

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE ENFERMERÍA

Procurando la donación de órganos:

vivencias de enfermería

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTORA

Cristina Ysabel Paredes Menacho

Lima-Perú

2009

PROCURANDO LA DONACIÓN DE ÓRGANOS:

VIVENCIAS DE ENFERMERÍA

DEDICATORIA

*A Dios Todopoderoso
por Iluminar mis acciones,
darme la oportunidad de vivir
y cumplir con mis metas.*

*A mis padres:
Raúl Paredes y Reina Menacho
por brindarme su apoyo, confianza,
amor y ayudarme siempre a seguir adelante.*

*A mis hermanos: Edgard y David
mis grandes amigos por su
apoyo ,cariño y motivación.*

*A mi familia por sus consejos,
Cariño y apoyo en cada
momento de mi vida.*

*A mis amigos y compañeros
por su apoyo en los buenos y
malos momentos durante estos
años en la Universidad*

AGRADECIMIENTO

*A la Dra. Rocío Cornejo asesora
de la presente investigación, por su
cariño, amistad y valiosa colaboración
para la realización del trabajo.*

*A las licenciadas de la Unidad de
PROCURA por su colaboración y
brindarme las facilidades para la
realización y culminación de este
trabajo.*

*A mis maestros, por sus consejos y
por compartir desinteresadamente sus
amplios conocimientos y experiencia.*

INDICE

	Pág.
Agradecimiento	i
Dedicatoria	ii
Resumen	iv
Summary	vi
Presentación	viii
CAPÍTULO I: “EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN”	1
A.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
B.- FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION	5
C.- JUSTIFICACION	5
D.- OBJETIVO	6
E.- PROPOSITO	6
F.- MARCO TEÓRICO	7
F.1.- Antecedentes Del Estudio	7
F.2 Base Teórica	10
1.- Donación De Órganos	10
1.1.- Tipos De Donantes	10
a.- Donante Vivo	10
b.- Donante Cadáver	11
1.2.- Requisitos	12
1.3.- Contraindicaciones	13
1.4.- Ventajas	13
1.5.- Desventajas	14
2.- Derechos Del Donante	14
3.- Coordinador de Procura	15
4.- Muerte Cerebral	16
4.1.- Cambios fisiopatológicos:	17

5.- Duelo	17
6.- Protocolo De Actuación De Cuidados De Enfermería En El Donante Potencial De Órganos	18
7.- Transplante De Órganos	21
8.- Distribución de los Órganos	21
CAPITULO II : DISEÑO METODOLOGICO	23
A.- TIPO, NIVEL Y METODO	23
B.- SEDE DE ESTUDIO	24
C.- INFORMANTES CLAVES	24
D.- TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION	24
E.- ANALISIS HISTORICO	24
F.- CATEGORIAS	32
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISUCIÓN	33
A.- SENSIBILIZACION	33
B.- CONVENCIMIENTO	36
C.- RECHAZO	39
D.- APORTE PARA ENFERMERIA: "CIENCIA DEL CUIDADO"	41
CAPITULO IV: CONSIDERACIONES FINALES	43
CAPITULO V: RECOMENDACIONES	46
Referencias Bibliograficas	47
Bibiografia	49
ANEXOS	51

INDICE DE ANEXO

ANEXO	Pág.
A CONSENTIMIENTO INFORMADO	I
B PREGUNTAS NORTEADORAS	II
C TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA DEL INFORMANTE CLAVE Nº 1	III
D TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA DEL INFORMANTE CLAVE Nº 2	XVIII
E TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA DEL INFORMANTE CLAVE Nº 3	XLV

PRESENTACIÓN

En la actualidad la Donación de Órganos es un tema de interés para miles de pacientes afectados por insuficiencias terminales de distintos tipos. Siendo el trasplante la solución para recuperarse y salvar su vida. Para lo cual necesitan con urgencia un trasplante de órganos.

Pero estas prácticas se ven disminuidas por la falta de donantes de órganos, cuya disminución muchas veces se debe a la desinformación, miedos, mitos, etc. Los cuales solo serán posibles combatidos si contamos con una comunidad informada y concientizada acerca de la importancia de donar los órganos.

Actualmente el profesional de enfermería forma parte del equipo de trabajo de la Unidad de PROCURA, que es la unidad funcional encargada de la coordinación para la optimización del proceso donación-trasplante; mediante un sistema de control y seguimiento profesionalizados de los donantes potenciales y donantes reales.

El presente trabajo de investigación que tiene como título “Procurando La Donación De Órganos: Vivencias De Enfermería”, y surge de la necesidad de comprender los sentimientos y emociones de los profesionales de enfermería que se dedican a la coordinación con los familiares de los posibles donantes.

Es así que a través de la presente investigación se plantea conocer: ¿Cómo se involucró la enfermera en el programa de la donación de órganos? ¿Qué siente cuando se presenta un donante?

¿Qué actitud tiene? ¿Cómo actúan los demás profesionales de la salud?, etc.; lo que servirá para entender como afecta la donación de órganos no solo a la familia del donante si no también al personal de salud de los servicios y de la Unidad de Procura, así como motivar a la búsqueda de estrategias que permitan mejorar esta acción de enfermería como es el brindar apoyo emocional y educación, dada su gran importancia en el instante de la donación de órganos.

El trabajo ha sido estructurado de la siguiente manera: Resumen, Introducción, Capítulo I: donde se considera el planteamiento del problema, justificación, formulación, objetivos, propósito, antecedentes del estudio y base teórica; Capítulo II: Material y Método donde incluye el Nivel, Tipo y Método, sede de estudio, informantes claves, técnicas y instrumentos de recolección, categorías, Capítulo III: resultados y discusión, Capítulo IV: consideraciones finales, Capítulo V: Recomendaciones y limitaciones Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

RESUMEN

La presente Investigación “Procurando La Donación De Órganos: Vivencias De Enfermería” es un estudio cualitativo que busca explorar las vivencias de las enfermeras que trabajan en busca de un donante de órganos.

La idea es detectar cuales son las razones por las cuales la enfermera forma parte de la Unidad de PROCURA y cuales son las vivencias que han experimentado durante su trabajo. Y así motivar a la búsqueda de estrategias que permitan mejorar esta acción de enfermería, como es el brindar apoyo emocional y educación tanto a la familia del posible donante, al personal del servicio; así como también al mismo personal de salud que labora en esta Unidad.

Se empieza el estudio realizando un análisis histórico y como marco teórico se considera los requisitos que se debe tener para la donación de órganos en la actualidad; lo que significa la Muerte Cerebral, el cuidado de enfermería hacia el donante.

El método que se utilizó fue “Historia de Vida”, teniendo como informantes claves a las licenciadas de la Unidad de PROCURA y la técnica de recolección de datos fue la entrevista no estructurada.

Las entrevistas fueron grabadas, luego se procedió a la transcripción de las cintas magnetofónicas para plasmar la información en textos. Luego, se presenta la categorización de las entrevistas en torno a cuatro grandes temas: sensibilización; convencimiento, rechazo y aporte para enfermería: “ciencia del cuidado”.

Las Consideraciones Finales más relevantes fueron las siguientes: La donación de órganos no se conoce en detalle por la comunidad, ni por el propio personal de salud. Todo personal que trabaja en PROCURA no solo requiere de una preparación técnico-científica, es básico que se manejen adecuados recursos de comunicación y sobre todo un lenguaje asertivo. Los procuradores diariamente se enfrentan con el rechazo no solo de los familiares, sino también del personal de salud. Las enfermeras de PROCURA en todo el proceso de la donación de órganos, desarrollan la ciencia del cuidado, no solo del donante, durante su mantenimiento, sino también de los familiares, dándoles el apoyo psicológico, y cuidando de su salud mental en esta etapa tan difícil para ellos.

Estamos convencidos que el éxito en la aceptación de una donación de órgano solo se logra luego de que se ha instalado una comunicación cálida y humana con los familiares y en retribución a ello se obtiene su consentimiento.

Palabras claves: Donación de órganos, Procura, enfermería, vivencias.

SUMMARY

The present Investigation "Getting the Donation of Organs: Experiences of Nursing" it is a qualitative study that seeks to explore the experiences of the nurses who work in search of a donor of organs.

The idea is detect which are the reasons for which the nurse forms a part of the Unit of PROCURA and which are the experiences that have experimented during his work. And this way to motivate to the search of strategies that allow to improve this action of infirmary, since it is to offer emotional support and education so much to the family of the possible donor, to the personnel of the service; as well as also to the same personnel of health that works in this Unit.

The study is begun realizing a historical analysis and theoretical frame is considered to be the requirements that it is necessary to have for the donation of organs at present; what means the Cerebral Death, the care of infirmary towards the donor

The method that was in use was a " Vida's History ", taking the licentiates of the Unit as key informants of PROCURA and the skill of compilation of information was the not constructed interview.

The interviews were recorded; then one proceeded to the transcription of the recording tapes to form the information in texts. Then, one presents the categorization of the interviews around four big topics: sensitization; conviction, rejection and contribution for infirmary: "science of the care " .

The most relevant Final Considerations demonstrated the following ones: The donation of organs is known in detail neither by the community, nor by the own personnel of health. Any personnel that works in PROCURA not only it needs of a technical - scientific preparation, is basic that manage suitable resources of communication and especially an assertive language. The attorneys every day face the not alone rejection of the relatives, but also of the personnel of health. The nurses of PROCURA, in the whole process of the donation of organs, they develop the science of the care, not only of the donor, during his maintenance, but also of the relatives, giving them the psychological support, and taking care of his mental health in this so difficult stage for them.

We are sure that the success in the acceptance of a donation of alone organ is achieved after that one has installed assertive and human communication with the relatives and in remuneration to it his assent is obtained.

Key words: Donation of organs, PROCURA, Nursing, experiences

CAPÍTULO I

“EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN”

A.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Perú hay cientos de personas en el país que para seguir viviendo o mejorar su calidad de vida necesitan de un trasplante. La realidad es que las listas de espera para recibir órganos y tejidos van en aumento, y seguirán aumentando si no se logra incrementar el número de donaciones.

La donación de órganos es un acto solidario, voluntario, gratuito y anónimo. Según la última Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos promulgada el 18 de Marzo del 2004 con la ley N° 28189 por el Congreso de la República del Perú, que tiene como objetivo regular las actividades y procedimientos relacionados con la obtención y utilización de órganos y/o tejidos humanos, para fines de donación y trasplante, y su seguimiento (Art. 1), así mismo el artículo N° 5 refiere que la donación y tejidos tiene como finalidad de favorecer o mejorar sustancialmente la salud, expectativa o condiciones de vida de otra persona, con pleno respeto de los

derechos humanos y los postulados éticos de la investigación bioética.
(1)

En nuestro país actualmente la donación de órganos no es un ejemplo. El estándar internacional de donación de órganos es de 12 a 15 por millón de habitantes; en Estados Unidos la cifra es de 20 por millón de habitantes y en el Perú sólo llega de 3 a 4 por millón de habitantes. Lograr una mayor tasa de donaciones en todo el mundo es un objetivo que se trazan los países que quieren mejorar el índice de trasplantes.

Según EsSalud, en Lima existe una gran carencia de donantes de órganos y esto hace que la larga lista de espera no pueda ser atendida. Existen 5,000 personas que esperan por un órgano para poder vivir. Además de no contar con los suficientes donantes de órganos, los trasplantes se han reducido en un 36% en líneas generales y en un 46% en EsSalud en lo que respecta al año 2002 con el año 2001.

En el 2004, según datos de la RENIEC, existen registrados 14 580 775 ciudadanos habilitados para tener DNI, de los cuales el 12,5% de los entrevistados, hasta la fecha, han respondido que están dispuestos a donar sus órganos luego de su fallecimiento. Desde que EsSalud iniciara su Programa de Transplantes de Órganos y Tejidos, en 1969, ha realizado un total de 3 108 trasplantes. ⁽²⁾

En el 2007 se informó que en los registros de EsSalud la lista de pacientes en espera de un órgano es de más de 5000 personas, de los cuales entre el 10 y el 15% son niños. Este año las cifras indican que el

50% de los pacientes están en la lista de espera para la donación de un órgano. Muchos de los pacientes mueren por no haber sido intervenidos quirúrgicamente a tiempo. Tenemos un 84% de veces en las que la familia niega la donancia de órganos. ⁽³⁾

La Organización Nacional de Donación y Trasplante (ONDT) del Ministerio de Salud (Minsa) informó que durante el mes de enero del 2009 se reportaron 28 casos de pacientes que finalmente no fueron donantes, en la mayoría de estos casos por la negativa familiar, perdiéndose la oportunidad de favorecer a unas 150 personas en lista de espera de un trasplante. ⁽⁴⁾

En la actualidad el profesional de enfermería a alcanzado a formar parte del equipo de trabajo de la Unidad de PROCURA, unidad funcional encargada de la coordinación para la optimización del proceso donación-trasplante; mediante un sistema de control y seguimiento profesionalizados de los donantes potenciales y donantes reales, en ella la enfermera desempeña un papel importante para la captación del posible donante, teniendo que entablar la primera e importante interacción con los familiares del posible donante; para ello la enfermera debe realizar.

En Buenos Aires, 2 004, Alicia Pattarini realizó el estudio donde se menciona que el 22% de las enfermeras conoce la ley de transplante, que el 80% desconoce el concepto de muerte encefálica. Por otra parte, teniendo en cuenta el rol fundamental del personal de Enfermería para la obtención de Tejidos en donantes en Parada Cardíaca, se detecta que el 70% desconoce la posibilidad de donación en estos casos. ⁽⁵⁾

En Chile, René Guerra Carrasco (2005) concluyó que la imagen de las personas encargadas de preguntar a los familiares respecto de la donación, no es buena. También menciona que se debe evitar la percepción de las personas captadoras como verdaderos “buitres”.⁽⁶⁾

Igualmente en Perú, María Huatuco menciona que la intensidad de las actitudes de los familiares hacia la donación de órganos es desfavorable, viéndose influenciada por el aspecto emocional de la persona por crear sentimientos contradictorios y de culpa, disminuyendo la posibilidad de donación de órganos en aquellas personas con enfermedades críticas terminales y cuya esperanza de salvar o mejorar su calidad de vida, depende exclusivamente de un trasplante.⁽⁷⁾

En otro estudio realizado por Ana Rosario Zapata Calderón (Perú- 2002) concluye que incentivar la donación voluntaria, se debe encomendar al personal especializado, que adelanta estas tareas profesionalmente y con óptimos resultados, cumpliendo con la protección, tanto a los donantes como a la información que se obtiene de ellos.⁽⁸⁾

Por lo tanto los profesionales que trabajan tratando de procurar la donación de órganos no son muy bien vistos no solo por los familiares, que muchas veces los catalogan como insensibles, crueles, etc.; sino también por los propios profesionales de los servicios quienes manifiestan no meterse en el trabajo de la procuradora.

Los datos anteriormente expuestos llevan a tener en cuenta la importancia de la donación de órganos para llevar a cabo los trasplantes que son requeridos por muchas personas para sobrevivir o mejorar sus estilos de vida; para ello se requiere que la población sea concientizada y son los profesionales de la salud, entre ellas las enfermeras, de los cuales podría depender dicha concienciación de la población para incrementar el número de donaciones de órganos en nuestro país.

Por lo expuesto surgen las siguientes preguntas: ¿Cómo se involucra la enfermera en la donación de órganos? ¿Qué se siente cuando se presenta un donante? ¿Qué actitud toma frente a un paciente que está en muerte inminente? ¿Qué expresiones ha tenido de la familia del donante? ¿Qué métodos utiliza para que la familia acepte la donación?

B.- FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

Considerando las situaciones planteadas y analizando la Literatura referente al tema, se planteó el siguiente problema a investigar:

¿Cómo son las vivencias de las enfermeras que trabajan en
busca de un donante de órganos en la Unidad de
PROCURA?

C.- JUSTIFICACION

El trasplante de órganos es una respuesta concreta para miles

de pacientes con insuficiencias terminales de distintos órganos que, a partir del mismo, logran recuperarse y salvar sus vidas. Pero en la actualidad estas prácticas solo son posibles si contamos con una comunidad informada y concientizada acerca de la importancia de donar los órganos.

El reto en la actualidad es el lograr una donación suficiente para cubrir las necesidades de nuestra sociedad; la solución radica, según ha sido la experiencia en otros países, en la concientización de diferentes sectores de la sociedad y para ello se tiene que proporcionar a la población una información adecuada y periódica que permita valorar la donación y el trasplante como actuaciones imprescindibles para promover la salud en nuestro medio social.

Por ello el sector Salud es un instrumento privilegiado para la transmisión de estos contenidos y la toma de conciencia en los temas referentes a la promoción de la salud. En esta etapa es donde también interviene la enfermera que al integrarse al equipo de salud debe fortalecer dichos conocimientos y concientizar la gran importancia de la donación de órganos.

D.- OBJETIVO

El objetivo que se ha formulado para el siguiente estudio es:

- Explorar las vivencias de las enfermeras que trabajan en busca de un donante de órganos.

E.- PROPOSITO

Los resultados del presente trabajo tienen el propósito, de ayudar en la comprensión del proceso de donación de órganos, pero desde la perspectiva de las enfermeras, quienes en este caso son las protagonistas en la Unidad de Procura y así poder captar de sus colegas una mayor aceptación y comprensión de sus funciones. Servirá para entender como les afecta la interacción que realizan no solo a la familia del posible donantes al momento de pedir su consentimiento para la donación, sino también la interacción con los otros miembros del personal de salud, lo que sienten y como tratan de superarlo; con ello se aspira a lograr de enfermería procesos de reflexión sobre esta labor delineando estrategias que permitan mejorar este rol.

F.- MARCO TEÓRICO

F.1.- Antecedentes Del Estudio:

A través de la revisión bibliográfica se constataron algunas investigaciones que guardan relación con el tema en estudio, tanto a nivel Nacional como Internacional. Así tenemos:

Pattarini A, Llanos E, Suárez M. (Buenos Aires-2004) en su investigación titulada: “Nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre Procuración de Órganos y Tejidos” de tipo cuantitativo y cuyo objetivo fue Determinar el nivel de información sobre la temática de Procuración en una población específica, Enfermería, concluye:

“el 70% de las enfermeras desconoce la posibilidad de donación... Por tal razón es necesario poner énfasis en la capacitación de dicho personal ya sea in-situ...La enfermera deberá dejar de lado lo ingrato que puede resultar trabajar con pacientes clínicamente muertos, para valorar muy positivamente, la vida de muchos transplantados que hoy pueden vivir gracias a la donación de órganos, a su dedicación incondicional y a la del resto del equipo de procuración y transplante. Sería de gran utilidad que se pudiera incluir dentro de la currícula de la carrera de enfermería estos tema”. (5)

René Guerra Carrasco, Santiago de Chile (2005) realizó un estudio de investigación titulado “Donación De Órganos: Comprensión Y Significado” de tipo cualitativo cuyo objetivo fue explorar las razones y motivos que determinan la decisión de ser o no ser donante de órganos post mortem, donde algunas de sus conclusiones fueron:

“...La imagen de las personas encargadas de preguntar a los familiares respecto de la donación, no es buena. Los momentos inmediatamente posteriores a la declaración de la muerte cerebral requieren de un trato especializado, especialmente requiere que se respeten los tiempos, “...mira una amiga, abogada, viejona ella, me contó que cuando falleció su hermana, antes en realidad, todavía no fallecía, ya habían personas que se acercaban a conversar con ella pa. pedirle los órganos, ella lógicamente, los mando a todos a la punta del cerro y cuando falleció su hermana, no dio nada, estaba molesta, le estaban matando a la hermana

antes de tiempo. ... Por otro lado requiere de un estilo y modo, Como se señaló anteriormente, que evite la percepción de las personas captadoras como verdaderos buitres... Podríamos decir que tiene aspectos críticos que involucran a los donantes y sus familiares, por una parte, pero por otro lado hay problemas en el sistema médico hospitalario que procesa la donación.” (6)

Asimismo Esperanza Vélez Vélez, España, en el año 2007 realizó un estudio titulado “Donación de órganos, una perspectiva antropológica” de tipo cualitativo cuyo objetivo fue analizar la donación de órganos desde el enfoque amplio que la antropología permite, su población estuvo conformada por familiares de pacientes y estudiantes de enfermería y psicología. Donde algunas de sus conclusiones fueron:

“Entre los fenómenos socioculturales que más influyen sobre la donación destacan: culto al cuerpo, desconocimiento del concepto de muerte cerebral, tráfico de órganos, miedo irracional a las nuevas tecnologías, inmigración y racismo...Mayor información y un trato más sensible se apuntan como factores facilitadores y de compensación social en la donación de órganos..” (6)

En el estudio de Antonio Caballer Miedes, realizado en España, en el año 2001 titulado “Actitud e intención de la donación de órganos en la población española: Análisis mediante regresión logística multinivel” de tipo cuantitativo cuyo objetivo fue averiguar las creencias, actitudes e intenciones respecto a la donación y transplante de órganos

de la población española, algunas de sus conclusiones fueron:

“..la falta de información sobre donación y trasplantes que posee la población en general y la escasez de conversaciones familiares donde podrían manifestarse las opciones de los diferentes miembros respecto al tema. ”

Esperanza Perez Rodriguez, realizado en Monterrey, año 2002 titulado “Factores que intervienen en la donacion de organos” de tipo cuantitativo cuyo objetivo fue comprender los aspectos implicados en la actitud de las personas hacia la donacion de organos o no donacion de organos, algunas de sus conclusiones fueron:

“..el conocimiento sobre los programas de donación es un determinante para la donación de órganos de un familiar pero no para la tendencia de donación de los órganos propios... a mas conocimiento sobre la legislación de obtención y donación de órganos mas disposición de donar los órganos propios”

En el Perú, Agustina Belizán (2003), en su estudio titulado “Estrategia de comunicación para fomentar la donación de órganos en Lima Metropolitana” cuyo objetivo fue iniciar la conformación de una cultura de donación de órganos en Lima Metropolitana, algunas de sus conclusiones fueron:

“...En Lima Metropolitana se desconoce la gran cantidad de personas que esperan por un órgano para poder vivir. Pese a los intentos de difusión de información de EsSalud, no se

ha conseguido la respuesta esperada... Se debe mantener una red de comunicación automatizada y permanente entre las Unidades de Coordinación de EsSalud y las áreas críticas de los otros hospitales para que los trasplantes de órganos puedan ser aprovechados al máximo. Asimismo, se deben programar reuniones con profesionales médicos de otras Instituciones para establecer un trabajo en conjunto e incrementar las donaciones de órganos. Se debe mantener una red de comunicación automatizada y permanente entre las Unidades de Coordinación de EsSalud y las áreas críticas de los otros hospitales para que los trasplantes de órganos puedan ser aprovechados al máximo. Asimismo, se deben programar reuniones con profesionales médicos de otras Instituciones para establecer un trabajo en conjunto e incrementar las donaciones de órganos.. ”

F.2 Base Teórica

1.- Donación De Órganos

Es la extracción de un órgano con fines terapéuticos y/o de investigación, como acto voluntario, solidario y altruista.

1.1.- Tipos De Donantes

a.- Donante Vivo

Puede donarse un órgano o parte de él, cuya extracción sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el

organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura. La mayoría de los donantes de este tipo son de médula ósea y de riñón. También pueden donarse segmentos de hígado y de pulmón.

Que a la vez se dividen en dos tipos:

a.1.- Donadores Vivos Relacionados

Este es un familiar que dona uno de sus riñones o un segmento de su hígado. Este familiar puede ser uno de los padres, hermanos, hijos mayores de 18 años, tíos, primos, y se busca que sean preferentemente no mayores de 60 años. Los familiares pueden ser los mejores donantes, ya que su sangre y tejidos son generalmente similares a los del paciente (o sea "son compatibles")

a.2.- Donadores Vivos No Relacionados

Estos son personas que no son familiares, por ejemplo: amigos, cónyuges, suegro(a), cuñado(a) o cualquier otra persona (física y emocionalmente dispuesta), que debe de ser informada y valorada por los médicos respectivos. Igualmente el donador será sometido a una serie de pruebas de laboratorio y radiológicas para documentar que está sano, para determinar que sean compatibles con el paciente y lograr así que el trasplante sea exitosa.

b.- Donante Cadáver

Se considera donante a toda persona de muerte por parada cardiorrespiratorias, definida como el cese irrecuperable de todas las

funciones cardiorrespiratorias del individuo o bien por la muerte cerebral definida como el cese irreversible de todas las funciones del tronco y hemisferios cerebrales, la interrupción de dichas funciones conlleva a una pérdida absoluta de la capacidad respiratoria y cardiocirculatoria, que son mantenidas de una forma automática y artificial.

Durante en muerte cerebral, podrá donar los siguientes órganos: riñones, corazón, pulmones y páncreas y los siguientes tejidos: cornea, piel, huesos, ligamentos y tendones, válvulas cardíacas y tímpanos. Donantes fallecidos en parada cardiorrespiratoria, deberán ser valorados como donantes de tejidos, en caso de que se encuentren en isquemia caliente (fallecimiento reciente) deberá ser valorados como donantes renales. Los donantes de órganos son personas de cualquier edad desde recién nacidos hasta 70 años, que gocen de buena salud hasta el momento de la donación. No pueden tener cáncer ni otras enfermedades infecciosas o de causa poco clara que se puedan transmitir con la donación.

1.2.- Requisitos

- Querer ser donante.
- Tener entre 1 año a 60 años.
- Ser una persona saludable física y mentalmente.
- Ser compatible con el donador (grupo sanguíneo, Rh, entre otros)
- Estar dispuesto y comprometido a realizarse una serie de exámenes antes de la operación, para documentar su buen estado de salud, así como entender la cirugía a la que se

expone y a los riesgos implícitos de ésta.

- Contar con el tiempo para la hospitalización y el período de recuperación.
- En caso de querer ser donante en el momento de su muerte, debe comunicarle la decisión a los familiares y amigos para que llegado el momento, ellos hagan respetar su voluntad expresada en vida.

1.3.- Contraindicaciones

Existen contraindicaciones para la donación de órganos y son los siguientes:

- Contraindicaciones específicas por ejemplo para donante de corazón no ser mayor de 45 años.
- Contraindicaciones absolutas, infección generalizada, HIV o pertenencia a un grupo de alto riesgo, neoplásicas indignas de cualquier localización, enfermedad vascular arteriosclerótica generalizada, enfermedad sistémica con repercusión sobre los órganos a trasplantar.
- Contraindicaciones relativas. Edad superior a 70 años, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tratamientos de larga evolución con fármacos que lesionen algún órgano concreto.

1.4.- Ventajas

Las ventajas del trasplante de órganos en pacientes son las siguientes:

- La calidad de vida del paciente transplantado mejora considerablemente lo que permite reintegrarse a su vida familiar, laboral y social.
- La donación de órganos y tejidos esta sujeto al consentimiento libre, informado y expreso del donante.
- Económicamente el familiar del donante cadavérico no se ve afectado.
- La mayoría de los episodios de rechazo se tratan con éxito con terapia medicamentosa.

1.5.- Desventajas

Dentro de las desventajas que existen tenemos:

- Las reacciones emocionales que acompañan a una muerte dependen de que esta sea más o menos repentina, inesperado o de que sea prevista de hace tiempo.
- Es una situación ambivalente “que suerte de que existe la posibilidad del trasplante” que da lugar a un periodo de incertidumbre: una espera ansiosa pero esperanzada, que, en función del recrudescimiento de la enfermedad, puede ser desesperante.
- Los familiares de los fallecidos no tienen conocimiento de la opción en vida sobre donación y por ese motivo tienen dificultades para autorizar la donación.
- Los órganos tienen que ser conservados en una solución especial de 4° C.
- La mayoría de los pacientes tienen un episodio de rechazo.

2.- Derechos Del Donante

Otro aspecto importante es referente a los derechos del donante, los cuales son:

- Recibir información sobre el acto de donar y las consecuencias previsibles de su decisión
- Que su voluntad de donar sea aceptada.
- Ser informado sobre los resultados de las pruebas que se le realicen durante el proceso de donación, así como la reserva de los resultados en relación a terceros.
- Solicitar permiso y/o licencia de su centro laboral por el tiempo empleado en la donación, en consideración al interés social y cívico que representa.
- Recibir un carnet que le otorgaría la posibilidad de retribución de las unidades de sangre donadas.
- Otorgar su consentimiento en forma expresa, libre e informada.
- Ser donantes de órganos sólidos deben cumplir con los exámenes establecidos y gozar de plenas facultades físicas.

3.- Coordinador de Procura

Es la persona calificada, profesional que conozca, supervise, promocioe y coordine las actualizaciones de donación, extracción y disponibilidad de órganos para trasplante. El equipo de coordinación de trasplantes, conformado por médicos y enfermeras, debe estar a cargo del Coordinador de Procura. Los integrantes del equipo están dedicados a tiempo parcial o completo a la tarea de identificar al donante potencial, evaluar las condiciones médicas, participar en el

mantenimiento del donante, manejar el entorno familiar y judicial, procurando en todo momento que el donante potencial se convierta en real y que la mayor cantidad de órganos aprovechados sean implantados en las mejores condiciones.

Las etapas que los coordinadores realizan están bien definidas y se inician con la identificación y evaluación médica de un donante potencial, la evaluación de exámenes de laboratorio, el diagnóstico de muerte cerebral, la solicitud de donación y finalmente la extracción, distribución e implante de los órganos.

4.- Muerte Cerebral

Es la pérdida total e irreversible de todas las funciones del cerebro. Entre otras se pierde irreversiblemente la capacidad de respirar y el cuerpo de la persona sólo puede ser mantenido de una forma artificial por algunas horas. También se puede definir como " Un conjunto de órganos forzados a funcionar, pero no integrados en ese todo armónico que es el ser humano".⁽⁹⁾.

La muerte cerebral se produce cuando una persona tiene una lesión cerebral catastrófica que ocasiona el cese total e irreversible de la actividad de todo el cerebro. Este no recibe sangre ni oxígeno y se muere.

El diagnóstico de muerte cerebral es hecho por un Neurólogo o Neurocirujano especialista. El especialista no está relacionado con los equipos de trasplante. La muerte cerebral está basada en una serie de condiciones clínicas y de laboratorios muy precisos y estrictos. Se

repite la evaluación varias veces

4.1.- Cambios fisiopatológicos:

➤ **Hemodinámicos:**

Previo al desenlace suele presentarse bradicardia e incluso paro sinusal. Luego gran reacción simpática por isquemia de centros vasomotores del hipotálamo con aumento masivo de catecolaminas circulantes que originan HTA, aumento de las resistencias periféricas con mala perfusión distal, aumento del retorno venoso y arritmias. Posteriormente por lesión de centros vasomotores bulboprotuberanciales, descienden los niveles de catecolaminas circulantes y causa vasoplejía, hipotensión arterial y disminución de las resistencias periféricas.

➤ **Respiratorios.-** Presencia de apnea

➤ **Temperatura**

La destrucción de los centros termorreguladores hipotalámicos lleva habitualmente a la aparición de hipotermia aunque no es constante y puede haber hipertermia inicialmente.

➤ **Endocrino-metabólicos:**

- Diabetes insípida: su incidencia es cercana al 80%
- Depleción electrolítica: Mg, Ca, K, fosfatos.
- Hiperglucemia: suele ser multifactorial por catecolaminas, aporte de cristaloides glucosados, corticoides, hipotermia, y disminución periférica de glucosa.

5.- Duelo

El duelo es la reacción emocional, física y espiritual en respuesta

a la muerte o una pérdida. El duelo es una respuesta emotiva y conductual frente a la pérdida. La pérdida de un ser querido es vivida de manera única e individual por cada uno de los dolientes.

6.- Protocolo De Actuación De Cuidados De Enfermería En El Donante Potencial De Órganos.

Debemos conservar los sistemas generales del organismo y conservar las funciones específicas de los órganos trasplantables, como la muerte cerebral se sigue inevitablemente de la muerte del resto del organismo, en un corto plazo de tiempo, en el transcurso del cual se van deteriorando progresivamente todos los órganos salvo que se inicien medidas de mantenimiento y preservación de los mismos inmediatas al diagnóstico de muerte cerebral,

Debemos llevar un minucioso seguimiento de las constantes vitales para evitar complicaciones propias de la muerte cerebral como son: pérdida de la respiración espontánea, pérdida del control hemodinámica, alteraciones en la temperatura corporal, trastornos hidroelectrolíticos y de la coagulación, que podrían llevar al traste la posibilidad y viabilidad de la donación.

Los cuidados de enfermería ante un donante de órganos son primordiales para su mantenimiento y para la posterior utilización en las mejores condiciones posibles de los órganos destinados a trasplante. Los cuidados pueden ser estructurados en seis necesidades según el modelo de Virginia Henderson, cinco orientadas al donante potencial de órganos (respiración, eliminación, temperatura, alimentación e hidratación y seguridad) y una sexta orientada hacia la familia del

donante (creencias).

- Necesidad de respiración: se debe prestar especial cuidado en la alteración en el intercambio gaseoso y en la limpieza eficaz de las vías aéreas, para ello se debe controlar los parámetros de la respiración, controlar la saturación de oxígeno, realizar controles con gasometría arterial, mantener la permeabilidad y la humedad en las vías respiratorias y realizar las aspiraciones de secreciones traqueo bronquiales con técnica estéril.
- Necesidad de eliminación: debemos controlar la alteración de la eliminación urinaria, para ello se realizará sondaje vesical con técnica estéril, se mantendrá el circuito cerrado sonda-colector evitando tracciones y desconexiones, se realizará la manipulación y la toma de muestras de forma aséptica, se realizará control horario de diuresis y se realizarán controles de glucemia según la pauta establecida.
- Mantenimiento de la temperatura corporal, se controlará la hipotermia y la hipertermia, para ello se realizará control horario de la temperatura y se mantendrá una temperatura ambiente adecuada, en casos de hipotermia se usarán sueros calientes, manta eléctrica, lámpara de calor y calentamiento de los humidificadores en la ventilación mecánica, en casos de hipertermia se llevarán a cabo medidas físicas (ventilador, toallas mojadas,...) y en caso necesario administración de antitérmicos.
- Necesidad de alimentación e hidratación, debemos controlar el

déficit del volumen de líquidos y las alteraciones de la perfusión tisular (renal, cerebral, cardiopulmonar,...) para ello realizaremos sondaje naso gástrico, control de Presión Venosa Central, tratamiento médico y sueroterapia, control de constantes y del balance hídrico, extracciones de muestras de sangre y control de la coloración de piel y mucosas.

- Necesidades de seguridad e infecciones, vigilaremos la destrucción de la integridad cutánea, para ello realizaremos la higiene general, la higiene parcial (genital, ocular, bucal), manipularemos catéteres y sondas con técnica estéril y controlaremos las zonas potenciales de infección (inserción de catéteres, flebitis,...).

- Necesidad de creencias, intentaremos controlar el duelo disfuncional y el sufrimiento, para ello llevaremos a cabo las siguientes actividades: información adecuada, seguridad de que se tomaron todas las medidas posibles antes de la muerte cerebral, actuar con calma y sin prisas, animar a que expresen sus sentimientos valorando la actitud de cada uno, escuchar y no emitir juicios de valor, valorar la expresión no verbal, facilitar la visita al familiar, evitar crear barreras, favorecer su intimidad, no descuidar el aspecto físico del donante, informar acerca de los movimientos reflejos que pueden darse en el donante, ofrecer recursos frente al duelo, facilitar la asistencia religiosa, informar de los tramites burocráticos, mantener la dignidad del donante hasta el último momento, asegurar a la familia que no se queda sólo ni que siente dolor, en caso de la no donación de órganos respetar la decisión de la familia y continuar con el

apoyo emocional.

7.- Transplante De Órganos

El transplante de órganos es la sustitución de un órgano que ya no funciona por otro órgano funcional con el objeto de restituir las funciones perdidas. Es un procedimiento quirúrgico (operación) que se realiza en un centro especializado y que consiste en extraer el órgano o parte del mismo, que pertenece a un individuo considerado sano; o en estado de preservación de órganos, como ocurre en la muerte neurológica.

Esos órganos o tejidos serán colocados en otra persona que tiene sus funciones y su vida limitada por una insuficiencia funcional de un órgano, estado llamado médicamente terminal. El trasplante le ayudará a recuperar en un alto grado su salud.

8.- Distribución De Los Órganos

La asignación de los órganos y tejidos se hace exclusivamente en base a criterios específicos, uniformes en todo el país, que toman en cuenta: la compatibilidad biológica entre donante y receptor (para evitar el rechazo), la edad, la antigüedad en lista de espera, el tamaño y el peso de donante y receptor y el grado de urgencia del receptor.

Este sistema asegura que los órganos donados se distribuyan priorizando a los que estén en situación más crítica y a los que posean las características más similares al donante.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

A.- TIPO, NIVEL Y METODO

La Investigación es de tipo Cualitativa: Historia de vida, de acuerdo a la Naturaleza del fenómeno a Investigar. De Nivel Aplicativo.

El Método de estudio "Historia de Vida" nos muestra los testimonios subjetivos de las enfermeras que buscan a un donante en el que se recogen sus experiencias, acontecimientos, relaciones, sentimientos y situaciones o sucesos claves y trascendentes en la vida de estas personas.

B.- SEDE DE ESTUDIO

La Unidad de Procura es Unidad es funcional u orgánica en la cual se establecen las coordinaciones necesarias para la optimización del proceso donación - trasplante; mediante un sistema de control y

seguimiento profesionalizados de los donantes potenciales y donantes reales.

C.- INFORMANTES CLAVES

Tres Licenciadas en Enfermería que trabajaron o trabajan en la Unidad de Procura y desde el año 1 998 hasta la fecha. Quienes manifestaron la realidad de su unidad; en las sedes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y del Hospital Edgardo Rebagliategui

D.- TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Teniendo en cuenta la naturaleza cualitativa de la investigación, se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista no estructurada, la cual se aplicó a cada una de las enfermeras con el objetivo de intentar descubrir y/o captar los pensamientos, concepciones, perspectivas y percepciones, que tienen acerca de su rol profesional en la donación de órganos. El fin de aplicar esta técnica fue el de buscar aspectos que difícilmente serían observados.

E.- ANALISIS HISTORICO

En 1933, el ruso Voronoy realizó el primer trasplante renal, a una joven en coma urémico a partir de un hombre de 60 años. Los riñones trasplantados funcionaron precariamente durante los dos primeros días; entonces, le sobrevino la muerte a la paciente. Voronoy comunicó en 1949 otros cinco trasplantes de riñón de cadáver conservado, realizados sin éxito alguno.

El primer trasplante renal entre humanos con resultado de supervivencia del receptor tuvo lugar en Boston en 1947. A una joven en coma profundo por uremia, en anuria desde hacía diez días tras shock séptico secundario a un aborto complicado, se le trasplantó el riñón de un cadáver. El implante se practicó a nivel del pliegue del codo, y se mantenía caliente con el foco de una lámpara. El riñón secretó orina el primer día, y dejó de funcionar al segundo día. Dos días después, se reanudó la diuresis natural y se producía la curación.

En 1950 en Chicago, se realizó en EE.UU. el primer trasplante renal con implantación intraabdominal a una mujer afectada de poliquistosis renal y con función precaria a la que se le extrajo uno de sus riñones poliquísticos y se le sustituyó por el riñón de un cadáver. A los dos meses se comprobó que el riñón tenía función. A partir de 1950, diferentes equipos europeos y americanos procedieron con el trasplante renal en humanos procedentes de cadáveres humanos. En 1954 se realizó el primer trasplante renal con éxito total al trasplantar un riñón entre gemelos univitelinos.

Durante la década de los cincuenta se avanzó en la investigación inmunológica, siendo en 1958, en Boston, donde se realizó un trasplante utilizando dosis de inmunosupresores. El riñón sobrevivió pero la paciente murió a causa de las infecciones provocadas por la inmuno supresión.

En septiembre de 1960 se describe el primer caso de alotrasplante renal que consiguió superar un rechazo agudo tras la administración de dosis masivas de Prednisona, iniciándose al poco tiempo el uso clínico de la inmunosupresión farmacológica con

fármacos como la 6-mercaptopurina y la Azatioprina en 1961

En 1962 fue realizado con éxito el primer trasplante renal en el mundo con un riñón de cadáver, empleando la Azatioprina como inmunosupresor de base y tratándose las crisis de rechazo con altas dosis de Prednisona.

En 1963, Guy Alexandre en Lovaina (Bruselas) realizó el primer trasplante renal a partir de un cadáver en situación de "muerte cerebral" y con corazón latiente. El receptor falleció un mes más tarde por una septicemia. En 1964 realizó el segundo trasplante renal de estas características, el riñón funcionó durante más de seis años. Ese mismo año, Hamburguer en París, realizó el segundo trasplante renal con donante cadáver en "muerte cerebral". Veintiséis años más tarde, el riñón trasplantado garantiza una vida completamente normal a su receptor.

En 1963 Thomas Starzl realizó el primer trasplante de hígado entre humanos. A un niño de tres años afecto de atresia biliar que se encontraba en un estado fisiológico desastroso, le trasplantó el hígado de otro niño fallecido de un tumor cerebral. Cinco horas de supervivencia. En el mismo año, dos meses más tarde, practicó su segundo trasplante hepático, esta vez entre adultos. El receptor, un varón de 48 años de edad afecto de un glioma primario de cerebro. El trasplante fue un éxito, el receptor murió 22 días más tarde de una embolia pulmonar.

En 1967 en Ciudad del Cabo, Chritiaan Barnard realizó el primer trasplante cardíaco en el ser humano. La donante, una joven con

politraumatismos tras un atropello, presentaba lesiones cerebrales muy graves con actividad cerebral mínima al ingreso. Barnard solicitó la donación del corazón al padre de la víctima. Después de unos minutos de reflexión, el padre de la víctima respondió a Barnard: "si ya no existe esperanza para mi hija, intente salvar a ese hombre". El receptor fue un varón de 54 años tenía una miocardiopatía isquémica en estado terminal. Se instalaron donante y receptor, respectivamente, en dos quirófanos adyacentes. Cuando cesó toda actividad cardíaca en el electrocardiograma del donante y se comprobó la ausencia de respiración espontánea y de todos los reflejos durante siete minutos, se declaró muerta a la donante y se procedió a la extracción cardíaca. El injerto se implantó y funcionó, y cuando se cerró el tórax las constantes vitales del receptor eran correctas. A los diez días el receptor caminaba por la habitación. Una neumonía bilateral provocó su muerte cuatro días más tarde. Un mes más tarde, Barnard realizó su segundo trasplante cardíaco. El receptor vivió diecinueve meses y medio. ⁽¹⁰⁾

En el Perú el 11 de Agosto de 1969, se realizó el primer trasplante renal con éxito en el Centro Médico Naval, a cargo del equipo dirigido por el Contralmirante SN. Raúl Romero Torres. La paciente transplantada presentaba Insuficiencia Renal terminal por Poliquistosis Renal bilateral y la donante fue su hermana, sobreviviendo 20 años.

En Octubre de 1969 se realiza el primer trasplante renal en el Hospital ESSALUD Edgardo Rebagliatti Martins (antiguamente Hospital del Seguro Social del Empleado), a cargo del equipo médico dirigido por el Dr. Marino Molina Schipa.

En 1975 y 1976 se realizaron en el Centro Médico Naval dos trasplantes de hígado, a cargo del equipo dirigido por el Contralmirante SN. Raúl Romero Torres, en dos niños con insuficiencia hepática terminal por atresia de vías biliares.

En Mayo de 1972 se llevó a cabo el primer trasplante de corazón en el Hospital ESSALUD Edgardo Rebagliatti Martins, con éxito inicial, también a cargo del Equipo médico del Dr. Marino Molina Schipa. Lamentablemente se produjo el rechazo agudo del injerto y el paciente murió a las 72 horas.

En el año 1982, en el Centro Médico Naval se comienza a usar la droga Ciclosporina A, como inmunosupresor con lo cual mejora notablemente la evolución y sobrevida de los injertos renales en el Perú.

A partir del año 1996 ya se realizan trasplantes renales en los Hospitales EsSalud de Arequipa, Chiclayo, Trujillo y Cuzco.

En el año 2000 se realizó el primer trasplante de hígado en el Hospital EsSalud Guillermo Almenara Irigoyen, a cargo del Equipo dirigido por el Dr. José Chaman.

En la década del 90, las curvas de crecimiento de procuración mundial se aplanan en casi todos los países, esto se debe fundamentalmente al crecimiento en la indicación de trasplantes por sus buenos resultados. Aparece entonces la necesidad de incrementar el insumo básico de los trasplantes: los órganos; para lo cual en los países se van creando oficinas que coordinan y procuran esta donación

de órganos. Algunos de ellos son:

En Uruguay la Organización Nacional instrumenta y gestiona los cometidos de la ley de donación y trasplantes de órganos y tejidos desde 1971 y sus modificaciones del año 2003.

En 1977, en Argentina se dictó la Ley 21.541 que dio nacimiento al Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (CUCAI); que comenzó a funcionar en 1978, surgió entonces como el organismo de procuración nacional a cargo de la normatización de la actividad.

A lo largo de 1989 y como consecuencia de las numerosas presiones de enfermeros y profesionales, en España, se crea la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), para lo cual se nombra al Dr. Rafael Matesanz como coordinador nacional. La ONT coordina desde 1990 todas las donaciones de órganos registradas en España, en íntima colaboración con la oficina de Barcelona gestionada por la Organización Catalana de Trasplantes (OCATT) y desde la que se coordinan los intercambios de órganos con otros países europeos.

En Chile, en 1990, fruto de una idea nacida en los pasillos del Hospital del Salvador en una conversación entre el Dr. Oscar Espinoza y Don Patricio Fernández Irarrázabal, se crea La Corporación Nacional de Fomento del Trasplante. Su creación fue reconocida por el Ministerio de Salud y hoy su labor es valorada como contraparte válida en materia de procuramiento de órganos y tejidos para trasplante e injerto.

El Septiembre de 1997 fue creada La Organización Nacional de

Trasplante de Venezuela (ONTV), organización no gubernamental, cuyo desarrollo e iniciativas son el resultado del consenso de todos los entes involucrados en la actividad de trasplantes en el país.

En 1969, en el Perú se inicia en EsSalud el Programa de Trasplantes de Órganos y Tejidos con donantes vivos no relacionados (DVNR). Luego en 1970 con la directiva del Dr. D. Morote se da inicio de los donantes de cadáver diagnosticados de muerte cerebral.

En 1970, en EsSalud (antiguamente IPSS), empieza a registrar la lista única de receptores a nivel nacional, pasándose a establecer el Sistema Automatizado de Trasplantes (SAT), actualmente funciona en el HNERM, con equipos computarizados y Base de Datos que incluyen a todos los pacientes peruanos en espera de trasplantes, extendiendo y coordinándose con los Hospitales EsSalud de Chiclayo, Trujillo y arequipa, interconectándose con el Laboratorio de Histopatología.

EsSalud, en 1991 se enviaron a dos médicos nefrólogos a España, país que había organizado el sistema de procura de órganos con gran éxito. Estos jóvenes a su regreso se pusieron a trabajar y se logró revertir la proporción de donaciones de vivo no relacionado (DVNR) a donante cadavérico (DC). El Dr. M. Camacho y el Dr. P. Méndez dan inicio a la Unidad de PROCURA de donante cadáver intra y extra institucional.

En 1992 se lleva a cabo el proyecto siembra con la Organización Nacional de Trasplante Español (ONT-E) con el Dr. Liendo. En 1995 se da mayor apoyo al trasplante bajo la gerencia dependiente de la máxima autoridad el Dr. C. Lossio.

Cabe indicar que recién en 1997 se promulga la Ley N° 26842 “Ley General de Salud” en donde se da marco legal para los trasplantes; mencionan que toda personal tiene derecho a recibir órganos o tejidos de seres humanos vivos, de cadáveres o de animales para conservar su vida o recuperar su salud.

En el año 2 000, se promulga la “Ley de Fomento de Donación de Órganos” para incentivar la donación de órganos, también se crea la la Unidad de Coordinación Hospitalaria de trasplantes de Órganos y Tejidos que dependerá directamente de la Gerencia General del HNERM. Igualmente, se aprueba las “Normas para el funcionamiento de las Unidades de Procura del nivel IV y III de EsSalud”, en donde el Hospital Edgardo Rebagliategui es donde se introduce en su personal a las enfermeras.

En el 2004 se amplía el instrumento legal y se promulga la Ley N° 28189 o “Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos”, actualmente vigente.

En el año 2006, se crea la Unidad de PROCURA Centralizada, en EsSalud, con sede en el Hospital Edgardo Rebagliategui con cobertura en los hospitales del Minsa, Essalud FFAA, FFPP, clínicas particulares. Actualmente esta a cargo de cinco médicos y dos enfermeras que se encargan de coordinar permanentemente con los diferentes hospitales de EsSalud y el Ministerio de Salud (MINSa) la búsqueda de donantes y el mantenimiento de estos.

En Julio del 2007, Minsa promulga la Resolución Ministerial N°

568 donde se crea el Programa Piloto de Trasplantes Renales del MINSA en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. garantizando el financiamiento, pre, intra y post operatorio del trasplante, bajo supervisión directa de la Organización Nacional de Donación y Trasplante (ONDT). Igualmente inauguró su primera Unidad de Procura de Órganos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia y firmó un convenio con EsSalud, para que dicho nosocomio realice trasplantes de riñón, como parte del Programa Nacional Piloto de Trasplante Renal del Estado. De esta manera, el hospital Cayetano Heredia se convertirá en la primera dependencia del Minsa en realizar trasplantes de órganos, ya que hasta la fecha solo las realiza EsSalud.

F.- CATEGORIAS

Luego de la revisión histórica y mediante las entrevistas se utiliza una guía con los ejes temáticos, que consistió en las siguientes categorías:

- Sensibilización
- Convencimiento
- Rechazo

Aporte Para Enfermería: “Ciencia Del Cuidado”

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISUCIÓN

La recolección y presentación de los datos se realizo de la forma más fidedigna posible. Se ha pretendido entonces dejar reflejada una realidad existente del fenómeno en estudio.

Se procedió a la transcripción de las cintas magnetofónicas para plasmar la información en textos. El análisis de la información se inició con la separación de segmentos de unidades temáticas los cuales se codificaron como categorías, siempre con el empleo de la inducción analítica, y la mayéutica

Es así que al finalizar el proceso, emergieron cuatro categorías:

A.- SENSIBILIZACION

Esta categoría surge de los testimonios de las enfermeras, en los que se menciona como componente principal para el personal que se inicia en la Unidad de PROCURA, a la sensibilización, es decir, una aceptación de las funciones asignadas, unidas aun "sentimiento" de

“querer participar”, de “querer ayudar”, y no solo la preparación técnico-científico que se requiere para un trabajo especializado de esta naturaleza.

Se diría que la sensibilización es el ingrediente principal para que el personal de salud participe en esta Unidad en particular.

Inicialmente las enfermeras no tenían una posición clara y definitiva sobre la donación de órganos, posteriormente una vez iniciado el contacto con este tema, según la necesidad de ellas de tomar una posición, buscan información y se conectan con la realidad. Finalmente se inicia la “sensibilización” al constatar el sustento teórico con la realidad de cada uno de los pacientes que requieren de un donante.

“...Era el diario de ver al paciente joven, a los niños, que es lo que mas me llamaba la atención, sobre todo me conmovió”

“...Y dije si yo me paso al programa PROCURA, voy a conseguir lo que necesitan estos pacientes”

“soy una convencida que la donación de órganos es la posibilidad de vida para otros seres”

Muy importante fue indagar como es que una enfermera se involucra en Unidad de PROCURA y la respuesta que obtuvimos nos demuestra que en principio la institución inicia la sensibilización mediante cursos de capacitación sobre el tema y así es el que se logra

dar el primer paso para concretar el hecho que Enfermería tenga participación en la Unidad.

“...en un curso de donación y ahí es donde me sensibilice, hicieron un programa muy bonito de todo lo que es el programa de donación y vi testimonios de pacientes que habían recibido el trasplante y ahí llegue a entender que realmente que era muy bueno la donación, desde ahí ya me involucre”

“...no es fácil tampoco para el personal incluso de salud, me gustaba colaborar pero no entendía bien como era la parte de muerte cerebral todo el proceso y recién después de saber todo el proceso me pude sensibilizar y decir si soy donante”

En ese sentido la ciencia avanza a una velocidad casi imperceptible, y cada personal tiene la responsabilidad de estar actualizando constantemente sus conocimientos; con ello no se sustenta necesariamente que la capacitación lleva o conduce a una sensibilización, sustentamos mas bien que esta sensibilización solo llega a emerger con el ingrediente personal de quien se capacita.

Bajo ésta premisa, la pregunta que sigue es ¿cualquier enfermera o profesional podría estar en PROCURA?, consideramos que administrativamente si cuenta con los requisitos técnico-científicos, sí, sería posible, sin embargo, para que su contribución al programa sea al 100%, solo se logrará si este personal muestra sentimientos “de querer ayudar” “de querer aportar, a pesar de existir algunos

momentos “malos”. Se requiere que las enfermeras que se capten “sientan el dolor” del paciente y de la familia, como si fuera propio. Mostrándose tal como es, despojándose de estereotipos que lo único que ocasionan es un alejamiento de la enfermera para con los pacientes a quienes se desea atender.

B.- CONVENCIMIENTO

Para esta categoría al preguntar a las enfermeras como realizan la captación de los posibles donantes nos manifestaron que lo mas importantes es el convencimiento hacia los familiares del posible donante, es decir, apelar al “sentimiento de solidaridad”, “el futuro de los niños”, de “querer ayudar”, no solo por parte del que en vida fue, sino también de los miembros familia porque ellos son las que toman la decisión final respetando o no la ultima voluntad de su familiar.

“...a veces apelamos a la buena voluntad del paciente q ha fallecido o para nosotros el potencial donante, apelamos a su buen criterio a su sensibilidad...”

“...buscamos estrategias para hablar de los niños y tocar la sensibilidad de los familiares para que nos puedan ayudar...”

Las enfermeras son las encargadas de hablar con los familiares, durante la entrevista mencionan que es un trabajo que les resulta difícil pues tienen que interrumpir la etapa de duelo en los que atraviesan los familiares, es decir, no hay ningún rito de despedida todavía, de manera que la ausencia, la ruptura, el corte definitivo de la relación con

su familiar todavía no ha sido procesado psicológicamente, por lo que muchas veces las enfermeras de la Unidad no son muy bien recibidas.

“...a veces nos dicen que nosotros somos unos indolentes, que no tenemos corazón...”

“...es la parte mas difícil e incomoda inclusive para nosotros porque es en el momento de dolor que nosotros les estamos interrumpiendo y que tenemos que hablarle para pedir sus órganos para otras personas.”

“...los padres se ponen renuentes ha la donación por que ellos siempre esperan un milagro que vaya a llegar y en muchos otros aspectos la resurrección, que su hijo no esta muerto, que esta vivo...”

Las enfermeras no solo lidian con los sentimientos que pueden manifestarles los familiares del posible donante sino que también se tienen que enfrentar a sus propios sentimientos, que muchos de ellos son contradictorios, ya que manifiestan que como cualquier persona les afecta el saber de una muerte, mas si se trata de un joven o niño, teniendo como motivación de que al lograr ese donante podrán salvar a muchas personas.

“...y tristes porque sus familiares están perdiendo a un ser querido... pena bueno como ser humano, mas que todo por los que viven”

“...cuando consigo un donante yo me siento feliz, me siento contentísima porque estamos dando vida a otras personas entonces eso hace que me mantenga todavía en el programa y podamos seguir trabajando...”

“...Era un sentimiento un poco de confusión, de querer seguir manteniendo a vida de este paciente, aun sabiendo que este paciente no tenía ya las condiciones para seguir viviendo, pero nos alentaba el pensar de que su vida iba a tener otra posibilidad de seguir trascendiendo en la vida de otro paciente...”

El convencimiento por tanto se constituye en una meta personal para las enfermeras, con cada caso que surge; y como toda meta , es difícil de alcanzar y solo se logra con esfuerzo, tenacidad, una dosis muy alta de tino, sinceridad y comprensión, que pueda percibirla la familia del futuro donante. Este proceso requiere de una habilidad especial para manejar el lenguaje verbal y no verbal, y por tanto asegurar una adecuada comunicación; ya que una palabra dicha en un contexto equivocado puede alejarnos definitivamente de la meta. Seguimos afirmando entonces que no solo se requiere el conocimiento técnico científico sino una “habilidad para comunicarse” y lograr el acercamiento a la familia sin afectar sus sentimientos de dolor ni herir susceptibilidades.

C.- RECHAZO

Pese a que la donación de órganos es considerada como un procedimiento positivo para salvar vidas, las enfermeras manifiestan

que en la percepción de los familiares de los posibles donantes, hay desconfianzas y dudas.

Por lo que las familias rechazan la donación de órganos, una reacción que muchas veces es la mas esperada por las enfermeras, por que la familia no tiene el conocimiento necesario para comprender el proceso de la donación de órganos, o que significa la muerte cerebral, también influye el hecho de aceptación de que su familiar este muerto ya que muchas veces no aceptan la muerte de su familiar aferrándose a un milagro, este es una dificultad que las enfermeras tienen que confrontar

“...los familiares no entienden, porque no comprenden que es la muerte encefálica, entonces no entienden que su familiar ya no esta con ellos...”

Pero ellos no solo lidian el rechazo por parte de la familia del posible donante sino también con el rechazo del mismo personal de salud, quienes ven a los procuradores de mala manera, o ignorándolos y que muchas veces manifiestan su rechazo hacia la presencia de un donante dejándolo de lado, viéndolo como una carga de trabajo,

“...cuando vamos a los servicios nos dicen los GAVILANCITOS ahí van volando, nos ven así como que dicen ay te miro y como que veo a la muerte...”

“...cuando ya nosotros aparecemos dicen ay se nos escalofría el cuerpo, les digo no a nosotros no nos miren como sinónimo de muerte sino como sinónimo de vida...”

“No culpaba al grupo profesional en realidad por que lo que debemos hacer es concientizar a nivel no solo la población sino también de los trabajadores de salud.”

Esta categoría nos permite analizar un aspecto que no es perceptible para la mayoría de los profesionales de la salud y es el RECHAZO que sufre este personal al ser estigmatizado por el personal de salud en primer lugar y en segundo lugar por los familiares del posible donante. Por ello consideramos de suma importancia esta categoría. Podría decirse que este trabajo pretende exponer los argumentos que hablan del verdadero sentir del personal de enfermería de la Unidad de PROCURA, llegar a la sensibilidad de cada personal de salud a fin que comprendan que éstas personas se han empoderado de esta labor que lleva esperanza a aquellos seres humanos que ya la habían perdido y que sienten renacer con la posibilidad de un trasplante. Con este trabajo deseamos fervientemente que se destierren aquellos paradigmas negativos en el personal de salud, que lejos de ayudar al logro de las metas, perturba el proceso y puede afectar significativamente los resultados. En cuanto a los prejuicios de la familia entendemos que son perfectamente razonables, y que en estos casos de rechazo o negativa reiterada, el personal sabe cuando dejar de insistir, en estricto respeto a los derechos individuales de las personas. Aquí prevalece el deseo de la familia del posible donante, aún a pesar que se pierda una posibilidad valiosa de dar vida a otros seres humanos.

D.- APORTE PARA ENFERMERIA: “CIENCIA DEL CUIDADO”

Las enfermeras se encargan del cuidado biológico del posible donante para conservar el mantenimiento de sus órganos y así asegurar un buen trasplante.

“...el mantenimiento es esencial y es básico en el proceso de la donación... el paciente que esta con muerte encefálica, hemodinámica esta bien descompensada...”

“...si nosotros no tenemos un buen mantenimiento esos órganos no van a estar en perfectas condiciones para llevar a cabo un implante...”

“... si no hay enfermera de mantenimiento del hospital trasplantador entonces nosotros tenemos que asumir esa responsabilidad...”

“...sabemos que el medico ordena, pero la que ejecuta es la enfermera, entonces si la enfermera no hace su actividad bien no vamos a tener un buen resultado del donante del mantenimiento del donante...”

Las enfermeras no solo abarcan al cuidado físico del donante sino que también brindan cuidados a la familia del donante, no olvidándose de ellos y viendo sus esferas biopsicosocial

“... la familia necesita mucha ayuda tanto en la parte

emocional, espiritual...”

“...cada familia tiene diferentes necesidades, de acuerdo a eso actuamos...”

Finalmente la categoría de aporte a la ciencia del cuidado enfermero surge del evidente convencimiento que han manifestado las enfermeras a cerca de su importante contribución al desarrollo de la profesión en este escenario de los trasplantes de órganos. Aunque suene contradictorio, el favorecer el proceso de donación de órganos, que está ligado al tema de “muerte”, permite cuidar de las vidas de los posibles receptores, quienes tendrán la posibilidad de una nueva oportunidad de vida, y cuidar de la salud mental de los familiares del posible donante. En este contexto, estamos claros en afirmar que su contribución a la ciencia del cuidado es inobjetable. Dado que el cuidar implica “sentir con el otro” “mostrar trato humanístico”, “desarrollar una comunicación “inter-subjetiva”; y a lo largo de este discurso hemos mostrado las evidencias que permiten afirmar que son indispensables en esta labor: la sensibilidad, un adecuado lenguaje; ingredientes que contribuyen finalmente a dar un cuidado de calidad a la familia del posible donante, y al posible receptor.

CAPITULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

Aquí desarrollaremos algunas ideas que sintetizan los hallazgos de la explotación que se realizó con esta investigación y una interpretación de ellos:

- Las enfermeras de la Unidad de procura, vivencian indiferencia en la sociedad respecto de la donación de órganos, y lo que es más difícil entender es la escasa receptividad incluso del personal de salud. Y de contarse con una mayor difusión de sus alcances, sus propósitos y fines, quizás se lograría un cambio en las actitudes de las personas hacia la donación de órganos; la trascendencia de la donación de órganos, no llega a la mayoría de las personas, por lo que para lograr este objetivo, deberán poner en marcha programas de información haciendo uso de TIC, es decir empleando los recursos que hoy ofrece hoy ofrece la innovación tecnológica en comunicación e información.

- Las enfermeras que trabajan en PROCURA, como parte de sus vivencias, manifiestan que su rol no es nada sencillo, ya que además de la preparación técnico-científica, se requiere sobre todo de una **sensibilidad especial** que no todas las personas tienen, y que hace posible llegar con el mensaje adecuado en el momento adecuado. Ello permite que no aparezca desánimo ni cansancio por la labor realizada y a continuar día a día con su trabajo, tratando de lograr su objetivo que es la de conseguir la mayor cantidad de donantes para poder lograr los transplantes.

- La vivencia más compleja de los procuradores coincide con la etapa del **convencimiento**, ya que manifiestan que es básico que se manejen adecuados recursos de comunicación y sobre todo un lenguaje asertivo. Es durante esta etapa donde pueden lograr la aceptación de los familiares hacia la donación, para ello los procuradores deben tener buen tino para formular el tema, así como mucha paciencia y adecuar la forma de expresarse ante los familiares, tomando en cuenta que el escenario siempre será adverso dado el dolor de la familia por la muerte inminente del paciente.

- Así como puede llegar el éxito, también puede culminar el proceso en un **rechazo**, no solo de los familiares, sino también del personal de salud, lo cual constituye una de las vivencias más desagradables, por el esfuerzo desplegado y el tiempo invertido; sin embargo lo comprenden y aceptan la negativa de los familiares; queda la satisfacción de haber realizado su mejor esfuerzo en procurar la donación, dando lo mejor de cada una. Los procuradores son poco comprendidos por el personal y en

muchos casos deben actuar aún en contra de los compañeros de trabajo, que lejos de constituirse en aliados, son muchas veces los que generan las mayores barreras para una adecuada comunicación e información en la etapa de convencimiento.

- Finalmente las enfermeras sienten la trascendencia de su trabajo por la relación de “ayuda” que proporcionan, en primer lugar por saber entender el duelo de los familiares y saber encaminar el dolor de haber perdido a un ser querido y verlo compensado con la vida que van a dar a otros seres humanos; esto constituye la vivencia central de las enfermeras de PROCURA; basan su intervención en uno de los principios de la filosofía del CUIDADO ENFERMERO que es “ sentir con el otro”. Por tanto, en el proceso de la donación de órganos, desarrollan la ciencia del cuidado, no solo del donante, durante su mantenimiento, sino también de los familiares, dándoles el apoyo psicológico, y cuidando de su salud mental en esta etapa tan difícil para ellos. Si uno de los componentes del cuidado es la relación intersubjetiva, es en la etapa de convencimiento que la enfermera de PROCURA maximiza su habilidad para el trato humanizado frente a la familia que enfrenta el dolor de la muerte de un ser querido. Estamos convencidos que el éxito en la aceptación de una donación de órgano solo se logra luego de que se ha instalado una comunicación cálida y humana con los familiares y en retribución a ello se obtiene su consentimiento. Lo cual nos permite aseverar que el personal de enfermería que trabaja en la Unidad de PROCURA aporta de manera concreta a la filosofía del CUIDADO ENFERMERO.

CAPITULO V

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones del presente estudio son:

- Realizar más estudios cualitativos para profundizar el tema sobre la donación de órganos.
- Realizar estudios similares en el personal de enfermería que puedan llegar a tener a su cargo posibles donantes.
- Realizar estudios similares con los familiares de pacientes que puedan ser donantes por diagnóstico.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1) Comisión Permanente De la Republica. Ley de la Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos. 2004.
- 2) Polanco, Rosalyn. "Donación De Órganos En El Perú". Og. De Relaciones Públicas - U N M M S, 2004
- 3) Rojas Arias, Vanesa. "Donación de Órganos En Perú". 2007
- 4) Sociedad. "Solo En Enero Se Perdieron 28 Casos Para Transplante De Órganos" Ed Perú21, 2009.
- 5) Pattarini A. "Nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre Procuración de Órganos y Tejidos". Tesis Servicio Provincial de Procuración, Buenos Aires, 2004
- 6) Guerra Carrasco, René. "Donación De Órganos: Comprensión Y Significado". Tesis Universidad De Chile, 2005.

- 7)** Huatuco Hernández, María. “Actitudes De La Familia De Pacientes Hospitalizados Hacia La Donación De Órganos En El Hospital Augusto B. Leguía. Tesis UNMSM, Lima-Perú, 2002.
- 8)** Zapata Calderón, Ana. “Correlación Entre Factores De Riesgo Y Pruebas De Tamizaje Reactivas En Donantes De Sangre Del HNGAI Enero A Diciembre 2002”.Tesis UNMSM, Lima-Perú, 2004
- 9)** Corporación del Trasplante. “Donar Órganos es Donar Vida”. Health on the Net Foundation. Chile
- 10)** Rafael Matesanz. El Modelo Español De Coordinación Y Trasplantes. Ed Aula Médica. 2ª Edición, 2008

BIBLIOGRAFIA

- BUNGE Mario “La Investigación Científica” España: Ed. Ariel S.A. 1985.
- CASTRO CORONADO, LINO. “Diagnostico de Muerte cerebral en Emergencia” Vol. 01 - Nº 01, Sociedad Peruana De Medicina De Emergencia Y Desastres. Pág. 40 – 43- 2007
- Comisión Permanente De la Republica. Ley de la Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos. 2004.
- Anierte Hernández. “Donación de órganos. Manejo y mantenimiento del donante”. Ed HONcode - 2008.
- “Donar Órganos es Donar Vida”. Corporación del Trasplante. Chile
- Guerra Carrasco, René. “Donación De Órganos: Comprensión Y Significado”. Tesis Universidad De Chile, 2005.
- Huatuco Hernández, María. “Actitudes De La Familia De Pacientes Hospitalizados Hacia La Donación De Órganos En El Hospital Augusto B. Leguía”. Tesis UNMSM, Lima-Perú, 2002.
- KOZIER Bárbara, Fundamentos de Enfermería, España, 5ta edición, 1999.

- Meneses Jiménez, María. “Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La historia de vida”. Ed Investigación Nure. 2008
- Rafael Matesanz. El Modelo Español De Coordinación Y Trasplantes. Ed Aula Medica. 2ª Edición, 2008
- Organización Nacional de Transplante de España:
http://www.ont.es/Home?id_nodo=124
- Pattarini A. “Nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre Procuración de Órganos y Tejidos”. Tesis Servicio Provincial de Procuración, Buenos Aires, 2004
- POLANCO, Rosalyn. “Donación De Órganos En El Perú”. OG. de Relaciones públicas - U N M S M, 2004
- POLIT, Hungler. “La Investigación Científica En Salud”, 5º ed. Mc. Graw Hill, 1997
- Rojas Arias, Vanessa. “Donación de Órganos En Perú”. 2007
- SOCIEDAD. “Solo En Enero Se Perdieron 28 Casos Para Transplante De Órganos” ed Perú21, 2009.
- Zapata Calderón, Ana. “Correlación Entre Factores De Riesgo Y Pruebas De Tamizaje Reactivas En Donantes De Sangre Del HNGAI Enero A Diciembre 2002”. Tesis UNMSM, Lima-Perú, 2004

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lima,.....de..... del 2008

Yo,.....
....., informado de los objetivos y trascendencia del trabajo de investigación, acepto que la interna de Enfermería: Cristina Paredes Menacho me realice la entrevista diseñada para estos fines.

Para lo cual en señal de conformidad firmo la presente.

.....
Firma

DNI:

ANEXO B

PREGUNTAS NORTEADORAS

1. ¿Que condiciones debe de tener toda enfermera que desee entrar a la Unidad de Procura?
2. ¿Cómo se involucro en el programa de la donación de órganos?
3. ¿Qué siente cuando se entera de la existencia de un posible donante?
4. ¿Qué experiencias positivas y negativas ha tenido con la familia del posible donante?
5. ¿Que comentarios le merece lo que dicen algunas enfermeras que el trabajo de Uds. es “desagradable”?
6. ¿Qué significa para UD; participar en esta labor de la Unidad de Procura?
7. ¿Cuál considera que es su aporte al desarrollo de la profesión de enfermería?
8. ¿cual considera UD que es su aporte personal a la Unidad?
9. ¿En que forma aporta su trabajo a la ciencia del cuidado de enfermería?

ANEXO C

TRANSCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS

Entrevista Informante Clave N° 1

¿Hace cuanto esta en el programa?

Yo estoy desde el año 2000 que me introduje al programa para poder ayudar a la gente que lo necesita.

1. ¿Que condiciones debe de tener toda enfermera que desee entrar a la Unidad de Procura?

Bueno en primer lugar tiene que tener conocimientos, que es lo q va hacer, como lo va hacer, todo el procedimiento de donación, saber esa parte, el otro perfil es querer hacer las cosas, son las condiciones que debe tener ese profesional para poder ir a trabajar, y si esta con esa predisposición para poder trabajar en transplantes por que es un tema tan... como te puedo decir, es un tema fuerte, fuerte... por que en el momento en que uno va a pedir la donación de órganos al familiar que esta llorando, desesperado por que su familiar ha muerto, tiene muerte encefálica.

En ese momento el personal tiene que ir a hablar con la familia, entonces tiene que estar muy bien preparado, tiene que tener condiciones para poder enfrentar a la familia, lo otro aparte de conocimientos y la aptitud que tiene que tener la enfermera, una aptitud sencilla, tranquila, no puede pelear con los familiares, ni tener

problemas, ni responder feo, en caso que el familiar la ataca verbal o físicamente, entonces el perfil del profesional que tiene que estar acá es un perfil de conocimiento, la aptitud que debe tener, y la forma como tiene que dirigirse a las personas y saber un poco de psicología, es importante, por que cuando nosotros vemos a la familia uno va analizando psicológicamente como puede ir pensando cada persona y de acuerdo a ello haciendo las preguntas que se tienen que hacer a la familia y nosotros tenemos que responder y dar las respuestas necesarias.

¿Como se decidió que las enfermeras entren a la Unidad?

Se decidió que las enfermeras entren por que el modelo que nosotros estamos llevando acá en el Perú es el modelo de España, en España todas la coordinadoras de transplante son enfermeras, la mayoría en todos los departamentos de España, entonces el modelo que nosotros estamos trabajando acá en el Perú es de España, entonces es por eso que se hizo un estudio minucioso años atrás, donde se pidió que con los médicos que estaban trabajando en procura, deberían entrar enfermeras, para poder reestablecer o aumentar la creatividad en cuanto a la donación de órganos y por eso acá en la institución en ESSALUD, se crea las unidades de Procura de órganos de los hospitales nivel 3 y nivel 4 y dentro de esa organización debería estar cinco médicos y dos enfermeras.

Entonces por ahí es que como se eligen a las enfermeras, uno si la enfermera ha tenido capacitación para la Unidad de procura o de transplantes, o si la enfermera es nefrológica, si es de transplante renal o es de cardiología y que tenga una idea o una noción sobre el

programa, esa es la forma como se ha creado las unidades de coordinación de Procura de los unidades nivel 3 y nivel 4 y luego se buscan a las enfermeras, solo se evalúan sus aptitudes, si la enfermera es profesional, si tiene su especialidad.

2. ¿Cómo se involucro en el programa de la donación de órganos?

Yo trabajaba en hemodiálisis y como ahí yo atendía a pacientes con insuficiencia renal entonces miraba la calidad de vida de los pacientes; y me dije, si yo me paso al programa procura voy a conseguir lo que necesitan estos pacientes y por eso es que pase a la parte de Procura para conseguir donantes para que se puedan llevar a cabo los transplantes. Esa es la forma de como yo me involucre en el programa.

¿Cómo llegaron a captar a las enfermeras para la Unidad de Procura?

Por ejemplo en el caso de mi colega, que trabaja conmigo, ella trabajo en emergencia, y en emergencia dijeron hay una beca para España, ella dijo yo quiero ir y se fue, entonces se fue y se preparo en España.

En el caso mió, yo soy enfermera nefróloga, yo trabajaba en el hemodiálisis, entonces yo escuche que daban plazas en Procura para transplantes para conseguí donantes, y como años yo estaba en el programa de hemodiálisis, y veía a los pacientes que cada vez sufrían más y más, yo sabía que si ese paciente se transplantaba iba a tener

una mejor calidad de vida, entonces yo solicite cambio de servicio, para el programa de procura. Es así como las dos enfermeras empezamos a trabajar acá en la Unidad de Coordinación de Transplantes.

¿Qué actitud tuvieron los médicos cuando empezaron a trabajar?

Definitivamente de rechazo, de rechazo por que inclusive cuando nosotros empezamos a trabajar en Procura, nos dieron plazo de 6 meses, nos dijeron Uds. no van a durar ni 6 meses, por que el trabajo de procura es 24 horas del día, por que en cualquier momento una llamada del teléfono y se tiene que ir a los hospitales a evaluar a los pacientes posibles donantes, entonces tuvimos mucho rechazo, mucha antipatía, digámoslo así en esa terminología, pero nosotras nos pusimos de acuerdo, entre las dos enfermeras, y dijimos no nos vamos a dejar vencer por que nosotros somos enfermeras, y como enfermeras a nosotras nos han enseñado hacer la mística, y seguir con nuestro trabajo y lo vamos hacer, entonces es como así hemos continuado trabajando.

¿Qué suceso la motivo para entrar a la Unidad?

Era el diario de ver al paciente joven, niños, que es lo que mas me llamaba la atención, sobre todo me conmovió, por que finalmente son niños que podían jugar igual que otros niños, igualmente los adolescentes, que puedan hacer su vida completamente normal, puedan poder estudiar, trabajar y que teniendo ese problema de insuficiencia renal ellos tenían que estar atados a una maquina o una diálisis peritoneal para poder llevar a cabo con su vida.

3. ¿Qué siente cuando se entera de la existencia de un posible donante?

Bastante alegría; por un lado un poco apenada y tristes, porque sus familiares están perdiendo a un ser querido, pero por otro lado, yo pienso y digo voy a conseguir ese donante para poder llevar a cabo el objetivo por el cual me trajo acá a trabajar a la unidad de procura, que es conseguir el donante para que se haga el trasplante.

4. - ¿Qué experiencias positivas y negativas ha tenido con la familia del posible donante?

He tenido experiencias positivas, pero la mayoría son negativas, entonces esa parte como que a uno la pone del otro lado, digamos no en el lado alegre y feliz; por el cual yo evaluó o valoro a ese paciente como donante potencial en el momento cuando uno va hacer el pedido de la donación pero no es lo que uno quiere o lo que uno pensó al inicio sino que a veces se diluye esa forma de pensar. A veces los familiares no entienden, porque no comprenden la muerte encefálica entonces si sus familiares no entienden que su paciente esta muerto cerebralmente, no entienden que su familiar ya no esta con ellos entonces esa parte es la parte mas difícil e incomoda, inclusive para nosotros, porque es en el momento de dolor que nosotros les estamos interrumpiendo y que tenemos que hablarle para pedir sus órganos para otras personas.

En las experiencias positivas si ha habido, como por ejemplo cuando hablamos a la familia o conseguimos al potencial donante, hablamos con la familia y la familia inmediatamente accede al pedido

de la donación o lo más satisfactorio para mi es que cuando voy a hablar de donación y la familia ya sabe, y los familiares dicen yo si escuche y se que hay personas que están esperando un órgano y si mi familiar esta fallecido como ustedes dicen yo creo que procede a donación, esa es la parte mas linda y bueno para todos los que trabajamos acá en la unidad de procura yo creo q eso es lo mas satisfactorio por que de ahí nosotros vamos a poder lograr y conseguir no solamente un órgano sino 7 órganos: riñones 2, corazón 1, hígado 1, pulmones 2, corneas 2, y páncreas que ahora estamos con la cirugía experimental, si Dios mediante se consigue el donante idóneo para que se pueda llevar a cabo el transplante de páncreas.

¿Que métodos son los que utilizan para interactuar con la familia y poder obtener su consentimiento?

Bueno nosotros empleamos varias estrategias, de una u otra forma, como por ejemplo a veces apelamos a la buena voluntad del paciente que ha fallecido o para nosotros el potencial donante, apelamos a su buen criterio, a su sensibilidad, decimos a el le gustaba, que a el le gustaba ayudar a sus familiares, le gustaba ayudar a la gente, tenia esa mística de ayuda, nosotros apelamos a ese rubro.

Y después apelamos a los niños, como por ejemplo decimos ustedes ¿tienen hijos?, ¿tienen sobrinos? ¿Nietos? Entonces decimos: la vida da muchas vueltas dicen hoy por ti mañana por mi, entonces nosotros tenemos que pensar en el mañana, de repente mañana nosotros estaremos pidiendo por uno de sus familiares, uno de sus hijos, de sus nietos, que Dios no lo quiera pero puede suceder, entonces de esa forma es que nosotros apelamos, buscamos

estrategias para hablar de los niños y tocar la sensibilidad de los familiares para que nos puedan ayudar.

Entonces eso a veces, un poco que sensibiliza y bueno a veces no es en la primera sesión que conseguimos la donación, es en la segunda o tercera vez y esas son las partes positivas, son las partes en las cuales nosotros nos llena de alegría y satisfacción. A veces nos dicen que nosotros somos unos indolentes, que no tenemos corazón, ¿porque? Por que en el momento en que el familiar esta sufriendo la etapa del duelo tenemos nosotros que pedirles que apoyen a esos pacientes que están esperando un trasplante.

¿Que familiares son los mas difícil para lograr una interacción?

Con niños hemos tenido poca experiencia, no hemos tenido muchos posibles donantes, pero las pocas veces que hemos tenido han accedido y en la mayoría son de adolescentes, ya que los padres no donan por que su hijo es adolescente, podríamos decir de 25 años, entonces los padres se ponen renuentes ha la donación por que ellos siempre esperan un milagro, que vaya a llegar y en muchos otros aspectos la resurrección, que su hijo no esta muerto, que esta vivo y que de repente va a volver esas son las terminologías que a veces emplean los familiares y ahí hemos tenido menos experiencias positivas.

5. ¿Que comentarios le merece lo que dicen algunas enfermeras que el trabajo de Uds. es “desagradable”?

Para mi particularmente una actitud negativa frente a ese paciente, ¿porque? De repente por falta de conocimiento, o de la

situación, como esta el paciente y cual es el beneficio que se va a lograr con este donante de órganos, pueda ser, yo digo ¿no?, y la otra hipótesis podría ser que no tienen el deseo de trabajar con ese tipo de pacientes, porque Como enfermeras, y esa es mi apreciación, como enfermeras a nosotros se nos ha enseñado a atender a pacientes críticos, y un paciente donante de órganos es un paciente crítico, y que se le tiene que dar una atención adecuada, una atención preferencial por que ese paciente necesita de la atención de enfermería, entonces cuando llega un paciente a emergencia o a cuidados intensivos, las colegas dicen para que se le va a atender a ese paciente si ya está muerto cerebralmente, pues con eso nos dan a entender que no conocen que paciente puede beneficiar a otra persona, sabemos que es un paciente que está en muerte encefálica pero el resto de órganos están bien, si es que nosotros le damos un buen cuidado, una buena atención de enfermería, lo que pasa es que, otra hipótesis que podría plantearla yo, es que no quieren trabajar.

UD particularmente ¿ha encontrado esos tipos de rechazos?

Si continuamente los rechazos, por que nosotros llegamos con el paciente y nos dicen ahí está tu paciente atiéndelo, y eso no es, por que paciente nuestro no es, es un paciente que está llegando a emergencia o a shock trauma o a cuidados intensivos, que está llegando, es un paciente donante de órganos, si es una enfermera que atiende a cuatro pacientes y una de sus camas es esa donde está el paciente donante de órganos pues tiene que atenderlo, tiene que darle toda la atención, sino que las enfermeras a veces no queremos trabajar en ello, y hay un rechazo rotundo para el paciente donante, cuando llega un paciente donante, donante ya con el acta de donación de

órganos las enfermeras lo echan a un lado y no solamente enfermeras ha médicos también, los médicos nos dicen ya pues apura, apura, apura, saca a tu paciente que quiero el ventilador para otro paciente, entonces eso como que a nosotros que estamos en la coordinación nos hace sentir mal, entonces explicarle a un medico que entre comillas “él sabe de todo”.

6. ¿Qué significa para UD; participar en esta labor de la Unidad de Procura?

Como te comentaba al inicio, yo tome esta decisión por que pensaba que era la mejor opción para los pacientes que tienen insuficiencia o alguna dolencia irreversible insuficiencia renal, hepática, cardiaca, entonces eso fue lo que me inclino esa satisfacción de poder conseguir, cuando consigo un donante yo me siento feliz, me siento contentísima porque estamos dando vida a otras personas entonces eso hace que me mantenga todavía en el programa y podamos seguir trabajando.

El objetivo que me trajo acá es conseguir los donantes, para llevar a cabo los trasplantes y poder ayudar a esos pacientes que están con dolencia renales pues en esa época veía la parte renal como nefróloga y veía la parte social, física, la parte emotiva del paciente renal eso fue lo que me motivo mas. Por eso como te decía el objetivo que me trajo acá es conseguir los donantes para llevar a cabo los trasplantes y cuando esos pacientes transplantados los voy a visitar y veo su cara de felicidad y alegría, a mi me llena de alegría porque mi objetivo lo realice, una parte, no todo pero al menos una parte.

7. ¿Cuál considera que es su aporte al desarrollo de la profesión de enfermería?

El aporte mío o de todos los profesionales de enfermería, es que deberíamos dar todo por estos pacientes, por que si bien es cierto nosotras sabemos que pacientes que pueden ser donantes de órganos, es el paciente que esta muerto cerebralmente, ya no esta con nosotros, entonces ese paciente pasaran 24 o 39 horas va a tener su sepelio, va a tener su entierro y al final los familiares van a quedar sin ellos, entonces es el momento cuando nosotros vamos a hablar con la familia, en ese precisó momento. Si bien es cierto la enfermera hace años no intervenía en la coordinación de transplantes o en Procura, entonces es a partir del año 2 000, que dos enfermeras integramos el paquete de procura, entonces yo creo que es algo maravillosos porque hemos abierto un campo mas, un área mas en la parte de enfermería, en la que no estábamos involucradas, entonces como enfermeras nos sentimos bien, por que aparte de abrir ese campo estamos abriendo para el futuro para otras enfermeras. Es un área que hemos descubierto y hemos abierto para poder ayudara la gente la cual es nuestra misión el de ayudar a las personas sin recibir nada a cambio.

8. ¿Cual considera UD que es su aporte personal al programa?

Es el tratar de conseguir los donantes para que esos pacientes que están en lista de espera se transplanten, creo que es el aporte mas adecuado para los pacientes que están sufriendo esa insuficiencia cardiaca, respiratoria, hepática y todo lo demás. La enfermera o el medico que esta pidiendo la donación debe mantener la calma, y como te decía mucho se emplea la psicología, entonces uno tiene que evaluar a los familiares para poder dirigirse hacia ellos y en que

términos uno tiene que hablar con la familia, entonces si nosotros sentimos una agresión verbal, hay formas y el procurador esta preparado para eso, para poder bajar la intensidad de la agresividad de los familiares y si hay agresión física igual, entonces son formas que nosotros debemos emplearla en ese momento.

¿Cuales son esas formas?

Por ejemplo si el paciente esta gritando yo no voy a gritar, y le voy a dar la razón, si Uds. tienen toda la razón, yo estoy con Ud., tiene toda la razón. Por ejemplo ahora cuando uno va hacer el pedido de la donación se quejan mucho de la calidad de atención que le da el personal, entonces dicen: aparte que le han maltratado a mi familiar, hasta el personal de vigilancia y todos los demás todavía Uds. Vienen a decir que ¿quieren la donación de órganos? ¿Que se han creído que es?; si señor, fulano de tal, por que tenemos que aprender el nombre y apellido y todo de los familiares, y hablarle por su nombre con mucho respeto, con mucha educación, entonces nosotros decir Sr. Raúl por ejemplo o señor Aguirre, pero mejor tratarle por el nombre por que decirle señor Aguirre es como apartarlo, abrir una brecha y una distancia y lo que se quiere cuando se hace el pedido de la donación de órganos es una ami calidad, entonces que cosa hacemos es decir: UD tiene toda la razón palmaditas en la espalda, darle la mano, tocarle la mano, entonces eso como que a uno le baja, hablarle con suavidad y todo lo que el dice si tiene toda la razón, esta en lo correcto, darle la razón al familiar entonces nosotros podemos ayudarle de esta forma y etc., etc. y nombramos el tema si hay nuevamente estas perturbaciones tendremos que cambiar la conversación, por eso te digo que el procurador es muy elemental para poder hablar con la familia.

¿En que momento dejan de insistir a la familia de que acepte la donación?

Hay varios aspectos por ejemplo cuando hay un grupo de familia en la que dice yo creo que si, mira que... hay una persona de ahí que quiere donar, que esta indeciso, entonces es ahí donde nosotros nos vamos, nos dirigimos a él, y si es niño o si es joven o si es adulto, de acuerdo a ello nosotros vamos hablando como a usted le gustaría si esta bien este plan, ósea haciendo referencia a uno y otro lado, si es joven yo creo que él, como tu, si el donante es joven, ósea ese momento tu lo tienes que vivir y estudiar, nadie te lo dice, ni esta en la literatura, en ningún lado entonces la psicología que tu puedes emplear y la forma de las palabras que tu puedes en ese momento emplearlas para hablar con la familia y poder invertir de pronto su agresividad, y por ejemplo si nosotros vemos que ese niño no quiere, o ese señor.

Entonces si el niño opta por quedarse callado, se pone mudo, o se levanta y se va es porque no va haber donación, entonces otras formas son, cuando el familiar dice definitivamente NO vamos a donar señorita, le agradecemos infinitamente, pero no vamos a donar ni tampoco queremos escucharlos más. Y seguimos conversándole ya no del tema sino de otras cosas entonces quedamos como amigos de tal forma que ellos no lo toman como una cosa de que somos unos Satanás o que otro nombre nos podrían llamar, entonces nos quedamos conversando, dándoles consejos, ayudándoles si Uds. Gustan, con la asistente social, etc. etc. ósea de esa forma pero ya sabemos que no van a donar, y otras formas es que sacan el DNI y dicen acá en el DNI dice No, mi familia no quería donar. Y la otra forma

que sabemos que ya no van a donar es cuando reunimos a la familia, están a veces dos, la mamá y el papá, pero faltan los hermanos entonces dicen voy a llamar a mi hermano y nunca mas aparecen, o sino viene el hermano y ya no viene el papá o viene el papá y ya no viene la mamá entonces se van ausentando al final hablamos con alguno de ellos pero ya sabemos que va hacer negativo, pero de todas maneras nosotros le damos a entender que cosa es lo que queremos.

9. ¿En que forma aporta su trabajo a la ciencia del cuidado de enfermería?

En el mantenimiento, por que el mantenimiento es esencial y es básico en el proceso de la donación, así como el pedido de la donación, es el mantenimiento, por que el paciente que esta con muerte encefálica, hemodinamicamente esta bien descompensada; sistemicamente, orgánicamente esta descompensada por que si bien nosotros hacemos un análisis del cerebro en un paciente que esta en muerte encefálica, en el paciente ya no hay quien mande por que el tronco encefálico y todo lo que tenemos de los pares craneales no funciona entonces viene la hemodinámica del paciente se descompensa totalmente, por que la temperatura va a bajar, ese cuerpo ya no va a tener la misma temperatura por que no va a regular, no hay quien lo regule, la presión arterial va a bajar, orina, va a empezar a orinar, va haber diabetes insípida, va haber poliuria, entonces hay un desorden hemodinámica bárbaro, entonces ese desorden hemodinámica nosotros tenemos que controlarlo con el mantenimiento del donante, en base a cristaloides, coloides, de acuerdo a la presión, ver como esta hacer retos de potasio por que el potasio se le baja el sodio se le sube por que nosotros como le

ponemos el cristaloides, el cristaloides sube, el plasma sube, entonces eso hace que nosotros tengamos que corregirlo con cristaloides y coloides, entonces ese viene hacer el cuidado que tiene que tener la enfermera para el paciente donante de órganos, si nosotros no tenemos un buen mantenimiento esos órganos no van a estar en perfectas condiciones para llevar a cabo un implante,

¿Quién realiza el mantenimiento?

La enfermera, la enfermera de procura no, nosotros cuando no hay enfermera de mantenimiento del hospital trasplantador entonces nosotros tenemos que asumir esa responsabilidad, la mayoría de nosotros sabemos que el médico ordena, pero la que ejecuta es la enfermera, entonces si la enfermera no hace su actividad bien no vamos a tener un buen resultado del donante del mantenimiento del donante.

Y en lo que se refiere al cuidado del paciente trasplantado? A nivel de procura no atendemos a esos pacientes, ósea la función de la enfermera, de los coordinadores de trasplantes termina hasta cuando nosotros obtenemos el producto, llamémoslo así, que vienen hacer la injertectomia ya sea de corazón, riñón hígado, nos los entregan esos órganos en sala de operaciones, nosotros tenemos que entrar ahí y luego esos órganos quedan en cadena de hielo hasta el implante de acuerdo al órgano, nosotros sabemos el tiempo que tienen, 2 horas, 4 horas, 6 horas. Entonces hasta ahí dura nuestra función, nuestro trabajo por que ya el implante de los órganos pasa a los trasplante, implante renal, trasplante hepático, etc., a nosotros nuestra función fundamental y principal es la de conseguir un donante y para conseguir un donante tenemos todo ese proceso.

¿Tienen un monitoreo de los trasplantes que se realizan?

Si, tenemos que llevar por que si nosotros entregamos por ejemplo riñones, un corazón, hígado tenemos que saber a que personas han recibido el órgano, quien personas han recibido y hacemos nuestra estadística, y bueno por ver como salio el trasplante, nosotros vamos a ver como están los pacientes trasplantados a felicitarlos por el trasplante pero eso ya no es nuestra función.

ANEXO D

TRANSCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS

Entrevista Informante Clave N° 2

1. ¿Que condiciones debe de tener toda enfermera que desee entrar a la Unidad de Procura?

Ganas de trabajar, tiene que estar preparada de todo lo que es el parámetro de los que es trabajar con un donante, muerte encefálica, mantenimiento, tener bastante paciencia, por que muchas veces te encuentras personas de todo y prácticamente te vas hacer conflictos aquí y allá ósea ser una enfermera que entiende a las personas, entender en todo aspecto tanto en los profesionales, como no profesionales y específicamente a las familias, a las familias si se debe tener mucho cuidado, sabiendo en la etapa por la que están pasando, que están viviendo, en ese aspecto, ósea no molestarte a pesar de que te causara molestia tienes que tener paciencia, y ponerte en su lado.

Tienes que estar preparada, en cuanto a la labor que es la coordinación de transplante de órganos tienes que tener una base o sino no va a saber que hacer, puede ser un maniquí y la enfermera por mas de que tenga un medico a su lado, tiene que tener sus criterio, si sabes tu del tema no debes de ser un maniquí, si no los dos deben trabajar en equipo, ósea no por que la enfermera de repente no tenga el poder de decidir, pero si tiene que aportar, y en muchas veces nosotros decidimos por ejemplo decimos no doctor a mi me parece..., a mi no me parece..., si a usted le parece yo no estoy de acuerdo, así

nos preguntan y tomamos la decisión, tenemos mas experiencia en esto, nos preguntan: ustedes como lo han manejado nos preguntan, como lo han manejado estos casos entonces nosotros decimos así, a mi no me parece por tales y tales cosas, de nuestra experiencia hemos visto de todos estos casos que esto no va bien, entonces nos toman en cuenta también, pero tiene que ser con criterio o sino no, pero si no conoces.... si no sabes, si no haz leído no puedes opinar, no puedes decir nada, entonces eso es lo que nos sustentan a nosotros, lo que nos da mas seguridad, te da seguridad algo cuando tu sabes, cuando tu no sabes no tienes seguridad y simplemente caminas atrás del otro, eso es básico.

Creo que en toda área y en nuestra área es bien delicado, tienes que ser muy sincera, al menos para que te salgan las cosas bien, por mas de que digamos de repente no le parezca bien al otro personal tienes que decirlo, muy sincera en todo, por que si escondes el paciente es el que va a sufrir, por ejemplo muchos de los exámenes que traigo de afuera, por decir si no quiero decirlo como que lo escondo, y a los que van a entrar al transplante no le digo todo, ¿que pasa de tras de eso? Ósea ¿quien va hacer afectado? es el paciente entonces tiene que ver mucha sinceridad, ósea trabajar por que realmente las cosas todo te salga bien y como debe de ser eso es muy delicado acá en el área, tienes que ser entera en todo aspecto, tanto en lo profesional , como en lo personal.

2. ¿Cómo se involucro en el programa de la donación de órganos?

Fue a raíz de que me enviaron a un curso de donación de órganos dictado en el seguro social porque antes yo participaba ahí en

el mantenimiento del donante, avisaba a los médicos, pero no sabía específicamente el manejo, yo colaboraba para el mantenimiento, avisaba que el paciente por ejemplo está crítico para ver si podía ser un donante, pero yo me acuerdo que cuando yo me preguntaba a mí misma y decía ¿yo donar? No; ósea antes cuando yo trabajaba en el servicio de emergencia y ahí los médicos que venían del área de Procura, de donde estoy ahora, me gustaba colaborar pero cuando yo me preguntaba sentía como algo difícil para mí, era ¿que me abran? no sé, ¿Qué saquen mis órganos? ósea no estaba conciente de todo, y eso que era personal de salud y participaba.

Fue a raíz de un curso, como te repito, que me enviaron, era un curso de donación y ahí es donde me sensibilice, hicieron un programa muy bonito de todo lo que es el programa de donación y vi testimonios de pacientes que habían recibido el trasplante y ahí llegué a entender que realmente era muy bueno la donación, desde ahí ya me involucré, me dijeron que ya soy procuradora, pero claro solo en teoría, pero en la práctica no se trabajaba, todavía no se trabajaba, trabajaba en emergencia nada más.

Bueno después de eso yo ya sabía y dije ahora si saco mi DNI y voy a decir Sí a la donación, me sensibilice a raíz de que tuve ese curso, no es fácil tampoco, para el personal incluso de salud, me gustaba colaborar pero no entendía bien como era la parte de muerte cerebral, todo el proceso y recién después de saber todo el proceso me pude sensibilizar y decir si soy donante, Cuando ya después para entrar al programa, hubo una beca para ir a España, que bueno no sé como, pero me dijeron: te hemos designado en emergencia para que vayas a una beca a España.

Yo decía ¿yo? ¿Por que será? Será por que siempre me enviaban a mi, por que era la soltera que no tenia a quien pedir permiso, Bueno a veces te llega el dato y tienes que darle el nombre ya a horita, y a veces hasta que llames a la persona, la ubiques, antes que no había ni teléfono casi, si lo ubicas hasta que pida permiso al esposo, en cambio ya mas o menos sabían que yo no tengo a quien pedir permiso, por que ya me habían mandado a unos cursos que también fue así, que me dijeron tienes que ir por ejemplo a Andahuaylas a dar un curso, entonces ya sabían que yo me iba, aunque con dificultad, a mi no me gusta ser ponente, pero como me dijeron es practica no mas y te vas.

Y a raíz de eso ya creo que me dijeron, a ella nomás hay q ponerle, ella seguro que si acepta, como creo que ya iban a dar nombre, y la jefa me dice tienes la beca para ir a España ¿que dices? ¿Te vas o no? Yo ni corta , ni perezosa dije ya, me voy, ya pues es una beca a España, no lo pensé ni nada; pero eso si, vas a Salir de Emergencia me dijo; con el dolor de mi corazón dije bueno pues, no puedo perder la beca, tu sabes eso de irte a otro país no era así nomás, es un milagro.

Para mi era algo, en ese momento no entendía, no era así tan cristiana, No leía, pero bueno, dije es una oportunidad, no lo voy a dejar pasar si me han dicho, me debo de ir.

Y me enviaron allí y eso fue el detonante para que yo entre a trabajar aquí.

¿De que era la capacitación en España?

Era específicamente para todo lo que es el área de coordinación de trasplante, todo lo que es coordinación, ósea por que habían visto que deberían estar enfermeras también en el área de coordinación, enviaron a un médico y a una enfermera, dentro de ellas a Dios gracias, fui yo, no se como pero fui asignada. Y de ahí bueno, cuando se dijo que ya habían las vacantes en procura, de todas maneras tenia que entrar yo, con un poquito de dificultad por cuestiones personales, de los que decían para que estén, al final me querían bloquear, pero al final ya me habían mandado a capacitar yo tenia que estar, no había invertido. el Seguro. así nomás, al final se dio y de ahí hasta la fecha estamos aquí.

A mi me dolió salir de emergencia, por que me había acostumbrado a estar en emergencia, el trajín, y salir de ahí, de estar con un grupo de gente de trabajo y sufrimiento, estrés, risas, de todo pasabas ahí, de todo ya me había acostumbrado al golpe creo, jajá... jajá, más te pego mas te quiero, amor serrano, pero bueno ya al final dije: bueno no me quedaba de otra tenia que aceptar nomás yo tenia una responsabilidad, si yo me había comprometido ir, de todas maneras tenia que aceptar mi cambio, aunque me dolía pero ya al final llorando salí de emergencia.

Y después me gusto el área y de ahí poco a poco aprendiendo, acá en el Perú, distinto a España, es otra cosa por que aya la cultura es otra, ahí no necesitas estar hablándole al familiar tantas cosas, ahí el familiar ya sabe si va a donar, solamente vas a hacer digamos el acto de aceptación, el sabe si SÍ o NO, ya no es necesario, solamente

le informan como es el proceso post mortem nada mas ósea que prácticamente no es nada de que ay huí tienes que... al menos todas las donaciones que yo he estado eran re contra fáciles y todo el mundo ya casi decían si, si, si raro que no por que en el que en vida fue ya había dicho que no

3. ¿Qué siente cuando se entera de la existencia de un posible donante?

Bueno este, yo siento pena y a la vez alegría, pena por la persona que se va, si te da pena, bueno como ser humano, mas que todo por los que viven y dependiendo que persona, si es un niño o si es un adulto que deja familia, ósea que es lo que más me impacta; Si es un niño tengo un impacto más, ósea personalmente yo si siento, siento pena ósea yo me pongo en el lugar de la familia y me da pena ver los chiquititos, pobrecitos los bebitos, tan chiquititos por que les toco ya.

Ósea esa parte para mi es duro, a veces me queda ahí, ósea no es fácil, momentos encontrados, que a veces no puedes ni hablar, a mi me ha dado que yo no puedo ni hablar se me corta la palabra y tengo que hacerme la disimulada, me doy una vuelta, respiro, Dios ayúdame digo y me regreso, y no te puedes poner a llorar juntos, tienes que sacar eso, ósea imagínate como puedes ayudar a los familiares si te pones a llorar, bueno a mi me ha pasado que me he dado una vuelta, Dios ayúdame a respirar, ya un giro y como que te vienes como que te renuevas y digo bueno la cosa ya esta dada, ósea es otra cosa que me ayuda a salir de esa parte digamos difícil, cuando ha fallecido a nadie le gusta, nadie quisiera que a un pariente o una persona este fallecido,

a mi no me alegra, el fallecido no me alegra, ósea la persona que podemos encontrar como donante no me alegra, me da pena pero digo ya se dio, lamentablemente, sea donante o no sea donante el paciente esta fallecido, eso es otra cosa que me ayuda a salir, pero ahora lo mas importante es que a pesar de fallecido puede ayudar a otros y lo que me ayuda mas es decir bueno a cuantas vidas vamos a salvar.

Entonces no nos miren mal, cuando vamos a los servicios nos dicen los GAVILANCITOS ahí van volando, nos ven así, como que dicen ay te miro y como que veo a la muerte, nos dicen así como que vemos a la muerte, digo no, no nos miren así les digo, eso esta mal el mirar de ustedes a nosotros nos deben de ver, ósea lamentablemente ya se dio la muerte nos deben de ver como sinónimo de vida, nosotros no somos sinónimo de muerte que cuando ya nosotros aparecemos dicen ay se nos escalofría el cuerpo, les digo no a nosotros no nos miren como sinónimo de muerte sino como sinónimo de vida por que lamentablemente ya se dio el fallecimiento de esa persona y nosotros vamos a ayudar de ese fallecido a rescatar vidas, a salvar vidas, tómenlo por ese lado y ese lado es el que me ayuda también a salir de la parte difícil del fallecimiento de la persona, esa parte ósea saber que de ahí puedes ayudar a otros.

¿Cuántos? Son varios en órganos nomás son por ejemplo si tendrías que poner un, lóbulo a cada del pulmón son dos pacientes por ejemplo, si seria un corazón son tres, un hígado 4, 2 riñones uno para cada uno seria 6, una cornea para cada uno serian 8, mas tejidos, mas de lo que es la piel, los huesos ósea un promedio de 12 personas que estas ayudando, ósea imagínate que de alguien que ya se fue va a estar ayudando a doce personas ¿no te alegra? No te alegra de que

sabes que tu lo haz visto al pacientito de repente por ahí caminar, o de repente han venido al área de procura a decir Señorita ¿no habrá un donante? que casi no pueden, en sus sillitas de ruedas, casi ya yéndose su vida y después verlos así ah, que te sonríen, yo he llorado, en verdad que he llorado de emoción, he llorado viendo a los transplantados y ver que ya recuperó su vida y después verles caminando, verles y digan señorita mire como estoy juego mis partidos todos los domingos en la playa, estoy trabajando estoy de visitador medico.

Señorita mire mi ojo, me dice una vez un paciente que se transplanto de su hija, tengo el mismo color, claro el color no es el mismo ¿no? Pero ni modo tenia que dar la razón al señor, jajajaja... viene tan emocionado porque no quería donar, al final se acordó que el necesitaba un transplante y nos dijo que si el se podía transplantar la cornea y de hecho no necesita compatibilidad, si el necesita y es su hija y va donar ni modo tampoco puedes negarle en eso, riñones es distinto es por compatibilidad pero en la cornea no, al final dijimos bueno si señor se puede transplantar si usted esta en lista de espera no hay ninguna problema y se transplanto con la cornea de su hija, aparte el señor esa vez estaba re contra mal, estaba muy mal cuando falleció su hija y después era otro, imagínate como le había ayudado al saber que su hija había ayudado a otros y él mismo fue beneficiado también, estaba emocionado era otro, yo no sabia que era él creía que era su hermano, que había un gemelo igual al señor que había conocido dos días antes, no un día antes claro ayer fue la hora del sepelio y después fue a que se le transplante y yo estaba ayudándole ha hacer los papeleos en emergencia; era increíble la alegría brotaba por sus ojos era una experiencia bonita, muy bonita y después vino el

señor, señorita mire como esta mi ojo ,yo le dije señor ¿cual ojo es? ya no sabia después de una semana, cual ojo era estaba tan bien y me dijo esta señorita, no ve que lo tengo igual al color de mi hija? Jajaja que bonito la alegría y le dije sí, sí señor tampoco le podía quitar esa alegría en ese momento, se sentía la alegría tan grande y así bonitas experiencias. Esa es la parte que me anima a estar en el programa, la parte de ayudar a otros.

4. ¿Qué experiencias positivas y negativas ha tenido con la familia del posible donante?

A negativas varias, ósea muchas veces que nos han tildado de traficantes de órganos, cosas así, ósea una vez hasta tuvimos con mi colega, prácticamente un poco mas y nos llevan a la comisaría, bien difícil claro, ósea aparte que se había hablado bien, nos habían tejido como una trampa y cuando nos vamos pensábamos que coordinando todo con ellos, por que en la mañana nos dijeron: mas tarde les damos la respuesta, nos vamos pensando pues que nos iban a donar, total que nos habían tejido todo un esto para que nos coja la policía, uy!!! Nos hicieron un problema grande y nosotras al final como asustadas, no se nunca había tenido una experiencia tan fea, imagínate que te cataloguen como traficante de órganos, la policía nos quería llevar a la comisaría, al final nosotros, no se Dios nos ayudaría al final nosotros nos pusimos fuertes y dijimos no nosotros somos del área de transplantes.

Fue en una clínica, pero terrible. Al final pues nos escapamos de la policía jajaja... era de noche el médico de guardia que nos conocía era el jefe de la clínica, vimos que era un médico del programa de acá.

Pero y a la familia?? Nosotros decíamos y ahora q le íbamos a decir? que él es del programa? por que sino se escandaliza y peor!!! En ese momento la familia estaba cegada, entonces teníamos que salir nomás del problema.

Cuando llamaron los vigilantes, nosotros pensábamos para que nos donen, señorita están buscando de acá del esto, como seis vigilantes aparecieron, estábamos en la puerta de emergencia, como la familia creía que nosotros éramos traficantes de órganos, al final nos fuimos a otro lado a hacerles entender a los familiares, pero no entendían, nos tomaban fotos de arriba abajo, a mi colega más por que mi colega había estado más temprano, mi colega parecía la mejor modelo del mundo jajajaja... le tomaban fotos por todos lados, en ese momento si nos asustaba, por que en verdad yo nunca había estado frente a policías.

Primero vigilantes luego llamaron a la policía, el mismo vigilante llamo vengan aquí hay un negociado de órganos dijo el vigilante, mi colega casi lo come al vigilante le dijo: como señor, usted, como se expresa así!!! Como le va a llamar al policía negociado, ¿cual es la evidencia que tiene?, nosotros estamos presentándonos somos enfermeras, con nuestro fotochet, la verdad que no habíamos llevado DNI, pero teníamos el fotoshet, cualquier cosa nosotros decíamos estamos en el seguro, pero era en la noche, las 8 de la noche, a esa hora pues ¿donde esta su oficina? ¿Su despacho? Nosotros ¿que oficina? En la noche no hay nadie, no hay nadie quien nos avale, a ya nos dijeron tienen que ir a la comisaría, uy!!!

En 5 minutos ya estaba un escuadrón en emergencia ahí como 8

policías, y en ese momento los vigilantes llamaron al director de la clínica, que era el jefe de emergencia y era el médico de procura, era de acá!!! nosotras ¿y ahora? Bien calladitas, teníamos que hacer como que no lo conocemos al doctor, porque o sino uy!!! se va hacer un escándalo, en ese rato no te entienden pues.

Y nosotras como si no conocíamos al doctor; doctor buenas tardes... jajajaja serias, nos querrían pegar todos los familiares, terrible, le hablábamos bonito, no entendían nada, nada, si no decían pues no donen les decíamos, pero ¿por que han venido ahora en taxi? ¿Por que están viniendo en otro carro? Todavía en la mañana han venido con un verde; claro era movilidad de aquí, y en la tarde ya no había quien maneje nos teníamos que ir en un taxi, ¿por que ahora en la mañana vinieron en un carro verde? Y ahora ¿por que han venido en taxi? Así ósea todo el día nos habían estado vigilando ¿por que en la noche? Pero ¿por que vienen en la noche? Pero si en la noche nos habían dicho ustedes, a las 8 de la noche, teníamos que venir a las 8 de la noche ósea no había otra, ósea era una cosa así y al final bueno el jefe les explico supuestamente, el médico que era de nuestra área, les explico todo pero igual, bueno ahí quedo con la familia, se bajaron un poco, pero quedamos con la policía nosotros.

La policía nos quería cargar, el doctor ya se fue, nosotros no sabíamos que el escuadrón ya estaba ahí afuera, era en ese instante vigilantes y familiares, la policía en otro momento cuando se fue el doctor, la policía llego y nos decían que subamos al carro que había venido, de la policía, para ir a la comisaría, si vamos a la comisaría nos ponen adentro y hasta que nos traigan los papeles ya estamos encanadas ahí!!! jajajaja de repente 24 horas.

Pero? y si no hay ninguna infracción ¿por que nos van a llevar?, ósea cual seria si nosotros nos estamos identificando salvo que tu no tengas ningún identificación, con uniforme y todo, pero no había nada y nos querían llevar a la comisaría, nos pusimos fuertes con mi colega y no nos movimos cualquier cosa manden a tal dirección, al seguro, y EsSalud contestará; ahí nos escapamos, tomamos un taxi al lado de los policías y los policías no le dejaron salir, al taxi uy!!! al toque lo pararon, valla señor valla, señor ellas están en problemas así que usted no las lleva, hay vendito policía!!! no nos dejen nos querían llevar, se pusieron fuertes, ¿sus documentos de usted? Le decía a mi colega, su documento pásemelo!!! ¿cual es su documento quien es usted?

Nos bajo a uno, no dejen salir al taxi, anoto su placa del taxi, y el taxista nos dijo tienen que bajar porque yo estoy trabajando, tenia razón el señor, no tenia porque estar involucrado era un problema de nosotros, entre ellos y nosotros y le digo si Gladis (mi colega) el señor esta trabajando, hay que bajar nomás tiene razón, tampoco va a estar en problemas; ya le digo vamos al frente a tomar, que no nos pueden tocar, si no estamos cometiendo infracción, nunca habíamos estado así, nos salio del momento, vamos al frente ya hay q irnos ¿que nos van hacer?, que nos cojan pues, no nos podían coger querían quitarme el documento yo no les di, no. No le digo mírelo, mírelo de ahí, usted tome nota de todo, me decía no présteme su fotochet!!! querían coger mi documento para por eso ir a la comisaría, me supongo no podía ser, No le entregue, pues con eso marco, le dije NO, no puedo entregarle por que con eso marco mi entrada y mi salida y sin ese documento estoy en falta, no puedo dejarle mi fotochet y quería mi documento y no le entregue no me podía quitar tampoco ellos saben, y yo no sabia

tampoco mucho de la policía, al final nos fuimos al otro lado y el mismo taxi, había dado la vuelta y nos llevó por el lado de ellos, agáchense, agáchense y agachadas nos fuimos jajajaja.

Todo lo que pasamos le digo a mi colega, hay pero daba ganas de risa y de llorar, de llorar de verdad, una impotencia!!! en ese rato por no llorar nos reíamos pero eso era para no llorar pues te daba una cosa así no, ósea difícil y todo lo que estábamos haciendo, agachaditas casi las dos y el señor se había ganado y nos estaba preguntando ¿que les ha pasado? Empezábamos ha hablar y a reír, le contamos al doctor y el nos dijo ya pues me hubieran llamado, que cigarrito les gusta para llevárselos a la cárcel... jajajaja

Otro es que hay familiares que están en el momento del duelo y gritan, te dicen indolente y algunas palabras no adecuadas, a veces también sucede pero poco, pero en alguna oportunidad si ha ávido y otro también que estamos tan animados, como que ya va a salir la donación y por cuestiones administrativas te sientes también frustrada, ósea la donación hecha tan difícil que es, los familiares también con tanta bondad lo hacen y por cuestiones a veces administrativas no puede salir no, eso es una impotencia.

A veces también tenemos todo el trabajo, tanto que hemos hecho y de pronto!!! una parada cardiaca, te quedas tan apenada y dices una paciente joven, que pena todo se fue, un trabajo frustrado y esas son cosas negativas que tu tienes, y bueno nada mas respirar profundo y seguir adelante, son cosas que tu no lo puedes manejar ya, ósea tu das todo pero al final te gana, hay cosas que al final no camina como tu quisieras, no sale como tu quisieras y esas son situaciones

difíciles para uno, al menos para mi personalmente si, por que tu quieres lo mejor por ejemplo del paciente que si dono se pone el paciente mas difíciles, se pone mas inestable, y el que no dona hay se mantiene, a veces dura el paciente dos o tres días casi, y del que dona se pone mas inestable, incluso apenas llega al hospital y chaz!!! un paro cardiaco o a otros también nos sale los exámenes inmunológicos positivos es también otro.

Hubo por ejemplo un paciente de 18 años pero al final tenia hepatitis C todo un día, no haz comido, por que cuando vez a un paciente no te acuerdas si haz comido o no ni sed te da, por que tu sabes que un paciente que ha donado que es tan difícil que donen la familia, por que para que done la familia es un milagro para nosotros, es una ganancia tremenda que donen, en primer lugar conversar con los familiares es lo mas difícil y lo mas sensible y cuando ya te han donado tienes todo, después uy se te corto, se te corto y te quedas paralizada, son situaciones que siempre, siempre se te chocan.

¿Que experiencias positivas a tenido con los familiares de los posibles donantes?

Por ejemplo después de lo que han donado se sienten contentos, al menos cuando les dicen que se han transplantado, de repente no les dices los nombres, pero algunas veces logramos decirles que sean transplantado dos o tres pacientes, están yendo bien, ellos se alegran también.

El saber que su familiar esta ayudando a otros después de fallecido y otro es cuando ves a los pacientes transplantados yendo

bien, cuando están yendo bien para mi es la alegría mas grande para mi personalmente, la alegría mas grande es ver cuando un paciente esta yendo bien, o saber no importa si no lo veo, pero al menos saber, llamamos tengo un paciente ya transplantado ¿como va? Llamamos por ejemplo al programa de hígado del Almenara, cardiaco del Almenara o riñones es en el Almenara o Rebagliategui, como van yendo los pacientitos transplantados, también que en estadística tenemos que tener, si van bien te llena, a mi me llena de alegría pero cuando te dicen que esta yendo mal también te choca, a mi me choca negativamente también es eso que el paciente este yendo mal, imagínate un corazón y el paciente no este yendo bien, es doloroso, es frustrante, si hizo un rechazo agudo, conseguir otro órgano, ¿de donde? Y se te va la vida eso es duro, para mi es duro. La alegría más grande como te digo es cuando están yendo bien y cuando les he visto transplantados.

Me recuerdo un señor al siguiente día creo o dos días después de transplantado de pulmón, el primer transplante de pulmonar en el Rebagliategui, yo no sabia quien es solamente vi a una persona que me saluda, ósea el señor estaba entubado pero consciente, ya había despertado era el 2 o 3 día de transplante, entonces yo lo saludo a señas y el señor dentro de su sabanita, ósea yo veía que el señor hacia un esfuerzo en querer algo, entonces yo le veía que algo me quería decir con su manito que movía, entonces le digo a la colega que estaba dentro, por que dentro están con ropa estéril, tu lo miras por las lunas, entonces le digo a la colega descúbrele, me entendió entonces saco las cubiertas y el señor levanta su mano y me saluda y yo que?? Te juro que en ese momento yo llore, no pude soportarlo, que emoción tan grande que me puse a llorar.

No a todos los transplantados los ves, por que bueno estas en un lado, luego en otro lado, viendo a los posibles donantes, pero justo voy a pasar visita para ver si hay un posible donante y justo veo al paciente transplantado pulmonar, el primer trasplante pulmonar, y la veo a la señora sentadita con su cánula binasal despierta comiendo, un gusto verla así al final se lo saco, se lo puso de bincha la cánula jajaja y yo desde la ventana viéndola que alegría tan grande, eso es lo que te llena.

¿Que técnicas o métodos utiliza para que la familia del posible donante acepte la donación?

Bueno es de acuerdo a la situación como se presente, claro específicamente nosotros utilizamos o tratamos tres temas en cada donación, ya tenemos prácticamente es una entrevista semi estructurada que se hace, siempre tratamos por ejemplo cuando vamos a entrevistar a un paciente tenemos que tratar tres temas dentro de ello la muerte cerebral, la donación, y la solidaridad, ósea esos tres lo tienes que involucrar dentro de tu pedido, es una entrevista dirigida, siempre utilizar preguntas abiertas y siempre tener presente que es la fase del duelo y la intervención en crisis, ósea lo que se tiene que ver es la parte de ayuda y acompañamiento del duelo y de acuerdo a sus necesidades intervenir, ósea no te puedes ir directamente por que cada caso es distinto, pero mas o menos ese es el panorama que damos para la donación, y respetar siempre a los familiares en todo momento.

Ósea si te dicen que hay que esperar a un familiar, hay que esperarlo, si te dicen señorita ahora no puedo podemos hablar dentro

de media hora o dos horas lo tenemos que hacer, y si no se puede por que no podemos esperar mucho tiempo por que el paciente se nos va, por que tenemos momentos en que están tan inestable, le hablamos y si aun así no se puede, no podemos tener premura no podemos apresurarlos.

5. ¿Qué comentarios le merece lo que dicen algunas enfermeras que el trabajo de Uds. es “desagradable”?

Bueno de repente por desconocimiento, tampoco critico por que quizás ,lo hacen por un desconocimiento o simplemente que no están de acuerdo y pienso que mas debe ser por desconocimiento, no saben bien el tema, o de repente no son muy colaboradoras, hay gente que no tienen el digamos, esa disponibilidad de colaboración, también eso podría ser a esos cambios, a veces en un momento dado, hay gente que viene ya formada así, de solamente tener su lugar y no mas ampliarse en otro, tu ya no los puedes cambiar, hay que entenderlos, yo los entiendo y no me pongo tampoco a discutirles, simplemente les dejo.

Si me permiten que les ayude, les digo eso de la mejor forma, pero si generalmente si le tratas... de después de tener su colaboración pero depende de cómo le digas, muchas veces que no vayas como dar una orden, a veces el medico de acá, algunos, se van a la UCI y se van como si fueran YO se todo y dicen mira tienes que hacerle esto, tienes que ponerle esto, y eso no es así tampoco ósea yo pienso, bueno según yo como trato y como me gustaría que me traten también lo hago, por ejemplo yo no voy a dar una orden, le digo colega disculpa ¿puedo cambiarle el suero o de repente te puedo colaborar? Y

así sí, si me dice no a ya, ¿deseas que te vaya cargando?, ¿te puedo ir ya poniendo la atropina?, pero siempre yo le pido permiso, ósea no me voy y entró, por mas que haya coordinado con el médico, por que hay que respetar su trabajo, es su área, y a mi también no me gustaría que entren hagan y no me digan nada. Por que es su paciente él que esta a su cargo, toda la responsabilidad es de la colega, por que al final es su responsabilidad la que está en el área es responsable de ese paciente, yo me voy, un ratito nada mas y me voy, ¿quién es la que queda?, ¿quién registra todas las cosas? es la colega, entonces hay que tener mucho cuidado con ello, es por eso que yo les respeto su trabajo y si así casi la mayoría te colabora, muy pocos casos que no les gusta que se ponen un poquito indiferentes por que pienso que es por que desconocen y otro como te digo es formación y hay que entenderlo por que no todo va hacer igual. todos somos diferentes, pensamos diferentes y por mas que te hayan enseñado, sean de la misma escuela no actúas igual que la otra no podemos comparar a una y a otra. En diferentes áreas actúan de diferente forma, cada persona actúa diferente a pesar de Ser del mismo servicio son diferentes.

¿En que momento dejan de insistir a la familia para la donación?

Nosotros generalmente cuando hacemos el pedido, vemos a la familia en que situación esta, por que si vemos que rehúsan mucho..., claro que todo es parte de un proceso, del duelo, de la crisis, todo, pero por ejemplo ya vemos que se corren que ya no dan la cara, de que dicen me están presionando mejor preferimos a veces dejarlo, por que la gente aquí no es como otra cultura, son muy suspicaz y piensan que estamos haciendo algo detrás de ellos, o que le vamos a sacar los órganos y ya empiezan a estar en... nosotros generalmente ya no

hemos podido digamos así convencerlos del todo, nosotros mejor nos retiramos por que ellos piensan que estamos presionando, entonces lo dejamos ahí, solamente a que alguien de ahí, de los equipos de donde trabajen, por ejemplo en emergencia o UCI que estén, entonces les decimos que traten de ayudarnos por que ya nosotros no.

A veces somos como una espina, entonces piensan que ya vamos a extraerles los órganos así sin su permiso, ¿cuidado ha? nos dicen, nosotros vamos a estar en alerta!!! entonces ya pues, entrar en eso ya no, hay gente que es cerrado, cerrado, cerrado, entonces ya lo dejamos al personal, pueden ayudarnos a persuadir a la familia, si es que algo hay ya nos avisan, nos estamos comunicando, ¿que hay? ¿Que paso? Nos vamos, si estamos cerca del hospital nos vamos, que ¿han comentado? ¿Han dicho algo? No quieren saber nada, si ustedes pueden ayúdenos, para hablar el mismo idioma, con el personal y bueno pocos casos se han dado, pero si ha habido cambios de opinión.

¿Existen personal que si les ayuda en ese aspecto?

Claro, en los servicios de emergencia, UCI generalmente que están a cargo, le tratamos de decir entonces hablen el mismo idioma, síganle diciendo que la muerte ya esta dada, el cerebro ya dejo de existir, que solamente es un proceso, siempre explicamos en cada área y si tuvieran ustedes, si pudieran diciendo que la donación es buena, ustedes ayúdenos, en cambio no nos den la contra ósea faciliten a las familias a pasar, eso también es un factor que al menos los sensibiliza, pero imagínate que si pedimos una donación y si en la puerta les hacen el pare y ya no les dejan ingresar, es peor se van a endurecer, entonces lo que si nosotros hacemos después siempre brindarles

apoyo, ayuda en lo que pudiera ser, igual nosotros estamos dispuestos le decimos, y señorita queremos pasar y tu te vas y les haces pasar, en la medida que este en tu alcancé, cuando estamos cerca al hospital, cuando estamos lejos solamente coordinamos, como es un ratito y después nos tenemos que venir, como a veces tenemos una movilidad esperándonos, no tenemos tiempo mucho de quedarnos, por que lo ideal sería que te quedes, que estés al tanto, y estés al tanto de ese paciente, nos felicitaría, pero muchas veces como estas en una clínica, en otro sitio, entonces no puedes estar ahí, las condiciones no son adecuadas para nosotros también, y la familia nos están viendo ahí entonces siempre le decimos que no somos del hospital, que somos de otro hospital, y luego viéndonos ahí después de que nos han dicho NO, ya no es adecuado tampoco, nosotros nos aparecemos en cuanto se ha hecho diagnostico de muerte encefálica sino no, la familia no nos deberían de ver, y después si nos dicen no ya no es adecuado que nos estén viendo mucho mas ahí, por que hay suspicacias, coordinamos, les hacemos pasar si es que es necesario, o sino coordinar para que los dejen pasar y muchas veces se ha dado, algunas, pocas veces pero si ha dado, así después de que se habían negado.

6. ¿Qué significa para UD; participar en esta labor de la Unidad de Procura?

Es algo hermoso para mí, es ayudar a muchos a salvar sus vidas, y a otras a mejorar su calidad de vida transmite un sentido bastante de ayuda, que necesitan de nosotros, tanto se espera, que esta por irse su vida y que nosotros podamos ayudarles, pero claro no depende todo de nosotros eso es de hecho, pero en la medida en que nosotros podamos es que tenemos que hacer, yo digo bueno yo ya

hice mi parte y si ya no se dio, pero yo ya lo hice ya no es culpa mía y si por ejemplo yo no hice algo, ¿como quedaría mi consciencia? Mal entonces yo digo yo ya hice todo hay, un paciente me fue pedimos la donación no se dio ya pues; pero no que hay un paciente yo no voy, no se da eso ¿como me sentiría? ¿cuantos dejarían de repente de salvar su vida?, mejorar su calidad de vida realmente por que nosotros no estamos ahí y si no lo hicieron o no lo hago bien, por que nadie esta detrás de ti, es tu responsabilidad, acá estamos un grupo pero tranquilamente tu, no puedes hacer las cosas como se debe de hacer, por que los jefes no están ahí mirando, es tu responsabilidad, y es eso que tienes que ser muy consciente que con tu intervención, ósea que tu hagas, todo al final tu consciencia vale ya no tienes en tu conciencia mira ¿que hiciste? ¿Se podía salvar?. Yo prefiero tener mi consciencia limpia.

7. ¿Cuál considera que es su aporte al desarrollo de la profesión de enfermería?

Para mi es un campo ganado, es un campo mas ganado dentro de la rama de enfermería, porque en un inicio la enfermera no se podía involucrar en el área de procura y bueno a Dios gracias, se dio la intervención de las enfermeras y nos dijeron que no íbamos a durar mas de un año, porque en el Almenara hubo enfermeras en el área de procura y creo que solo duro un año, al año volaron del área.

Entonces a nosotros ya nos habían anunciado que nosotros entrábamos y no íbamos a durar; y nos hacían difícil estar acá, nos ponían cosas recontar pesadas, nos sacaban a cualquier hora de la mañana, en la noche y al final no, no hay nada, llegamos al hospital y

no hay nada, ósea con un poco de fastidiarte y de repente que te corras pero no se, nosotras estábamos acostumbradas a trabajar, bueno yo en emergencia, mi colega en hemodiálisis, lo único que salir en las noches, el temor por el peligro pero mas era que sobre de mi estaba la responsabilidad que tu tienes, que ni siquiera piensas en lo que te puede suceder, sales nomás, yo ni me daba cuenta que estaba saliendo 2 o 3 de la mañana de mi casa y venir acá y de acá ir a no se donde, salía solita, no media el peligro. Y bueno al final para mi es un punto ganado hasta el momento, mas de enfermería y a Dios gracias que hasta el momento estamos bien, y me alegro por eso, por que es la parte de enfermería que interviene en esta área, a nivel de aquí de lima somos hasta el momento. Ahora en el Minsa hay dos enfermeras también pero en ESSALUD somos las únicas enfermeras que estamos en procura, en provincias también hay pero poco.

¿En el MINSA también hay enfermeras de Procura?

Si recién este año se ha creado. A horita la cede esta en hospital Cayetano Heredia pero están solamente en la parte todavía normativa, todavía intervenciones no tienen experiencias.

Son dos licenciadas y cinco médicos igual que acá pero como te digo todavía no tienen experiencia están en la parte normativa, nosotros en EsSalud ya tenemos nuestras normas aunque el Minsa esta sobre nosotros como área normativa, pero ahora están con asesoría de EsSalud por que ellos no tienen experiencia.

¿Van abrir mas puestos para las licenciadas de Enfermería?

Yo creo que si a medida que se amplíen mas los transplantes, de que hallan mas donaciones, pero por el momento sigue una baja tremenda no se por que o no se que pasa, debe ser varios factores, por que estamos bastantes bajos y esperamos que una vez se amplié o halla mas donaciones si halla mas plazas para las enfermeras, lo que se quiere es poner en los hospitales, cada hospital su área de Procura, en Rebagliati, Almenara, Sabogal en ESSALUD; aparte en el Ministerio también es el objetivo; en cada hospital debería haber un área de procura, nosotros no debemos estar acá centrados, si no en los hospitales, claro nosotros visitamos, se hacen llamadas pero no es igual al que tu estés ahí.

Al Rebagliategui visitamos pero al resto es llamadas y otros es por amistades que llaman por que por todos sitios que vamos ya nos conocen, en clínicas, en el Minsa, en EsSalud.

¿Quienes se encargan del mantenimiento del donante?

Hay un personal un medico y una enfermera que interviene, generalmente de cuidados intensivos o Emergencia donde esta el paciente, puede ser el mismo personal de servicio si no hay quien puedes traer de otra área, la cosa es que sea alguien que sepa manejar al paciente, o sepa manejar a un paciente critico, no es nada del otro mundo pero de todas maneras tiene sus partes o otras veces tienes que estar orientándoles, nosotros les orientamos.

Hasta a veces para sacar los urocultivo tenemos que estar atentos por que hemos tenido experiencia que en cuidados intensivos que le sacan de la bolsa y hubo una vez un rechazo por que la orina

salio patológica pero después al final se revirtió, por que al preguntar dijeron que lo habían sacado de la bolsa, mandamos nueva muestra y la orina salio normal, por eso tenemos que estar observando.

¿Existe rechazo por parte del personal para encargarse del mantenimiento del donante?

Si, y es alto. Ejemplo en las emergencias, primeramente Rebagliategui y Almenara, en emergencia tu llegas con el paciente, claro no todos no es un 100% pero la mayoría, te dan la espalda al menos Rebagliategui, el Almenara noto que tienen bien organizados los cuidados intensivos, tu llamas y el medico y la enfermera están bien organizados, allá tienen un equipo que vienen para el mantenimiento, pero si lo llevarías a emergencia nadie te hace caso, la mayoría no te colabora y cuando tu vas te dicen allí esta tu paciente, si ni siquiera esta en muerte cerebral pero ahí tienes a tu paciente, es tu paciente, pero al final no es mi paciente, es un paciente del área y si no dona pues no dona y si no esta en muerte cerebral tampoco es mi paciente y si así lo fuera es un paciente mas del área, pero no lo toman así; y es una pena, a mi me da mucha pena esas actitudes.

Y tienes que lidiar con el personal aun mas que con la familia, si tu vieras con el personal de Rebagliategui es terrible, y eso que yo soy de emergencia que me conocen, imagínate que sea otra colega que no conoce, que no saben quien es, a mi todos reconocen saben que yo trabajaba en emergencia y ahora trabajo en procura pero con eso aun me dan la espalda.

Llegas ahí y tu eres la que tienes que traer todo, nadie te ayuda,

no te reciben, te dicen: no se tu paciente será, el médico me da la espalda, no se, no se, y aquí en Rebagliategui no tienen organizados como allá en el Almenara aquí tienes que buscar, irte al médico para que te de una cama, hasta que coordines, es feo, no están organizados les falta.

Una vez no me querían ni recibir, lo que traía el médico, ósea la epicrisis de la transferencia el médico no lo quería firmar, yo lo tuve que firmar, yo no tenía que hacer eso, esta bien que yo lo traigo como donante de todas maneras el médico encargado del área de Shock Trauma es el que tiene que hacerlo pero no lo recibió, es una pena y me conocía el médico, me dio una impotencia, te sientes así frustrante y todo tienes que hacer nadie te da la mano. Y yo lo firme, yo lo traía y yo lo recibía, ¿que más podía hacer? Pero es así es bien difícil, negativo, bastante negativo, pero igual avanzamos, la gente como que llega un donante como que, le das un trabajo más, no se no quieren y si están con pacientes peor aún, si están con pacientes ya fuiste ya y si no pones la mano tu paciente se va.

El Minsa es igual, encuentras a un paciente que esta en muerte cerebral, no le dan nada, el goteo lo tienen como vía, paciente que te hace una poliuria severa de un litro por hora, seco, lo encuentras con insuficiencia ya renal y se acaba la dopamina y los sueros nadie lo miran es terrible, ósea no le dan importancia, un paciente que ya esta en muerte cerebral no les sirve

8. ¿cual considera UD que es su aporte personal al programa?

Es el estar, personalmente es que pienso que lo que hago ayuda

a los pacientes, ósea estoy ayudando a salvar vidas, eso es para mi lo principal por que tu sabes que de nuestro trabajo depende salvar muchas vidas entonces yo lo que haga o deje de hacer, estará repercutiendo en la vida de los seres humanos, que son los pacientes que están en espera de ser transplantados, específicamente eso y luego la principal función es ayudar a los pacientes que están en lista de espera para ser transplantados y al programa específicamente es eso.

9. ¿En que forma aporta su trabajo a la ciencia del cuidado de enfermería?

A la enfermería es un campo mas ganado, para nosotros se ha abierto un área mas para la enfermera.

Bueno al paciente nosotros cuidamos la parte física para que no se deterioren los órganos, específicamente es al cuidado, al no deterioro de los órganos que estamos muy al pendiente de eso, eso es básico por que depende del buen cuidado, del buen mantenimiento, el buen diagnostico de muerte encefálica, todo eso va hacer nuestro aporte por que un mal diagnostico repercute, trae una cola para que de repente las donaciones disminuyan. Segundo un mal mantenimiento, nosotros también estamos al tanto con el mantenimiento del donante, por que un mal mantenimiento repercute a un no buena evolución de ese transplante, de hecho va a tener problemas; una mala selección del donante igual va a repercutir en el donante ósea son puntos básicos que un poco tenemos que abarcar y estar bien pendientes de todo el proceso de la donación , entonces yo pienso que es muy grande nuestro aporte por que repercutiría en varias esferas si

nosotros no estamos al tanto.

El cuidado espiritual es a la familia, nosotros estamos evocados a la familia, la familia necesita mucha ayuda tanto en la parte emocional, espiritual y en la parte de necesidades no te puedo decir que, por que depende de cada familia tiene diferentes necesidades, de acuerdo a eso actuamos, de acuerdo a la necesidad de cada familia y específicamente de de repente personal y/o familiar, ejemplo estamos pidiendo la donación y se pone mal un familiar tenemos que brindarle ayuda entonces todo eso individual y familiar, ósea para nosotros cada miembro es algo que tenemos que estar viendo por ello, estamos pidiendo la donación, pero igual tu responsabilidad no deja de estar a la espera, a ellos si les pasa algo, tu eres personal de salud, están contigo y tu tienes que ayudarlos.

En caso del transplantado ya no estamos, nosotros estamos con la donación, el transplantado ya es otro equipo, ya nosotros estamos en entregar el órganos, con el donante, con la familia del donante, hasta entregar el cadáver y con los receptores ya no nosotros estamos, solamente para ver como evoluciona y darles, ósea decirles que nos alegra que estén bien, y muchas veces vamos a visitarlos, pero ya no trabajamos con ellos, es otro equipo de enfermeras que están a cargo

ANEXO E

TRANSCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS

Entrevista Informante Clave N° 3

1. ¿cuánto tiempo estuvo en la Unidad de PROCURA?

Yo estuve dos años en la unidad de PROCURA y dos años casi tres como coordinadora de trasplante de hígado, mi preparación fue muy importante, cuando hice PROCURA, por que entendí todo el ciclo hasta como llegaba el paciente al trasplante, yo maneje al paciente de pre trasplante de hígado, trans, en el momento del trasplante y en el post donde el paciente ya transplantado donde se tendría que manejar todo lo que era la inmuno supresión y todo lo que involucra la inmuno supresión del paciente, por lo tanto eso es muy importante para mi, y creo yo para todas las enfermeras. Eso fue en el año 998 hasta el 2003.

¿Por que se eligieron a las enfermeras a integrar parte de la Unidad de Procura y no otros profesionales de salud?

Dentro del programa también esta permitido, es mas, es muy importante la presencia del psicólogo; ¿que sucede? Creo yo que la enfermera tiene un punto muy importante, esta acostumbrada desde su formación profesional, PRE grado a trabajar en el aspecto psicológico del paciente, de los familiares y creo que somos las personas, que conjuntamente con el conocimiento de la patología y a su vez a través del manejo del tratamiento de la patología, podemos dar mejor

orientación, podemos comprender mejor al familiar, entonces el aspecto psicológico que debe desarrollar la enfermera es muy importante, así como el conocimiento de todo lo que le compete como parte de su profesión el aspecto psicológico es muy importante, ya que no solamente tiene que reflejarse esta madurez psicológico, emocional, con el paciente sino también en el trabajo en equipo que se lleva a cabo con todos sus colegas y con los otros grupos de profesionales

2. ¿Que condiciones debe de tener toda enfermera que desee entrar al Programa de Procura?

El conocimiento, es muy importante el conocimiento las unidades de los cuidados, de la prepararon que tenia la enfermera pero sobre todo tenia que tener cierto perfil de una seguridad emocional que podían permitirle en los que eran, muchas veces, momentos de mucha carga emocional, manejarse con serenidad, con bastante aplomo y tener bien puestos los objetivos que tenia planeado como parte del programa de PROCURA.

3. ¿Cómo se involucro en el programa de la donación de órganos?

Bueno la convocatoria fue hecha por el hospital, por la administración de ese tiempo, la gerencia del hospital que nos convoco a dos enfermeras del Centro quirúrgico y una enfermera de hospitalización, para poder tener la experiencia se nos capacito, en un tiempo de dos meses para poder tener toda la situación lista, para poder crear la primera unidad multidisciplinaria en el hospital almenara donde las enfermeras integrábamos por primera vez este programa de

donación de órganos.

¿Qué le motivo a entrar en el programa?

No solo me motivaba el hecho de estar en una unidad nueva, que tenía todo un futuro de lo que se refiere a enfermería sino que soy una convencida que la donación de órganos es la posibilidad de vida para otros seres y eso era un punto importante para que podamos estar convencidas de integrar este programa.

4. ¿Qué sentía cuando se entera de la existencia de un posible donante?

En realidad era una situación bastante, al inicio bastante extraña, ya que teníamos que indagar la situación del paciente, ver las condiciones propicias, si se consideraba un donante potencial, o simplemente era un paciente que iba a estar en UCI sin la posibilidad de donar. Era un sentimiento un poco de confusión, de querer seguir manteniendo a vida de este paciente, aun sabiendo que este paciente no tenía ya las condiciones para seguir viviendo, pero nos alentaba el pensar de que su vida iba a tener otra posibilidad de seguir trascendiendo en la vida de otro paciente,

5. ¿Qué experiencias positivas y negativas ha tenido con la familia del posible donante?

Las experiencias fueron muchas, por que dimos con esfuerzos conjuntos, con los médicos, con la asistente social, el psicólogo, ver que la vida de otro ser, se realizaba o solucionaba su problema de

salud y convertía sus posibilidades de vida en un hecho, y a la vez las experiencias negativas cuando veíamos desconsoladas de repente la posibilidad de una madre que perdía a un hijo con la esperanza de ver en su mente, en sus pensamientos, el recuerdo de su familiar que podía seguir viviendo en el cuerpo de otra persona.

6. ¿Que comentarios le merecía lo que dicen algunas enfermeras que el trabajo de Uds. es “desagradable”?

En realidad nos encontrábamos no solamente con la problemática de la negativa del familiar, sino también de la problemática de los otros profesionales que se encontraban en las UCI, como especialmente los intensivistas y no nos apoyaban en el sentido que no mantenían a los pacientes como posibles donantes, cuando se encontraban en muerte cerebral, entonces manejaban al paciente siempre en la búsqueda de la recuperación de la salud, de la vida y no entraba en sus esquemas, el tema de una donación donde el paciente tiene otro manejo, donde al paciente se le debe... reportar a estos eventos a los centros de PROCURA y poder tener un acercamiento al familiar para poder tener una donación.

No culpaba al grupo profesional en realidad por que lo que debemos hacer es concientizar a nivel no solo la población sino también de los trabajadores de salud. Por que en este tema se involucra a todo el grupo, a todo el equipo de salud, el medico, la enfermera, el técnico, ya debe estar preparado, pensando también en esta otra posibilidad que puede tener el paciente, en convertirse en un..., si se convirtió o se encuentra en muerte cerebral poder convertirse también en un posible donante, eso es un tema que en el

país debe trabajarse bastante, la ley esta dada para la posibilidad de la donación, pero todavía no esta bien reglamentada, la ley esta establecida pero la reglamentación todavía esta faltando, sobre todo introducir en el pensamiento del personal de salud de las Unidades de Cuidado, que la posible donación de órganos es un hecho.

7. ¿Qué significado para UD; participar en esta labor de la Unidad de Procura?

Una responsabilidad muy grande ya que como decía era la primera unidad multidisciplinario, donde la enfermera tenia que ocupar un espacio muy importante como lo hacen en otros países, donde la enfermera es la que comanda estas unidades de PROCURA; entonces era un reto importante, prepararse y capacitarse cada vez para poder detectar y mantener pacientes que eran en su posibilidad donantes potenciales.

8. ¿Cuál considero que era su aporte al desarrollo de la profesión de enfermería?

El aporte es que la enfermera que se integra a este grupo debe ser un profesional de enfermería tenga conocimientos muy cercano acerca del trabajo de cuidados intensivos, que tenga un conocimiento amplio de la técnica operatoria o tratamiento quirúrgico, y sobre todo desarrollar en la enfermera un factor psicológico muy importante en el manejo de los familiares de los posibles donantes.

9. ¿Cuál considera Usted que es su aporte personal al programa?

Bueno nosotras estábamos solo asignadas ha hacer... la PROCURA de órganos tiene niveles, o partes, o fases, la primera fase es la identificación de los posibles donantes, la segunda la clasificación, la tercera es ya el manejo del posible donante y tambien a su vez la comunicación con el familiar, solo se hace la comunicación con el familiar después que se haya recibido la información con el medico de la UCI, o de la unidad donde se encuentre, digamos shock trauma o otras unidades, que el paciente reencuentra en muerte cerebral.

Anteriormente el grupo solo hacia la identificación o la atención al familiar para pedirle la donación solo lo hacia el medico, es en este programa en este hospital ya la enfermera se había preparado en todo unas pautas que se establecen a nivel mundial para el abordaje del familiar, nosotras hacíamos el abordaje del familiar, tan igual o conjuntamente como lo hacia el medico, por que habíamos recibido todo una preparación, habíamos creado toda una red de información, para poder estar preparadas a este hecho ya que involucra muchos puntos no solamente el aspecto de conocimientos, si no también el aspecto psicológico que el familiar requiere para poder ser abordado y tomado el tema. Es algo difícil las enfermeras en esta unidad, tuvimos esa oportunidad de poner abordar a los familiares y cumplíamos de ese modo todo el ciclo, todas las fases de PROCURA, luego de la aceptación de la donación, traíamos al donante, potencial donante a los hospitales de remoción como es el hospital Almenara, por que los donantes podían estar en otros hospitales y los traíamos acá, através de unidades de alta complejidad de asistencia como son las ambulancias omegas, alfa omega y los transportábamos a los hospitales removedores, en este caso Almenara, y luego hacíamos la

entrega del paciente en la sala de operaciones y luego también atendíamos al familiar en el momento que había culminado la remoción, asistíamos al familiar para poder coordinar en todo la documentación se tenía que llevar, que tenía que hacerse y entregar aun donante al familiar en condiciones que no sean dolorosas para el familiar, eso es muy importante, entonces de ese modo creo que nuestro aporte fue muy bueno ya que la enfermera cubría todas las fases de proceso de donación y creo que en el tiempo que estuvimos las enfermeras en esta unidad de PROCURA se cumplió con todos los objetivos que nos habíamos trazado en nuestro inicio del trabajo.

10. ¿En que forma apporto su trabajo a la ciencia del cuidado de enfermería?

Como dice el cuidado de enfermería esta dado no solamente en el paciente, esta también a los familiares y a la comunidad y cumplíamos nosotros con todo este proceso ya que al paciente lo asistíamos en la UCI, a los pacientes que eran posibles donantes, a los familiares que como ya he mencionado, el familiar esta totalmente apoyado en este aspecto por la enfermera y a la comunidad cuando hacíamos el fomento del conocimiento acerca de la donación, nos encargábamos en ir a comunidades, como por ejemplo, lugares donde se juntaban, parroquias, en la parte de colegios y a su vez utilizábamos medios de difusión como la radio, televisión para incentivar a la población en general que la cultura de donación es una posibilidad de vida para otras personas; y de esa forma cubríamos todo el circulo donde la enfermera se desarrolla en sus cuidados.

¿Que motivo el cierre de la Unidad de PROCURA en este

hospital?

Bueno fueron muchas las razones, una me parece que fue el lineamiento orgánico de la institución que hizo que se descentralicé a nivel gerencial todo lo que era PROCURA por eso es que tenemos hoy dos colegas a nivel central, por que en realidad la PROCURA debe estar centralizada, toda en una sola unidad nacional, no siquiera de EsSalud sino a nivel del Ministerio, que es el ente que rige toda la normativa de lineamientos de salud en el país. Como por la experiencia de otros países solo debe existir una Unidad Nacional de Procura de órganos y una Unidad Nacional donde distribuyan los órganos a las diferentes listas de espera, de los diferentes órganos, por lo tanto este tema tiene que trabajarse todavía bastante en nuestro país, EsSalud es la única entidad todavía responsable de esto, por que el trasplante no solamente es donación, sino también el mantenimiento que es bastante caro en el país