



DONACIÓN DE ÓRGANOS EN ASISTOLIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

- Soler Martín, María. Enfermera especialista en pediatría. UCIP. Hospital Universitario Infantil Niño Jesús.
- Anguita Carrasco, Ángela. Enfermera especialista en pediatría. UCIP. Hospital Universitario Infantil Niño Jesús.
- Pérez Agustín, María. Enfermera especialista en pediatría. UCIP. Hospital Universitario Infantil Niño Jesús.

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



RESUMEN

Contexto

España es referencia internacional en donación y trasplante de órganos. En pediatría se cuenta con un número reducido de potenciales donantes de órganos, lo que ocasiona la búsqueda continua de alternativas para aumentar la posibilidad de donación, entre ellas la donación en asistolia controlada pediátrica.

La donación forma parte de los cuidados al final de la vida de los pacientes pediátricos. Se debe considerar tanto ante la muerte encefálica como tras la decisión de la adecuación de medidas terapéuticas, tras la cual se podría plantear la opción de la donación en asistolia controlada pediátrica después de certificar la muerte por criterios circulatorios y respiratorios.

Presentación del caso

Se expone el caso de un paciente varón de 12 años, con diagnóstico de daño cerebral adquirido tras encefalitis a los 3 años que, tras un proceso respiratorio, se encuentra en situación de final de vida.

Ingresa en la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos tras decidir donación y no fallecer en domicilio, durante un empeoramiento en su estado de salud. Posteriormente, se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) para recibir cuidados intensivos orientados a la donación.

Se desarrollan los cuidados de enfermería, tanto al niño como a la familia, y se describen los principales diagnósticos de enfermería, así como los resultados e intervenciones que se llevan a cabo.

Conclusiones

La donación en asistolia controlada pediátrica se presenta como una valiosa oportunidad para aumentar el número de potenciales donantes, hay estudios que sugieren que esta técnica podría aumentar el número de donaciones pediátricas en nuestro país en un 20-58%.

Las enfermeras juegan un papel trascendental, ya que los cuidados del paciente pediátrico donante de órganos en la UCIP son de gran complejidad y adquieren un nivel muy importante para el éxito de la donación. Así mismo, se hace indispensable los cuidados a la familia, especialmente apoyo emocional y acompañamiento.

Palabras claves

Donación de órganos; Trasplante; Asistolia; Pediatría; Cuidados de enfermería

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



CONTEXTO

España es referente mundial en trasplante de órganos, con las mayores tasas de donación y las menores de negativa familiar ^(1, 2). Esto se debe a la implementación de un modelo de gestión altamente efectivo en la identificación de oportunidades de donación y en la conversión de posibles donantes en donantes eficaces ⁽³⁾.

Sin embargo, dentro del ámbito de la donación pediátrica, nos encontramos con ciertos obstáculos, tales como, de forma afortunada, la baja mortalidad infantil y, que la evolución a muerte encefálica es excepcional en este grupo de edad ⁽¹⁻³⁾. Esto lleva a la búsqueda de alternativas para elevar el número de órganos disponibles, con lo que la aplicación de protocolos de Donación en Asistolia Controlada (DAC) sería una opción. La DAC podría aumentar de forma significativa el número de donantes y trasplantes, lo que beneficiaría no sólo a la población pediátrica, sino también a la adulta. Según estudios publicados en países con tasas de mortalidad infantil similares a las de España, se estima que la DAC puede incrementar la donación pediátrica en un 20-58% ⁽²⁻⁴⁾.

En relación con esto, el Plan Estratégico Nacional en Donación y Trasplante de órganos 2018-2022, estableció como objetivo específico fomentar la donación pediátrica, planteando como acción número 31 el desarrollo de recomendaciones nacionales en donación pediátrica, tanto en asistolia como en muerte encefálica ^(1, 3, 5).

DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA (DAC)

La donación en asistolia es aquella que tiene lugar a partir de personas fallecidas tras una parada cardiorrespiratoria (PCR). En 1995, en la ciudad de Maastricht, se definieron cuatro categorías para este tipo de donante, que posteriormente fueron actualizadas en 2013 ⁽³⁾.

La DAC, o tipo III de la clasificación de Maastricht, se refiere a la donación a partir de personas que fallecen tras una Adecuación de Medidas Terapéuticas (AMT) por no considerarse beneficiosas para el paciente ⁽³⁾.

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



CATEGORÍA	TIPO DE DONACIÓN EN ASISTOLIA	DESCRIPCIÓN
I	No controlada	Lugar del fallecimiento: IA. Extrahospitalario IB. Intrahospitalario Parada cardiaca inesperada sin maniobras de resucitación. Sólo donante de tejidos, no valorable como donante de órganos.
II	No controlada	Parada cardiaca presenciada: IIA. Extrahospitalaria IIB. Intrahospitalaria Parada cardiaca inesperada con maniobras de resucitación infructuosas.
III	Controlada	Retirada de medidas de soporte vital. Parada cardiaca esperada.
IV	Controlada / No controlada	Parada cardiaca tras diagnóstico de muerte encefálica. Parada cardiaca inesperada durante el mantenimiento.

Como ya se ha mencionado anteriormente, se estima que el potencial de DAC está en torno al 20-58%, siendo de un 9-20% en las UCIP y un 8-36% en las UCIN. Sin embargo, la DAC es una práctica poco habitual en el mundo y en nuestro país, lo que se debe a que implica un protocolo de actuación específico que puede suscitar problemas éticos y dificultades técnicas ⁽³⁾.

Se consideran potenciales donantes en asistolia controlada tipo III de Maastricht aquellos pacientes sin contraindicaciones aparentes para la donación en los que, por su patología y su evolución, se ha decidido AMT, y en los que se espera que, tras la retirada de medidas soporte vital, se produzca el cese de la función circulatoria y respiratoria en un periodo de tiempo compatible con la donación de órganos ⁽¹⁻³⁾.

Dentro de este grupo, la mayoría de los potenciales donantes son:

1. Pacientes con patología neurológica grave, con un pronóstico funcional catastrófico y cuya evolución a muerte encefálica no es previsible.
2. Pacientes con patologías respiratorias y/o cardiológicas con evolución y pronóstico desfavorables, en los que las medidas de soporte han resultado ineficaces ^(2,3).

La DAC se diferencia de la donación en muerte encefálica principalmente en que el donante fallece tras parada cardiorrespiratoria una vez retiradas las medidas de soporte vital después de decidir AMT, mientras que la muerte encefálica implica el cese irreversible de la función cerebral. Esto supone que la entrevista familiar para donación de órganos se realice de forma previa al diagnóstico de la muerte en la DAC (tras la decisión y aceptación de la familia de AMT) y, por lo general, a posteriori en la muerte encefálica. Por otro

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023

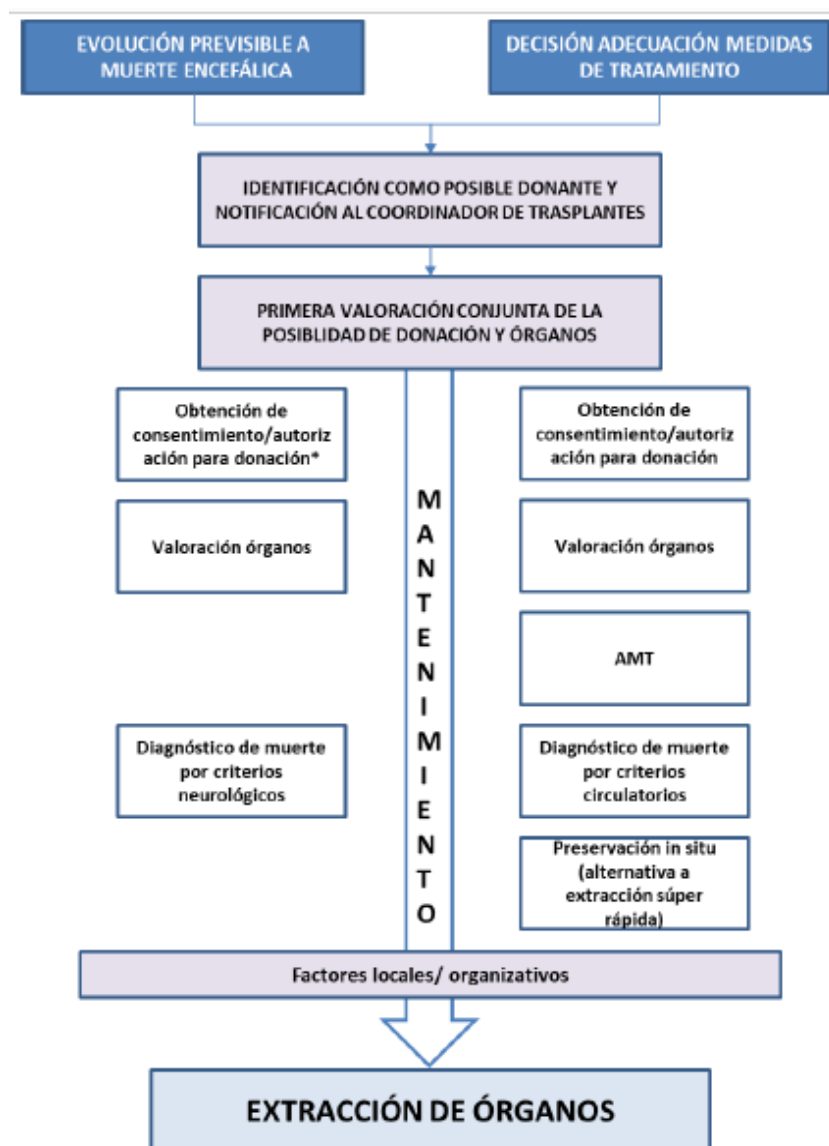


lado, en la DAC existe un tiempo de isquemia caliente que puede comprometer la viabilidad de los órganos para trasplante, mientras que no se presenta en la muerte encefálica ^(1,3).

PROCESO DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA

Con el objetivo de estandarizar, optimizar e incrementar la donación pediátrica en España, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y la Asociación Española de Pediatría (AEP), desarrollan en 2020 un documento con las Recomendaciones Nacionales sobre donación pediátrica. En este documento se elaboran guías de actuación para el desarrollo del proceso de donación, tanto en asistolia controlada, como tras muerte encefálica ⁽³⁾.

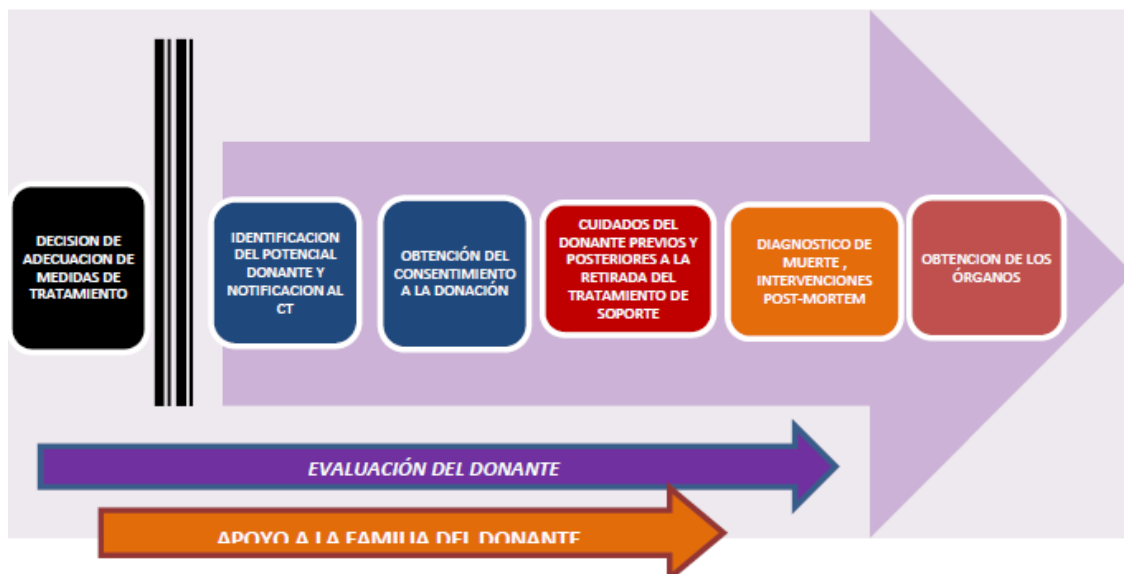
La DAC requiere de un proceso estructurado, que se describe de forma simplificada a continuación.



Fuente: ⁽³⁾

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



Fuente: ⁽³⁾

Adecuación de medidas terapéuticas (AMT)

La AMT no se considera como un primer paso de la DAC, ya que se debe iniciar previamente al proceso de donación.

Se conoce como adecuación de medidas terapéuticas a la retirada, ajuste o no instauración de uno o varios tratamientos cuando la situación clínica y el pronóstico de vida limitada de un paciente así lo aconseje y se haya llegado a ese acuerdo con los representantes legales del paciente. La AMT supone aceptar la irreversibilidad de una enfermedad en la proximidad de la muerte y la conveniencia de abandonar las terapias que mantienen artificialmente la vida, manteniendo las de tipo paliativo. Es considerado como buena práctica clínica y es una obligación moral y normativa de los profesionales ^(2,3).

Sólo una vez decidida y aceptada la AMT, es cuando se debe notificar el caso al Coordinador de Trasplantes, para que este plantee la posibilidad de la donación de órganos, sabiendo que sólo es posible contemplar la donación cuando la AMT se realiza en la UCIP, UCIN o quirófano ⁽³⁾.

1. Identificación del potencial donante:

Identificar a un posible donante es el primer paso necesario para que se desarrolle de forma eficaz el proceso de donación, siendo los principales responsables los profesionales sanitarios de la UCIP. Se debe tener en cuenta la posibilidad de donación en asistolia controlada cuando se decide la AMT ^(1,3).

Una vez identificado al donante potencial, se debe comunicar al Coordinador de Trasplantes de manera precoz. El Comité de Trasplantes será el encargado de preparar la entrevista de la donación y de contactar con la ONT para evaluar las opciones de donación. Además, en caso de que fuera

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



necesario, también será el encargado del traslado del posible donante a un centro autorizado para la realización del proceso ⁽³⁾.

Se debe tener en cuenta que el Coordinador de Trasplantes es quien evalúa al posible donante, teniendo en cuenta toda la información del niño, por ello es importante que los facultativos no descarten la opción de la donación sin haber consultado previamente con el mismo ⁽³⁾.

2. Obtención de consentimiento:

Tras una primera valoración por parte del Coordinador de Trasplantes éste, junto con el equipo que atiende al niño, realizará una entrevista familiar, con el fin de determinar si la donación de órganos es coherente con los valores del niño y su familia. En caso afirmativo, se informará de cómo se lleva a cabo y se desarrolla la DAC ^(2, 3).

Se hace imprescindible informar de algunos aspectos, como son:

- La posible necesidad de trasladar al niño a quirófano para la retirada de las medidas de soporte vital, que de forma habitual es lo más común.
- Dónde y cuánto tiempo dispondrá la familia para despedirse del niño.
- La posibilidad de que no se pueda llevar a cabo la extracción de órganos, debido a que el fallecimiento no se produzca en un tiempo compatible. En caso de que esto ocurriera, el niño volvería a la UCI o a una sala de hospitalización, manteniendo las medidas de confort y sedación hasta que se produzca el fallecimiento.
- La oposición a donar, que puede ser general o específica para un órgano o tejido. Esta opción será respetada, y quedará reflejada en el documento de consentimiento a la donación.
- La duración que tendrá la extracción de órganos y tejidos, así como del aspecto que tendrá el cuerpo de su hijo tras la intervención.

3. Cuidados intensivos orientados a la donación:

La donación de órganos en pediatría se realiza en una unidad que pueda ofrecer medidas de soporte vital, monitorización continua y acompañamiento familiar. Es por ello que será necesario el ingreso en una unidad de cuidados intensivos, ya que el potencial donante necesitará la realización de intervenciones, procedimientos y cuidados invasivos y de complejidad ^(1, 3, 4). Debido a la importancia de esto para el personal de enfermería, se tratará en un apartado propio.

El objetivo primordial de los Cuidados Intensivos orientados a la donación es proporcionar los cuidados y tratamientos necesarios para evitar el dolor, la ansiedad y el sufrimiento psicológico y físico mediante la sedación y la analgesia que aseguren el bienestar del niño. Estos incluyen un conjunto de pruebas diagnósticas y medidas de tratamiento necesarias para evaluar la idoneidad del posible donante y, en caso de serlo, para que los distintos órganos y tejidos sean aptos para el trasplante ⁽³⁾.

Para saber si un niño puede ser donante de órganos y tejidos es necesaria la realización de pruebas diagnósticas, que indiquen los órganos y tejidos que son válidos para la donación. Las pruebas habituales son radiografías, ecografías, TAC y análisis de sangre y orina. El tiempo necesario para llevarlas a cabo y conocer los resultados se estima entre 24-48 desde el ingreso en UCI. De igual

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



forma, se requiere el inicio y aplicación de tratamientos que tienen como objetivo mantener los órganos funcionantes, de forma que puedan ser trasplantados a posteriori.

Dado que se requiere asegurar una adecuada ventilación y oxigenación, en caso de que el niño no esté recibiendo ventilación artificial, será necesaria la intubación orotraqueal programada, con posterior conexión a un respirador. En el caso de que el niño se encuentre en su domicilio, a cargo de cuidados paliativos, la intubación será valorada antes del traslado por el médico del servicio de emergencias extrahospitalario ⁽³⁾.

Además, puede ser necesaria la canalización de catéteres venosos o arteriales, principalmente en femorales, antes o después del fallecimiento. A través de estos catéteres, tras el fallecimiento del niño, circulará sangre y se administrarán líquidos impulsados por una máquina con el fin de que los órganos se preserven de forma óptima ⁽³⁾.

Como tratamiento farmacológico, se emplea de forma habitual la heparina, con el fin de prevenir la formación de coágulos dentro de los vasos sanguíneos que impedirían el posterior trasplante de los órganos ⁽³⁾.

Además de los cuidados propios de enfermería, se describen unos cuidados ante-mortem, que incluyen todas aquellas medidas que se realizan para facilitar la DAC ⁽³⁾. Entre ellas se encuentran:

- El traslado del paciente a quirófano:
 - Antes del traslado, se debe asegurar la correcta preparación del equipo quirúrgico.
 - El traslado del niño se realizará con monitorización continua de ECG, presión arterial invasiva, saturación de oxígeno, capnografía y temperatura. Preferiblemente será el pediatra responsable del paciente durante su estancia previa en UCI, quien acompañe al niño al quirófano.
 - Se ofrecerá a la familia la opción de despedirse del paciente una vez se encuentre en el antequirófano o en el mismo quirófano antes de proceder a la RMSV. La familia permanecerá, si lo desea, hasta el diagnóstico de muerte.
- La administración de fármacos para mejorar la viabilidad de los órganos.
- La realización de técnicas invasivas, como canulación de grandes vasos o realización de fibrobroncoscopia.

Para cada una de las intervenciones se debe realizar un consentimiento específico, que es independiente al de la donación. Previo al consentimiento, se debe explicar a los padres en qué consisten estas intervenciones, los riesgos de las mismas y que su objetivo es mejorar la viabilidad de los órganos destinados al trasplante.

4. Diagnóstico de muerte e intervenciones postmortem:

El equipo de UCIP, ajeno al proceso de donación, será el que certifique el fallecimiento. En España, según lo establecido en el Real Decreto 1723/2012 en el Anexo I, el diagnóstico de muerte por criterios circulatorios y respiratorios se basa en la constatación, de forma inequívoca, de ausencia de circulación y respiración espontáneas, ambas durante un período no inferior a cinco minutos ^(1, 3).

5. Obtención de órganos:

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



El equipo quirúrgico seleccionará la técnica para la extracción de órganos y tejidos. Una vez obtenidos los órganos, serán preservados y se llevará a cabo el transporte. Durante este proceso es muy importante cuidar la imagen del cuerpo del niño ^(2,3).

En caso de que no se produzca la parada cardiorrespiratoria en el periodo establecido de 120 minutos tras la RSV, se debe interrumpir el proceso de donación de órganos y se continuará con los cuidados al final de la vida ⁽²⁾.

De forma transversal a este proceso, se hace indispensable el cuidado y apoyo a la familia, del cual, dada su importancia, trataremos posteriormente.

DONACIÓN EN EL CASO DE NIÑOS EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

La donación en pacientes a cargo de cuidados paliativos es posible, siempre y cuando los padres o tutores o el paciente, si es considerado capaz intelectual y emocionalmente, lo expresen y se reiteren en la decisión a lo largo de la evolución de la enfermedad ⁽³⁾.

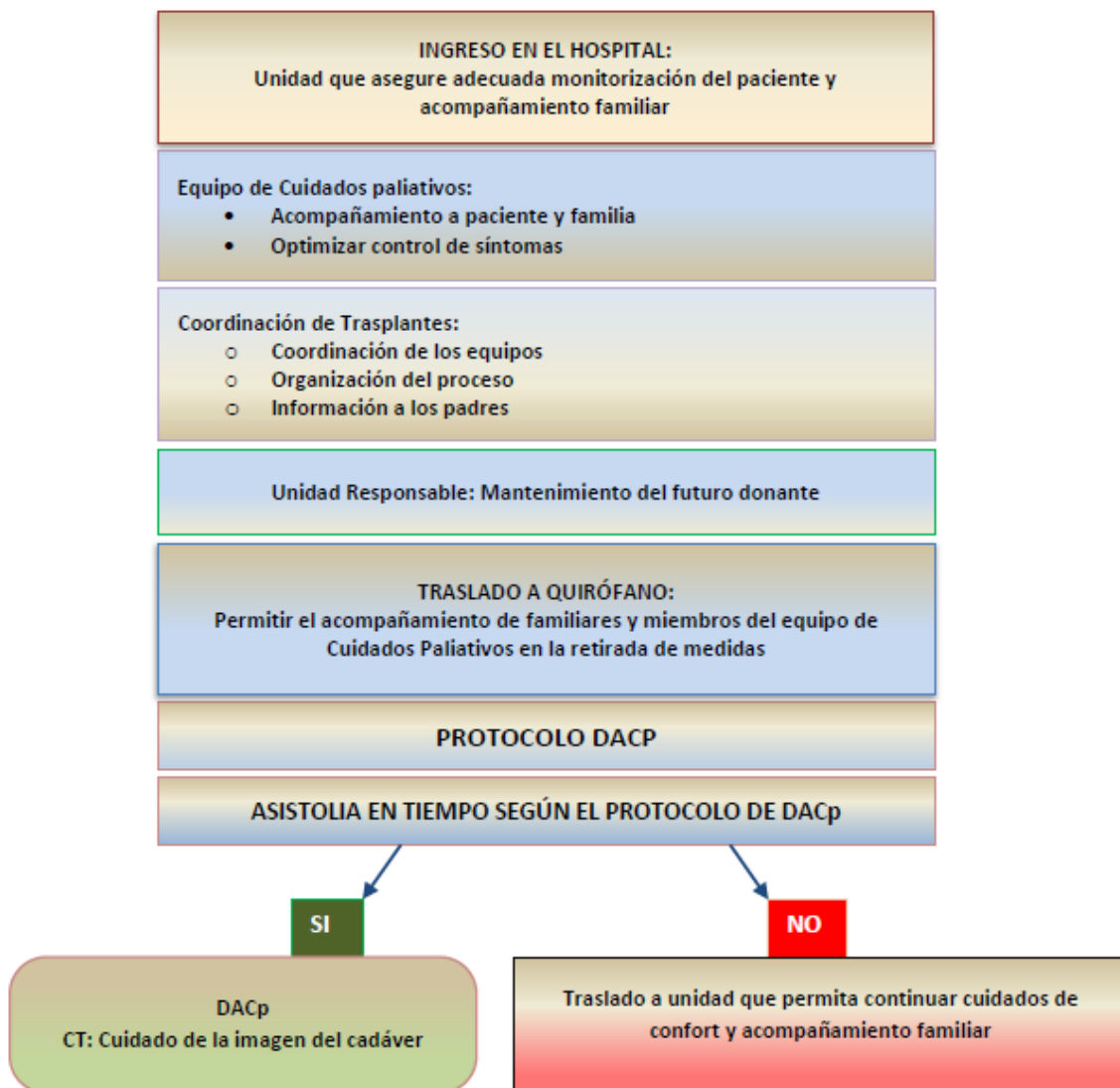
Al igual que ocurre en la DAC, es posible la donación en todas aquellas enfermedades neurológicas graves que conlleven irremediamente la muerte del paciente y que no constituyan contraindicaciones médicas para la donación. Dentro de las patologías que permiten plantear la DAC en los niños ingresados a cargo de cuidados paliativos se encuentran enfermedades neuromusculares y encefalopatías graves ⁽³⁾.

De igual forma que se ha descrito anteriormente, la AMT será previa a la DAC y será necesaria la evaluación por el Comité de Trasplantes del posible donante. Una vez el Comité haya dado como favorable la evaluación, si la familia reitera el deseo de donación, el niño será trasladado a un centro autorizado en el momento en el que se presente una situación de alto riesgo vital. El traslado del niño al centro autorizado se realizará en ambulancia medicalizada, a cargo de los profesionales con las competencias suficientes para asegurar el confort y monitorización del paciente durante el traslado. Una vez en el centro, será necesario el ingreso en una unidad que pueda ofrecer medidas de soporte vital, monitorización continua y acompañamiento familiar ⁽³⁾.

Si es posible y lo desea la familia, se debe facilitar el acompañamiento por parte de los miembros del equipo de paliativos durante todo el proceso, incluido durante la retirada de medidas soporte vital en el quirófano ⁽³⁾.

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



Fuente: ⁽³⁾

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE Y SU FAMILIA EN LA DAC

Los cuidados de enfermería ante un potencial donante de órganos irán dirigidos a la realización de intervenciones para el mantenimiento fisiológico y adecuada perfusión de los órganos, priorizando el soporte respiratorio y hemodinámico. Es por ello, que se requiere el ingreso en unidades de cuidados intensivos, que aseguren la posibilidad de ofrecer medidas de soporte vital, monitorización continua y acompañamiento familiar ⁽³⁾.

El cuidado de enfermería es el habitual para un paciente crítico pediátrico intubado, entre los cuidados principales, se debe mantener cabecero elevado, comprobar y mantener una presión adecuada del balón del neumotaponamiento, realizar de forma cuidadosa y estéril la aspiración de secreciones respiratorias, llevar a cabo de forma estéril todos los procedimientos invasivos, proporcionar cuidados de la piel, como hidratación y movilización para evitar lesiones por presión o cizalla y realizar cuidados oculares habituales para prevención de úlceras corneales ⁽³⁾.

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



Se debe destacar la importancia de un óptimo mantenimiento óptimo de las córneas, basado en oclusión ocular correcta, manteniendo los párpados cerrados y aplicando frío y realizando instilaciones de colirios o soluciones lubricantes ⁽³⁾.

En lo referente a la monitorización, de forma general se deberá asegurar la estabilidad hemodinámica, respiratoria y metabólica. Los principales parámetros a monitorizar son ⁽³⁾:

- ECG continuo: Frecuencia cardiaca, ritmo sinusal.
- Presión arterial invasiva.
- Sondaje vesical y diuresis horaria.
- Temperatura corporal.
- Presión venosa central.
- Pulsioximetría continua.
- Gasometrías y bioquímicas seriadas.
- Monitorización del gasto cardiaco.

Por otro lado, como profesionales de enfermería nos debemos asegurar que el niño disfrute de estar acompañado por su familia, de un ambiente lo más tranquilo posible (proporcionando una habitación individual si es posible, disminuyendo el volumen de alarmas, evitando ruidos innecesarios) y de la intimidad necesaria para despedirse, retirando todas las medidas de monitorización o dispositivos que no sean imprescindibles para informar sobre la situación hemodinámica y respiratoria. Estas medidas se deben asegurar de igual forma durante el traslado del niño al centro acordado, en el caso de que el niño se encuentre en hospitalización domiciliaria a cargo de cuidados paliativos ⁽³⁾.

En relación a los profesionales de enfermería, la realización de estos cuidados puede suponer cierto desasosiego moral o emocional, ya que los cuidados al final de la vida en los niños donantes en asistolia pueden sufrir algunas restricciones. Un ejemplo de ello, puede ser la permanencia de un número más amplio de familiares, de forma más privada y sin una limitación específica en el tiempo para la despedida; que en el quirófano puede suponer una restricción a dos familiares, rodeados de un amplio equipo interdisciplinar y en un ambiente frío como el de quirófano. Por otro lado, los niños candidatos a DAC, se someten a un mayor número de intervenciones, como extracción de analíticas, técnicas invasivas o pruebas diagnósticas, que en el caso de los niños que reciben cuidados paliativos se ven disminuidas o suspendidas con el objetivo de conseguir el mayor confort posible ⁽³⁾.

Sin embargo, al contrario que los profesionales sanitarios, las familias que han decidido donar suelen entender bien que la RMSV debe hacerse en quirófano, y la necesidad de realizar procedimientos o tratamientos para facilitar el trasplante. Es por ello que aceptan y asumen estos inconvenientes, porque tienen la convicción de que lo mejor que podría ocurrir es que los órganos de su hijo fueran trasplantados con éxito. Es por esto, que algunos estudios determinan que la donación puede beneficiar a la familia, al brindarles una opción que confiere cierto sentido a la pérdida de su hijo, dejando un legado de vida para otras personas y que, al constituir un acto altruista, ayuda a contrarrestar la tragedia de la muerte prematura de un hijo ⁽¹⁾.

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



CUIDADOS ENFOCADOS A LA FAMILIA

Todos los cuidados que se realicen se deben prestar bajo el paradigma de los cuidados centrados en la familia, teniendo como unidad de cuidados el tándem niño familia, incorporando a la misma en los cuidados y otorgándoles un rol activo en el cuidado de su hijo ⁽³⁾.

Además, es de especial relevancia asegurar unos cuidados que mantengan el confort del niño y su familia, con intervenciones dirigidas al acompañamiento, apoyo emocional y facilitación del duelo ⁽³⁾.

Los profesionales sanitarios implicados en los cuidados al final de la vida en unidades de críticos han reconocido en numerosos estudios conflictos morales y emocionales en relación a los cuidados que proporcionan a los niños durante el periodo de transición que va desde el planteamiento de la AMT hasta la RMSV. Refieren sentimientos contradictorios, como culpa al tener que administrar tratamientos o realizar técnicas a un niño todavía vivo con el objetivo de que sus órganos sean viables para trasplante ⁽³⁾.

La información que se proporciona a la familia adquiere gran importancia, esta se debe conceder desde el inicio del proceso y mantenerla a lo largo del mismo. El coordinador de trasplantes debe explicar con antelación las fases del proceso de DAC, concretando algunos aspectos importantes, como es el tiempo que tendrán para despedirse, cómo se llevará a cabo la retirada de medidas de soporte vital y que es posible que el exitus del niño no se produzca en un tiempo compatible con la DAC, en cuyo caso, se realizará el traslado del niño y se continuará con cuidados de confort hasta el momento de su fallecimiento. De igual forma, se ha de informar de las posibles complicaciones que pueden surgir a lo largo del proceso, que pueden conllevar al fracaso de la donación, entre ellas se incluyen la aparición de complicaciones médicas, la no viabilidad de los órganos tras inspeccionarlos o dificultad de extracción de los órganos ^(2, 3).

Además, como se ha mencionado previamente, se facilitará a la familia el acceso al quirófano, para que puedan acompañar y despedirse del niño, siempre y cuando ese sea su deseo ⁽³⁾.

El apoyo emocional a la familia, tanto en la estancia en cuidados intensivos, como en quirófano y posteriormente en el duelo, se considera indispensable, y se debe realizar adaptándolo a sus necesidades, creencias y preferencias, pudiendo requerir colaboración de psicólogo, psiquiatra o asesor espiritual ⁽³⁾.

RETIRADA DE MEDIDAS DE SOPORTE VITAL (RMSV)

Durante la retirada de medidas de soporte vital es imprescindible proporcionar unos cuidados paliativos óptimos, centrados en el bienestar del paciente y su familia. El niño debe recibir los cuidados y tratamientos necesarios para evitar el dolor y el sufrimiento, administrando la analgesia y sedación que precise para asegurar su bienestar y confort. La muerte debe ser lo más humana y digna posible, y hay que asegurar a la familia que será así ⁽²⁾.

La retirada del tubo traqueal, la asistencia respiratoria y otras medidas de soporte vital se realizarán en quirófano, o de forma excepcional en la unidad de cuidados intensivos, con la sedación y la analgesia que sean necesarias para garantizar el confort del niño. Es por ello que es fundamental adecuar la zona quirúrgica para que se pueda realizar la RMSV garantizando unos cuidados paliativos óptimos y un soporte familiar adecuado ^(2, 3).

La RMSV se realizará con el protocolo de AMT del centro, que deberá contar con la aprobación del comité de ética asistencial. El niño recibirá los cuidados, analgesia y sedación necesarios para asegurar su bienestar y

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



confort. Preferiblemente, el equipo asistencial de intensivos que ha atendido al paciente será quien realice la RMSV, ya que es quien ha mantenido relación con el niño y su familia durante el ingreso. Por otro lado, el equipo quirúrgico, ya preparado, debe permanecer fuera de quirófano, permitiendo el acceso libre de los padres y del equipo de cuidados intensivos, esperando a que el coordinador de trasplantes indique el inicio de la cirugía ^(2, 3).

Como ya se ha mencionado el objetivo de la sedación y la analgesia durante la RMSV debe ser asegurar el confort y bienestar del paciente al final de la vida. En ningún caso estas medidas deben tener como objetivo acelerar la parada cardíaca ⁽²⁾.

Independientemente del lugar donde se lleve a cabo la retirada de soporte vital, la familia debe tener la opción de estar presente durante la misma y hasta la determinación de la muerte del niño, siendo un deber de los profesionales facilitar y fomentar esta medida. Se debe permitir a los padres permanecer ese tiempo con su hijo, procurando un ambiente privado y tranquilo. Se debe facilitar que estén a su lado, lo cojan en brazos si así lo desean y, en caso de neonatos, ofreciendo el contacto piel con piel. En caso de que existiera conflicto de intereses entre cumplir los objetivos de donación y unos cuidados paliativos óptimos, siempre debe prevalecer el cuidado del niño que muere ^(2, 3).

Si la familia no quiere o no puede participar en los últimos cuidados, se le asegurará que el niño permanecerá acompañado hasta el desenlace final. Es importante cuidar y consolar a la familia en la medida de lo posible, atendiendo a sus necesidades culturales y espirituales, así como respetar los probables momentos de rabia, dolor, pesar o angustia ⁽²⁾.

Es importante aclarar que no se puede predecir el tiempo que transcurrirá desde la retirada de todos los tratamientos hasta el fallecimiento. Si ese tiempo fuera demasiado prolongado, existe la posibilidad de que el niño no pueda donar los órganos, aunque se mantendría la posibilidad de donación de tejidos. Si esto ocurriera, se continuarían todas las medidas de tratamiento encaminadas a asegurar el bienestar y confort del niño, como son la sedación y analgesia y acompañamiento familiar, buscando el lugar más idóneo del hospital para mantener los mejores cuidados paliativos de final de vida. Previo al traslado del paciente, el coordinador de trasplantes se asegurará de la retirada de drenajes, monitorización, sondas o cánulas destinadas a la preservación de los órganos para la donación. Se mantendrá una única vía venosa que permita administrar medicación. Tras la retirada de los dispositivos, se deberá tener especial cuidado, presionando sobre las zonas de punción para evitar sangrados ⁽³⁾.

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



PRESENTACIÓN DEL CASO

INTRODUCCIÓN Y VALORACIÓN

Este caso clínico se basa en un paciente de 12 años, que presenta daño cerebral adquirido tras sufrir en 2015 una romboencefalitis, produciendo en él un estado de mínima consciencia y tetraparesia espástica-distónica. A lo largo de estos años, sufre broncoespasmos de repetición con mal manejo de secreciones, disfagia, que requiere realizar una gastrostomía, y padece vejiga neurógena. En 2019, sufre crisis epilépticas tónico-clónicas generalizadas. Dado su empeoramiento clínico progresivo, en mayo de 2022 ingresa en la Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica (UAIPP) del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús.

El paciente vive junto a su familia en un piso amplio, en un pueblo del norte de Madrid. El piso está adaptado al niño, aunque no disponen de grúa. El padre en el momento actual teletrabaja y la madre es la cuidadora principal; tiene una hermana de 22 años realizando estudios universitarios, relacionados con el ámbito sanitario. El niño está escolarizado en un centro de educación especial. A su vez, tienen concedida ayuda a la dependencia y discapacidad.

El 13 de noviembre de 2022, el paciente y su familia son visitados en el domicilio por la UAIPP, que observan y comentan con los padres el empeoramiento clínico del niño, pudiendo estar cerca el fin de vida. Al finalizar dicha visita, los padres manifiestan interés en que su hijo sea donante de órganos. El equipo de UAIPP les comenta que sí sería posible, les informan del proceso de DAC y que sería necesario el ingreso hospitalario para el mismo.

A la mañana siguiente, los padres contactan telefónicamente con la UAIPP tras percibir un empeoramiento generalizado, con escasa respuesta a estímulos y saturación de oxígeno de 85% a pesar de oxigenoterapia. Tras ello, el equipo y la familia deciden trasladar al niño al Hospital Universitario Infantil Niño Jesús.

Al ingreso en el hospital, los padres verbalizan nuevamente el interés en que su hijo sea donante de órganos, por lo que la UAIPP realiza una interconsulta a cuidados intensivos y la coordinadora de trasplantes. Una vez valorado por todo el equipo, se confirma que el paciente está en fase de agonía; se habla con los padres, se explica el procedimiento que se llevará a cabo, los padres entienden la información y se prepara el traslado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos. En la sala de hospitalización, se canaliza acceso venoso periférico y sondaje vesical, tras ambas técnicas se extrae analítica completa de sangre, hemocultivo y muestra de orina.

El traslado a la UCIP se realiza con monitorización continua de la saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca, precisando aporte de oxígeno a través de una mascarilla reservorio a 15 litros, manteniendo saturaciones en torno a 90-92%.

Una vez trasladados a la UCIP, y tras la presentación del equipo interprofesional que cuidará al niño, se inician los cuidados intensivos orientados a la donación. Los padres son informados de los mismos, que aceptan y manifiestan el deseo de que su hijo no padezca dolor o sufrimiento.

Al igual que en cualquier paciente crítico pediátrico, se procede a la monitorización.

Dado que el equipo de UCIP ya estaba informado, se había preparado un box individual para proporcionar los cuidados orientados a la donación. Puesto que ya se conocía la necesidad de intubación y de ventilación

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



mecánica invasiva, el equipo disponía de todo el material para intubación, así como la medicación necesaria y el respirador.

Se realiza intubación endotraqueal con un tubo del 6,5 con balón, enrasado a 19 cm en comisura labial, bajo sedoanalgesia y relajación, con administración de propofol, fentanilo y rocuronio. Se conecta al paciente a ventilación mecánica invasiva, en modalidad volumen control regulado por presión, con FiO₂ de 30%, manteniendo saturaciones de oxígeno por encima de 98%. Se coloca capnógrafo y sistema de aspiración cerrada de secreciones. Se realiza radiografía de tórax de control, donde se objetiva adecuada colocación del tubo endotraqueal (TET). Se realizan aspirado de secreciones por TET, siendo abundantes, espesas y de aspecto blanquecino.

A nivel hemodinámico, se encuentra afebril. Presenta tendencia a hipotensión y taquicardia. Precisa expandir en dos ocasiones con suero salino fisiológico (SSF) a 10 cc/kg. No precisa inotrópicos. No se observan signos de sangrado.

Neurológicamente, se mantiene sedoanalgesiado por perfusiones continuas de Fentanilo y Midazolam, sin precisar bolos. Se observa al niño confortable. No se observan signos ni síntomas de dolor. Se inicia monitorización con BIS, manteniendo valores en torno a 40. Pupilas medias-mióticas, reactivas lentas e isocóricas. No se observan crisis ni movimientos anómalos.

Se mantiene a dieta absoluta. La gastrostomía se deja abierta a bolsa, y únicamente se mantiene cerrada tras administración de medicación habitual. Se inicia sueroterapia a necesidades basales.

Porta sonda vesical, permeable, con diuresis mantenida. No realiza deposición.

En referente a la piel, se encuentra pálido, con aspecto pajizo. Presenta una lesión por presión en la oreja derecha. Tras el ingreso, se realizan cuidados de piel, con aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), movilizaciones y cambios posturales. Se inicia el cuidado de ojos, especialmente enfocado a la donación de córneas, se administran colirios y pomada lubricantes cada dos horas. Se ofrece a la familia la posibilidad de colaborar en los cuidados de su hijo, a lo que acceden agradecidos.

Tras el ingreso, se canaliza acceso venoso central de acceso periférico y arteria radial izquierda.

Se realizan pruebas complementarias como radiografía de tórax, ecocardio y analítica completa. Además, se realizan controles gasométricos de forma frecuente.

Los padres se encuentran tranquilos y colaboradores, muy pendientes de su hijo y realizan muestras de cariño y afecto continuas al niño. Preguntan sobre la posibilidad de que la hermana pueda estar también acompañando, a lo que el equipo accede. Se facilita el acompañamiento por parte de padres y hermana y se proporciona intimidad.

Se continúan realizando los cuidados orientados a la donación sin incidencias.

A las 24 horas del ingreso: Neurológicamente y a nivel respiratorio se mantiene sin novedades. A nivel hemodinámico, se encuentra más bradicárdico, y mantiene tendencia a hipotensión, aunque no precisa inotrópicos. Se canaliza nuevo acceso venoso central, con administración de bolos de sedoanalgesia. Por diuresis justas, precisa administrar un bolo de Furosemida. Se realizan pruebas complementarias.

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



Acude la UAIPP y se realiza, junto con el equipo de UCIP y la coordinadora de trasplantes, una sesión con los padres del niño, en la que se explica de nuevo el proceso de DAC y cómo se llevará a cabo. En la sesión la hermana no quiere participar, se respeta la decisión y se queda acompañando al niño mientras se lleva a cabo la misma. Durante la sesión, se explica de forma detallada cómo será la retirada de medidas de soporte vital. Se informa a los padres que podrán permanecer con su hijo hasta que se certifique el fallecimiento, momento en el cual deberán salir de quirófano para proceder a la extracción de órganos. Además, se comenta la posibilidad de que, si el niño no fallece en el tiempo adecuado, no se podrá llevar a cabo la donación, pero que se continuará con las medidas de sedoanalgesia y confort hasta su fallecimiento. Los padres comparten su deseo de donar el cerebro para investigación. Se ofrece el acompañamiento por parte de otros familiares o personas significativas, al igual que medidas religiosas o espirituales. Se pregunta sobre los deseos de la familia o del niño, la madre pide pasar un tiempo “abrazando” a su hijo, si es posible en la misma cama.

Una vez finalizada la sesión, se realiza el aseo y los cuidados de piel del niño. Cumpliendo los deseos de la madre y, aprovechando este momento, se realizan movilizaciones, dejando al niño en un lateral de la cama, permitiendo un espacio al lado del mismo donde la familia pudiera tumbarse junto a él.

Al final de la mañana se informa a la familia que esa misma tarde se llevará a cabo la donación.

Se continúan los cuidados orientados a la donación y a las 17h se inicia la preparación para cirugía programada. Previo al traslado al quirófano, la hermana se despide, estando tranquila y acompañada por sus padres. Se traslada a quirófano, con monitorización continua y con la misma pauta de sedoanalgesia.

Una vez en quirófano, se inicia perfusión de Propofol y se inicia la retirada programada de medidas de soporte vital para permitir el fallecimiento. Los padres acompañan a su hijo hasta el final de su vida con intimidad y tranquilidad, se colocan a la cabecera del niño y están presentes durante la extubación y hasta el momento del fallecimiento.

La extracción de órganos se realiza sin incidencias y es posible la donación de corazón, córneas, hígado, riñones.

La hermana se despide en la unidad de cuidados intensivos, exteriorizando sentimientos y con el apoyo de sus padres. Los padres y familiares permanecen tristes, serenos y agradecidos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA⁽⁶⁾

- (00075) Disposición para mejorar el afrontamiento familiar manifestado por expresa deseo de escoger experiencias que optimicen el bienestar.
- (00245) Riesgo de lesión corneal manifestado por respiración artificial.
- (00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga manifestado por uso de los músculos accesorios para respirar e hipoxemia.

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS⁽⁶⁾

Disposición para mejorar el afrontamiento familiar M/P Expresa deseo de escoger experiencias que optimicen el bienestar

NOC	NIC	ACTIVIDADES
[2203] Alteración del estilo de vida del cuidador principal Indicador: <ul style="list-style-type: none">[220302] Realización del rol (3-5)[220305] Relaciones con otros miembros de la familia (4-5)	[7140] Apoyo a la familia [5270] Apoyo emocional [7040] Apoyo al cuidador principal	Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal. Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con sus preferencias. Explorar con el cuidador cómo lo está afrontando. Apoyar al cuidador durante el proceso de duelo. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico. Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia. Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



Riesgo de lesión corneal M/P Respiración artificial

NOC	NIC	ACTIVIDADES
<p>[1927] Control del riesgo: ojo seco</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none">• [192713] Evita una lesión en el ojo (4-5)• [192724] Cierra los párpados completamente (4-5)• [192726] Utiliza ungüentos y lubricantes según lo prescrito (4-5)	<p>[1650] Cuidados de los ojos</p>	<p>Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración.</p> <p>Aplicar un colirio lubricante, según corresponda.</p> <p>Aplicar una pomada lubricante, si corresponde.</p> <p>Mantener el párpado cerrado con esparadrapo, cuando esté indicado.</p> <p>Aplicar protección ocular, según corresponda.</p>

Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga M/P Uso de los músculos accesorios para respirar e hipoxemia

NOC	NIC	ACTIVIDADES
<p>[0402] Estado respiratorio: intercambio gaseoso</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none">• [40211] Saturación de O₂ (2-5)• [40210] pH arterial (2-5)	<p>[3160] Aspiración de las vías aéreas</p> <p>[3300] Manejo de la ventilación mecánica: invasiva</p> <p>[6680] Monitorización de los signos vitales</p>	<p>Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.</p> <p>Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.</p> <p>Utilizar aspiración de sistema cerrado, según esté indicado.</p> <p>Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.</p> <p>Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.</p> <p>Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas, antiséptico y succión suave.</p>

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN/ES

EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES

Según los diferentes estudios realizados en distintas partes del mundo, se puede observar que el afrontamiento de la donación en asistolia en el ámbito pediátrico es percibido de manera distinta por cada profesional.

En general, tanto en Reino Unido como en EEUU, los profesionales sanitarios han manifestado escasa formación y falta de conocimientos sobre la donación pediátrica en asistolia controlada. Además de la falta de conocimientos, destacan que encuentran dificultad a la hora de establecer una relación profesional y comunicación con la familia ⁽⁴⁾. La comunicación y el establecimiento de una relación profesional es importante, ya que el equipo de profesionales va a tener que exponer a los padres los procedimientos que se van a llevar a cabo para realizar la donación en asistolia y los padres tienen que manifestar que entienden dicha información. Esto se va a corroborar con una revisión bibliográfica en la que se indica que las habilidades comunicativas de los profesionales de salud, son un factor que puede mejorar el ratio de donación, los profesionales deben prestar atención a la manera de transmitir la información y tienen que hacer uso del apoyo visual ya que ayudará a entender el proceso de donación de órganos y a disminuir los miedos a la mutilación del cuerpo ⁽⁷⁾.

Sin embargo, en Países Bajos, los profesionales sanitarios, en especial las enfermeras muestran una actitud positiva con la donación en asistolia, a pesar de que, a nivel particular, en algún profesional pueda causar algún conflicto personal ⁽⁴⁾. Hablando de forma específica sobre las enfermeras, nuestro colectivo se encuentra en una posición única en las relaciones con pacientes y familias. Por ello, la enfermera debe apoyar a la familia, pero no presionar, puesto que disminuye la probabilidad de donación. Para apoyar a estas familias se deben responder las preguntas de forma honesta y transparente, y habrá que apoyar a los padres independientemente de la decisión final que tomen ⁽⁷⁾. Si se tiene en cuenta el caso clínico al que estamos haciendo referencia, las actividades que se planificaron en el plan de cuidados para ayudar en el afrontamiento a los padres, están relacionadas con las recomendaciones redactadas anteriormente.

Si hacemos alusión a datos estadísticos, los profesionales sanitarios tienen distintas formas de percibir la donación en asistolia. Un 76% de los profesionales apoyan la donación, frente al 8% que consideraba poco tiempo 5 minutos en asistolia para certificar la muerte. Por otro lado, un 69% consideraba que la donación proporcionaba sentido a la muerte, frente a un 11% de profesionales que sentían miedo a que el paciente sufriera dolor. Por último, un 76% de profesionales atribuía a la donación el afrontamiento positivo del duelo y un 8% de profesionales sentían miedo a los problemas legales que pudieran surgir ⁽⁴⁾.

De acuerdo a Luberda y Cleaver (2017), se deben crear unos programas de educación asociados a la información previa sobre donación, con el objetivo de incrementar el ratio de donación y disminuir la ansiedad de la familia. Consideran que la sensibilización y el conocimiento puede ayudar a superar miedos y preocupaciones, estimular las conversaciones familiares, promover actitudes positivas hacia la donación de órganos y reducir el factor sorpresa cuando se aborda el tema ⁽⁷⁾.

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



EXPERIENCIA DE LOS PADRES

En una revisión realizada en Londres sobre la perspectiva de la familia en la donación pediátrica se refleja como en la decisión de los padres sobre donar o no los órganos de sus hijos existen factores modificables y no modificables ⁽⁷⁾.

Entre los factores no modificables encontramos: características personales, género, etnia, edad o religión. Mientras que los factores modificables están asociados a las creencias del individuo y la familia. Estos factores están influenciados por la forma en la que se pide el consentimiento para la donación y las habilidades personales de los profesionales que piden este consentimiento. Entender cómo los factores modificables pueden influir en el consentimiento, es importante para las enfermeras pediátricas que pueden ayudar a las familias durante la toma de estas complejas decisiones ⁽⁷⁾.

Los padres son quienes deben dar el consentimiento para realizar la donación en asistolia, de acuerdo a sus valores morales, deseos y creencias ⁽³⁾. Según el caso clínico que se ha desarrollado, en este caso los padres ya se habían planteado esta opción antes de que los profesionales sanitarios se lo ofrecieran, a pesar de que los padres se hubieran planteado esta opción, esta familia estaba en una situación de duelo debido a la muerte prematura de su hijo. Los profesionales de la unidad de cuidados intensivos y del equipo de cuidados paliativos les ofrecieron un tiempo y un espacio para que se pudieran despedir del paciente, actuando los profesionales con sensibilidad, prudencia y compasión ⁽³⁾. Los padres de nuestro paciente explican cómo el proceso de donación lo que hace no es alargar la vida, sino alargar el fallecimiento, definiendo este momento como conectar a su hijo a la vida para dar vida. Lo más importante para estos padres fue ver a su hijo sintiendo paz y con una tranquilidad absoluta.

Cabe destacar las emociones que se percibían tras el fallecimiento del paciente entre los padres, hermana y familiares, era un ambiente de tristeza, serenidad y agradecimiento. Puede ser debido a que los padres tenían claro la donación de órganos de su hijo, y con ella, encontraron una posibilidad de dar sentido a la ausencia de su hijo, ya que se pueden plantear que los órganos de su hijo están dando una oportunidad de vida a otras personas y se ponen en la posición de los padres con un hijo enfermo que necesitan un órgano para salvar la vida, es decir, van a sentir una solidaridad con los padres de ese hijo enfermo. Esto es posible que ayude a los padres y hermana a realizar el duelo ⁽³⁾.

Como profesionales debemos tener en cuenta que las familias que deben afrontar la decisión de que su hijo sea o no donante de órganos están pasando por un periodo de carga emocional elevada. Tanto las familias donantes como las no donantes tienen necesidades parecidas durante el periodo de toma de decisiones, precisan un soporte emocional fuerte, y recibir información fiable y frecuente sobre el estado de su hijo ⁽⁷⁾.

Nos encontramos con estudios que muestran que la visión de los padres sobre el cuidado recibido por el equipo de salud influye en la toma de decisiones a la hora de firmar el consentimiento para la donación de órganos. Si la visión de los cuidados es positiva es más probable que los padres decidan donar los órganos de su familiar, sin embargo, si no involucramos a la familia en los cuidados, y no dejamos espacio para que pasen tiempo despidiéndose de su hijo, será más probable el rechazo a la donación ⁽⁷⁾.

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



Debemos ser conscientes del poder que tenemos como profesionales en esta toma de decisiones ya que las enfermeras somos unas de las profesionales sanitarias que más en contacto está con la familia, es por ello, que la calidad de los cuidados que va a recibir el paciente va a ser determinante para que los padres decidan donar o no ⁽⁷⁾. Por lo que no olvidar seguir teniendo al paciente en el centro de los cuidados y hacer que la familia se sienta participe en los cuidados al final de la vida e involucrada en la toma de decisiones.

Nuestro paciente pudo donar 7 órganos, que ayudaron a mejorar la calidad de vida de 7 personas. Los padres expresan que el hecho de saber que tu hijo ha dado vida o ha mejorado la calidad de vida de otras personas hace que se sientan orgullosos de su hijo. Es un acto de amor, que para ellos ha sido reconfortante. Para estos padres su hijo es “el niño eterno”, ya que sigue viviendo en otros niños. Y esto es la mejor definición de lo que supone la donación de órganos en pediatría.

CONCLUSIONES

- ✓ La donación de órganos en asistolia se presenta en pediatría como una gran oportunidad para la obtención de órganos y la realización de trasplantes en la población pediátrica.
- ✓ Es fundamental la formación del personal sanitario implicado en cuidados intensivos neonatales y pediátricos sobre el proceso de donación pediátrica en asistolia controlada para su implementación.
- ✓ La identificación de un posible donante en asistolia es la base para poder iniciarse este procedimiento.
- ✓ No parece que los órganos de donación en asistolia controlada tengan una peor supervivencia que los procedentes de donación tras una muerte encefálica.
- ✓ Se debe realizar una entrevista previa a la DAC donde se perciban si es coherente la donación con los valores del niño y la familia.
- ✓ Cada intervención que se realiza al paciente, debe haber consentimiento por parte de sus representantes legales.
- ✓ Los cuidados que se proporcionen deben estar bajo el paradigma de los cuidados centrados en la familia, otorgando a la misma un rol activo en el cuidado de su hijo.
- ✓ Ante el potencial donante de órganos, se ingresará al paciente en una unidad de cuidados intensivos donde se le van a realizar intervenciones dirigidas a mantener la perfusión de los órganos, garantizando el soporte respiratorio y hemodinámico.
- ✓ A pesar de que es una decisión tomada por parte de la familia, van a precisar soporte emocional y acompañamiento durante todo el proceso.
- ✓ Brinda a los padres una opción que confiere cierto sentido a la pérdida de su hijo. La donación puede ayudar a luchar contra la idea de que todo el sufrimiento ha sido en vano.
- ✓ Los padres pueden experimentar de forma más vívida, a través de la donación de órganos y tejidos, que su hijo deja un legado de vida para otras personas.
- ✓ Permite realizar un acto altruista que podría ayudar a contrarrestar lo trágico y estéril de la muerte prematura de un hijo.
- ✓ Permite expresar su solidaridad con los padres de hijos enfermos en espera de un órgano lo cual puede ser de ayuda a la hora de elaborar el duelo.

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Núñez A, Pérez Blanco A, Grupo de trabajo aEP-ONT. Recomendaciones nacionales sobre donación pediátrica. *An Pediatr.* 2020; 93(62): 134.e1-134.e9.
2. Gómez F, Arnáez J, Caserío S. La donación en asistolia controlada (tipo III de Maastricht) en pediatría. *Acta Pediatr Esp.* 2017; 75(5-6): e61-7.
3. Blanco Bravo D, Camarena Grande C, Caserio Carbonero S, Escrig Fernández R, Navarro Mingorance Á, Rodríguez Núñez A, et al. RECOMENDACIONES NACIONALES SOBRE DONACIÓN PEDIÁTRICA [Internet]. España: Organización Nacional de Trasplantes y Asociación Española de Pediatría; 2020. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/Recomendaciones%20Nacionales%20sobre%20Donacion%20Pedi%C3%A1trica.%20Mayo%202020.pdf>
4. Dopson S, Long-Sutehall T. Exploring nurses' knowledge, attitudes and feelings towards organ and tissue donation after circulatory death within the paediatric intensive care setting in the United Kingdom: A qualitative content analysis study. *Intensive and Critical Care Nursing.* 1 de octubre de 2019; 54:71-8.
5. Alonso M, Aranzábal JI, Bouzas E. Plan estratégico en donación y trasplante de órganos 2018-2022 Sistema Español de Donación y Trasplante [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; 2018. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/Documents/PLAN%20ESTRAT%C3%89GICO%20DONACI%C3%93N%20Y%20TRASPLANTE%20DE%20%C3%93RGANOS%202018-2022.pdf>
6. NNNConsult [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.eu1.proxy.openathens.net/nanda>
7. Luberda K, Cleaver K. How modifiable factors influence parental decision-making about organ donation. *Nurs Child Young People.* 7 de noviembre de 2017; 29(9):29-36.