativa, porque cinco de los estudios seleccionados para esta revisión bibliográfica son descriptivos y seis cualitativos, predominan más que los cuantitativos, que solo se utilizaron tres.

10 LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Se debería hacer hincapié en los cuidados que enfermería proporciona a este tipo de pacientes, centrarse más en la necesidad que existe de formar a los profesionales tanto técnicamente como emocionalmente para afrontar estas situaciones.

No podemos olvidarnos de incluir la futilidad y la limitación del esfuerzo terapéutico en el proceso de donación de órganos. La decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas, cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos con objeto de no caer en la obstinación terapéutica, es lo que se denomina limitación del esfuerzo terapéutico. Cada vez están más implementadas las medidas de limitación del esfuerzo terapéutico, cuando se valora que el paciente después de un intento terapéutico no tiene posibilidades razonables de recuperación. Por el contrario, la “futilidad terapéutica” será aquel tratamiento que desde el principio no proporciona un beneficio y que seguramente fracasará en su intento de alcanzar el objetivo que se plantea con el enfermo (Araujo-Cuauro, 2017). Debemos tener claros estos conceptos en el momento en el cual tratamos con un paciente candidato a la donación de órganos, ya que la limitación del esfuerzo terapéutico está presente, son pacientes con muerte encefálica y esto es irreversible. Intentar continuar con la vida del paciente conectado a un respirador y administrando medicamentos para mantenerlo con vida sabiendo que no va a despertar es un ejemplo de encarnizamiento terapéutico.

Enfermería sigue teniendo aspectos que mejorar en cuanto al cuidado al paciente con muerte encefálica candidato a la donación de órganos y a su familia, destacando la visión dicotómica del paciente, marcada por el modelo biologista. Para poder mejorar todos estos aspectos, podemos basarnos en la teoría de Jean Watson, que pertenece a la Escuela del Caring (cuidado). Dentro del caring encontramos la asistencia satisfactoria de las necesidades humanas, reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales de sí misma y del paciente siendo esencial a la hora de manejar el término de prioridad en el cuidado (Izquierdo Machín, 2015). Este modelo de cuidado es esencial para dejar atrás los modelos biologists y tener una visión holística del paciente.

Finalmente, en el cuidado al paciente y a su familia no basta la excelencia académica o intelectual, ni la capacidad técnica, se necesitan otras habilidades como la iniciativa, el optimismo, la flexibilidad, la adaptabilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales para comprender el fenómeno en cuestión (Izquierdo Machín, 2015).

Esto será crucial para mantener una buena comunicación con la familia. Las familias necesitan una atención más humana, una comunicación sencilla, clara y concisa. A través de la teoría de mediano rango basada en el modelo de adaptación de Roy y la teoría organizacional de Weick, "Facilitar el hacer sentido en familiares de pacientes en Unidades de Paciente Crítico (UPC)", de Judy Davidson se demuestra que una buena comunicación, sencillas instrucciones y actividades orientadas al confort y recreación del paciente por parte de la enfermera, puede disminuir los efectos psicológicos adversos (depresión, estrés y shock post traumático) del familiar al sentirse útil y contribuir con el bienestar de su ser querido.

En conclusión, un personal bien formado significaría una mejor atención tanto para el paciente como para la familia, por eso es necesario incentivar la investigación en el ámbito de la enfermería y del cuidado, centrándose en las necesidades reales del paciente y su entorno.

11 BIBLIOGRAFÍA

- Araujo-Cuauro, J. C. (2017). El debate entre la futilidad médica y la limitación del esfuerzo terapéutico. Desde una perspectiva bioética y legal. *Revista Academia*, 16(37), 97–110.
- Avilés Reinoso, L. A., & Soto Núñez, C. (2014). Modelos de enfermería en unidades de paciente crítico: Un paso hacia el cuidado avanzado. *Enfermería Global*, 13(2), 323–329. <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.2.181411>
- Bacci Mañaricua, M. P. (2014). *Particularidades del duelo en personas que deciden donar los órganos de un familiar fallecido* [Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología]. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4486/1/Ma_Pilar_Bacci.pdf
- Baldisseri, M. R., & Younghoon, K. (2016). Care of the organ donor. In *Surgical Intensive Care Medicine* (Third, pp. 693–700). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-19668-8>
- Bernal-Ruiz, D., & Horta-Buitrago, S. (2014). Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 154–163. [https://doi.org/10.1016/s1665-7063\(14\)70928-5](https://doi.org/10.1016/s1665-7063(14)70928-5)

- Camel, W., Díaz, E., García, A., & Rojas, L. (2019). Caracterización del impacto psicológico en las familias que se enfrentan a la donación de órganos. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 22.
- Coelho, G. H. de F., & Bonella, A. E. (2019). Doação de órgãos e tecidos humanos: a transplantação na Espanha e no Brasil. *Revista Bioética*, 27(3), 419–429. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273325>
- Domínguez-Gil, B., Coll, E., Pont, T., Lebrón, M., Miñambres, E., Coronil, A., Quindós, B., Herrero, J. E., Liébanas, C., Marcelo, B., Sanmartín, A. M., & Matesanz, R. (2016). End-of-life practices in patients with devastating brain injury in Spain: implications for organ donation. *Medicina Intensiva*, 41(3), 162–173. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.07.011>
- Escudero, D. (2009). Diagnóstico de muerte encefálica. In *Medicina Intensiva* (Vol. 33, Issue 4, pp. 185–195). Elsevier Doyma. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(09\)71215-X](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(09)71215-X)
- Fernandes, M. E. N., Bittencourt, Z. Z. L. de C., & Boin, I. de F. S. F. (2015). Experiencing organ donation: Feelings of relatives after consent. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 895–901. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0486.2629>
- Gironés Guillem, P. (2016). *Impacto de la Donación de órganos en familiares que han vivido la experiencia: estudio fenomenológico* [Universidad de Alicante]. <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/dctes?codigo=61195>
- Gironés, P., Burguete, D., Machado, R., Dominguez, J. M., & Lillo, M. (2018). Qualitative Research Process Applied to Organ Donation. *Transplantation Proceedings*, 50(10), 2992–2996. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.03.012>
- Institute, T. J. B. (2013). New JBI Levels of Evidence. *New JBI Levels of Evidence*, October, 3–8. http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
- Izquierdo Machín, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006
- Jover-Sancho, C., Romero-García, M., Delgado-Hito, P., de la Cueva-Ariza, L., Solà-

- Solé, N., Acosta-Mejuto, B., Ricart-Basagaña, M. T., Solà-Ribó, M., & Juandó-Prats, C. L. (2015). Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: Convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 26(1), 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.12.002>
- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Cheisson, G., Joseph, L., Martin-Lefèvre, L., Larbi, A. G. S., Viquesnel, G., Marqué, S., Donati, S., Charpentier, J., Pichon, N., Zuber, B., Lesieur, O., Ouendo, M., Renault, A., Le Maguet, P., Kandelman, S., Thuong, M., Floccard, B., ... Azoulay, E. (2018). Grief symptoms in relatives who experienced organ donation requests in the ICU. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 198(6), 751–758. <https://doi.org/10.1164/rccm.201709-1899OC>
- Kentish-Barnes, N., Cohen-Solal, Z., Souppart, V., Cheisson, G., Joseph, L., Martin-Lefèvre, L., Si Larbi, A. G., Viquesnel, G., Marqué, S., Donati, S., Charpentier, J., Pichon, N., Zuber, B., Lesieur, O., Ouendo, M., Renault, A., Le Maguet, P., Kandelman, S., Thuong, M., ... Azoulay, E. (2019). Being Convinced and Taking Responsibility: A Qualitative Study of Family Members' Experience of Organ Donation Decision and Bereavement after Brain Death*. *Critical Care Medicine*, 47(4), 526–534. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003616>
- Lillo-Crespo, M., Gironés-Guillem, P., Sierras-Davó, M. C., Riquelme-Galindo, J., & Domínguez-Santamaría, J. M. (2017). Aproximación fenomenológica al significado e impacto de la donación de órganos en la familia. *Aquichan*, 17(1), 18–29. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.3>
- Maciel, C. B., Hwang, D. Y., & Greer, D. M. (2017). Organ donation protocols. In *Handbook of Clinical Neurology* (1st ed., Vol. 140). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63600-3.00023-4>
- Magalhães, A. L. P., Erdmann, A. L., Sousa, F. G. M. de, Lanzoni, G. M. de M., Silva, E. L. da, & Mello, A. L. S. F. de. (2018). Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 39, e20170274. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274>
- Martín-Delgado, M. C., Martínez-Soba, F., Masnou, N., Pérez-Villares, J. M., Pont, T., Sánchez Carretero, M. J., Velasco, J., De la Calle, B., Escudero, D., Estébanez, B., Coll, E., Pérez-Blanco, A., Perojo, L., Uruñuela, D., & Domínguez-Gil, B. (2019). Summary of Spanish recommendations on intensive care to facilitate organ

- donation. *American Journal of Transplantation*, 19(6), 1782–1791.
<https://doi.org/10.1111/ajt.15253>
- Modra, L., & Hilton, A. (2015). Ethical issues in organ transplantation. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 16(7), 321–323.
<https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2015.04.007>
- Organización Nacional de Trasplantes. (2019). Actividad de donación y trasplante España 2019. *Memoria de Actividad Donación y Trasplante*, 3–18.
<http://www.ont.es/infesp/Memorias/ACTIVIDAD DE DONACIÓN Y TRASPLANTE ESPAÑA 2019.pdf>
- Ortega Lopez, J., Morales Asencio, J. M., & Quesada Moya, A. (2007). Cuidados al paciente crítico adulto. In Difusión Avances de Enfermería (Ed.), *Cuidados al paciente crítico adulto* (pp. 21–56). <https://ebooks-enfermeria21-com.sabidi.urv.cat/ebooks/-html5-dev/37/2/>
- Rincón Salas, J. de J. (2012). *Manejo de la terapia intensiva de la donación y trasplante de órganos* (J. Aldrete Velasco (ed.)). <https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/40796>
- Rodríguez, T. R., & Fernández, M. F. (2015). Guía de atención psicológica a pacientes y familiares en el proceso de donación y trasplante de órganos. *MediSur*, 13.
http://scielo.sld.cu.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400014
- Shemie, S. D., Simpson, C., Blackmer, J., MacDonald, S., Dhanani, S., Torrance, S., & Byrne, P. (2017). Ethics Guide Recommendations for Organ-Donation-Focused Physicians: Endorsed by the Canadian Medical Association. *Transplantation*, 101(5), S41–S47. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000001694>
- Tirgari, B., Samareh, H., & Forouzi, M. A. (2020). Relationship between Bereavement Reaction with Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Organ Donor Families in Iran. *Journal of Neuroscience Nursing*, 52(1), 21–26.
<https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000486>
- Walker, W., & Sque, M. (2016). Balancing hope and despair at the end of life: The contribution of organ and tissue donation. *Journal of Critical Care*, 32, 73–78.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.11.026>

