

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

FORMACIÓN DEL PERSONAL DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS ANTE EL DONANTE A CORAZÓN PARADO (SEVILLA 2012)

Autor principal MARÍA DEL ROSARIO MARTÍNEZ JIMÉNEZ

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave Donación Parada Cardiorrespiratoria Prehospitalaria Hospitalaria

» Resumen

La donación tras una muerte cardíaca constituye una alternativa eficaz a la donación tras la muerte encefálica. Existen investigaciones que recogen desde distintas perspectivas este tema, en el presente estudio nos centraremos en valorar la información del personal médico y enfermero sobre el Donante a Corazón Parado en Sevilla. (1) Para llevarlo a cabo se ha pasado un cuestionario a 80 profesionales que desempeñan su trabajo en las áreas prehospitalaria (EPES 061 y SAMU) y hospitalaria (UCI HUV Macarena y HUV Valme). El cuestionario consta de cuatro preguntas sociodemográficas y doce ítems dirigidos a, recoger la formación y experiencia profesional, la información que poseen sobre el procedimiento de donación en asistolia con donantes tipo I y la actitud de los profesionales ante la donación. Los resultados obtenidos son similares en ambas áreas estudiadas. Concluyendo que la muestra conoce el tema porque han escuchado hablar de él y en la mayoría de los casos identifican una definición correcta, pero cuando se profundizan en cuestiones concretas del protocolo se obtiene que no

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

España es el primer país en materia de donación y trasplantes, con una tasa de 32 donantes por millón de población (pmp). Estos datos corresponden al balance anual del año 2010, lo que equivale a un total de 1502 donaciones, que han permitido llevar a cabo 3773 trasplantes. (5) Sin embargo, el envejecimiento poblacional, los buenos resultados obtenidos con los trasplantes y, consecuentemente, el aumento de las indicaciones hacen que las listas de espera de pacientes pendientes de recibir un órgano aumenten cada año a pesar de que el número de trasplantes también aumenta. Si a todo esto se le suma la disminución del número de fallecidos por muerte encefálica y que su perfil de donantes es cada vez de una edad más elevada, por lo cual genera menos órganos válidos para trasplantes. Por todo esto es preciso recurrir a aumentar el pool de donantes a merced de los denominados donantes con criterios expandidos o marginales. (1)

En el ámbito nacional e internacional los donantes por criterios cardiorrespiratorios son también conocidos como Donantes a Corazón Parado (DCP) o en asistolia. A nivel legal supuso una gran innovación porque en la práctica sanitaria española ya se había debatido sobre esta cuestión. El Hospital Clínico San Carlos de Madrid en 1989 elaboró el primer protocolo para llevar a cabo trasplantes en DCP. (7)

Los documentos oficiales clasifican a este tipo de donantes con los criterios propuestos por Kootstra en la primera conferencia internacional sobre DCP, tuvo lugar en Maastricht en 1995. Se denominan donantes no controlados los tipos I y II, porque la parada cardiorrespiratoria (PCR) tiene lugar en un ambiente no presenciado por equipos sanitarios, fuera del hospital y de un modo totalmente imprevisto. Mientras que, los donantes tipo III y IV son considerados controlados. Ya que son presenciadas por un equipo sanitario, dentro de un hospital y previsible en la mayoría de los casos. (1)

Merece aquí mención especial el tipo I, porque son denominados donantes en asistolia óptimos y objeto de nuestro estudio. Ello es debido a los estrictos criterios específicos de selección (como los límites de edad). Además se trata de personas que hasta el momento de su fallecimiento desarrollan una vida normal. (1)

Un componente importante a tener en cuenta en el DCP tipo I, es la irreversibilidad del cese de las funciones cardiorrespiratorias. Deberá constatarse, tras aplicar durante al menos treinta minutos maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada. (1)

Otro factor de vital relevancia a la hora de poner en marcha un protocolo de actuación, es el tiempo. Por un lado se debe tener presente el tiempo de isquemia, es decir, aquel transcurrido desde que se produce la parada cardíaca hasta el establecimiento de las medidas de preservación de los órganos. Y por otro lado el tiempo de preservación del cadáver hasta el inicio de la extracción de los órganos. Este transcurre en el curso de los trámites para la obtención del asentimiento familiar y el permiso judicial. (1)

Para poner en marcha un programa de DCP los profesionales requieren un elevado nivel de cualificación técnica, así como una respuesta coordinada y ágil entre todas las partes implicadas. (9)

Por ello la ONT ha emitido un procedimiento con vigor en todo el ámbito nacional. La actuación de los profesionales implicados queda claramente distinguida en dos fases, con competencias diferentes pero lineales, gracias a la excelente coordinación que deben tener para llevarlo a cabo. (1)

Los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de Madrid, pioneros en la puesta en marcha de este protocolo, apuntan desde su experiencia y empleando criterios muy estrictos de selección, que el número de donantes válidos está próximo a los 15-16 donantes pmp. (14) Estos resultados positivos han ido respaldando la actividad que iniciara hace ya dos décadas el Hospital Clínico San Carlos, y continuado por el Hospital Doce de Octubre en la Comunidad Autónoma Madrileña. Su sistema de organización fue el germen de la puesta en marcha en Barcelona, con el Hospital Clinic como referencia. Actualmente se han sumado a este desafío los Hospitales Juan Canalejo en A Coruña, Santiago Apóstol en Vitoria y San Juan en Alicante. (2)

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Se ha llevado a cabo una investigación cuantitativa, estudio descriptivo y corte transversal.

En el presente estudio se ha realizado un recorrido lineal sobre la situación del protocolo DCP en España, pasando por la Comunidad Autónoma andaluza y finalizando con la situación actual de la provincia de Sevilla. La población de estudio son enfermeros y médicos de las UCI y UVI Móvil. En el área hospitalaria en el HUV Macarena y HUV Valme. En prehospitalaria en la Empresa Pública de Emergencias Sanitas (EPES) 061 y en el Servicio de Asistencia Médica Urgente (SAMU).

Se trata de un muestreo intencional por conveniencia. La elección de los individuos se ha realizado a través de una técnica de muestreo probabilístico estratificado. Se divide la población en subgrupos o estratos en función del puesto de trabajo. El 50% personal del área de prehospitalaria (25% EPES 061 y 25% SAMU) y el 50% restante de hospitalaria (25% UCI HUV Macarena y 25% UCI HUV Valme).

A la muestra de población se les ha pasado como instrumento de estudio una escala elaborada para tal fin, denominada: Donante a corazón parado Un pulso hacia la vida. La escala consta de dos apartados diferenciados; el primero compuesto por cuatro variables sobre datos sociodemográficos: sexo, categoría profesional, puesto de trabajo y experiencia profesional.

El segundo apartado está compuesto por doce ítems. Para su elaboración se ha escogido un modelo de tipo Thurstone, en la que se requiere que los sujetos comparen las alternativas que se le presentan antes de escoger su respuesta. Todas las cuestiones relacionadas íntimamente con el protocolo de actuación ante un DCP en función del puesto de trabajo.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

La experiencia profesional nos aporta información muy valiosa porque la experiencia suele ir muy unida con la adquisición de habilidades competentes. La edad media de los profesionales encuestados está comprendida entre 11 y 20 años.

Con respecto a si han oído hablar del DCP o han recibido algún tipo de información. El 63,8% responden que sí han oído hablar del DCP.

El 38,8% ha recibido información y por el contrario el 61,3% no han recibido información.

Del ítem 5 al 9 se cuestiona concretamente sobre el protocolo del DCP, tomando como referencia el Modelo emitido a nivel nacional. En los datos relacionados sobre qué es lo que entienden por definición de potencial DCP, la mayoría con un 83,6% han respondido adecuadamente marcando una persona inconsciente sin pulso tras realizar maniobras de SVA durante 30 minutos sin conseguir recuperación del latido eficaz.

El 61,3% de la muestra señalan 8 minutos como tiempo máximo que debe transcurrir entre la PCR y el inicio de las maniobras de RCP. En este caso, el porcentaje más alto no coincide con el tiempo establecido por los protocolos, 15 minutos que recibe el porcentaje más bajo con 18,8%. Entre medio de estos valores está 10 minutos con 20%.

Con respecto a la edad del potencial donante ocurre lo mismo que en el caso anterior. Presenta menor porcentaje de representatividad la opción correcta, de 7 a 55 años con un 16,9%.

El modelo Español de donación y trasplante, determina la llegada al hospital en un tiempo máximo de 90 minutos desde que se produce la PCR y una pequeña parte de la muestra (17,5%) lo confirma.

Trasladando esta misma pregunta, al ámbito hospitalario, se cuestiona el tiempo máximo que debe transcurrir desde la PCR y el inicio de maniobras de preservación en quirófano. El 44,1% opina como tiempo máximo 45 minutos, el 41,2% de 90 minutos y el 14,7% de 120 minutos. Una vez más la opción correcta, 120 minutos, obtiene el valor más bajo.

Al identificar las medidas que no deben realizarse, se obtiene en positivamente en extrahospitalaria con un 78,9% que no se debe administrar drogas vasoactivas una vez iniciado el protocolo de DCP. En hospitalaria, el 100% de la muestra responde por unanimidad que la medida que no debe aplicarse es, administrar un bolo de heparina de 500UI/Kg de peso. Sin embargo, el Modelo Español determina que sí es una medida a

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Al valorar la información del personal médico y enfermero sobre el Donante a Corazón Parado en Sevilla se ha obtenido como resultado que, no poseen la suficiente información. Conocen el tema porque han escuchado hablar de él y en la mayoría de los casos identifican una definición correcta, pero cuando se profundiza en cuestiones concretas del protocolo se obtiene que no seleccionan las opciones correctas, como que:

El tiempo máximo que debe transcurrir entre la PCR y el inicio de la RCP es de 15 minutos.

Los potenciales donantes deben tener una edad comprendida entre 7 y 55 años.

Entre la PCR y la llegada al hospital no debe transcurrir más de 90 minutos.

Entre la PCR y el inicio de las maniobras de preservación en quirófano no debe transcurrir más de 120 minutos.

En la etapa prehospitalaria no está indicado administrar drogas vasoactivas una vez establecida la irreversibilidad de la PCR.

En la etapa hospitalaria no está indicado llamar al Coordinador de trasplantes, porque esta medida debe llevarse a cabo en la etapa prehospitalaria en cuanto identifican un potencial DCP.

Se ha analizado la información recibida del personal de prehospitalaria y hospitalaria, destacando que los profesionales de ambas áreas presentan dificultades similares al determinar los tiempos que se deben cumplir desde que se produce la PCR y la edad del potencial donante. Destacando que el personal de prehospitalaria si detecta que medidas no debe llevar a cabo mientras que, el de hospitalaria no la detecta.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

La opinión social ha sido siempre un determinante a favor y/o en contra a la hora de iniciar un proceso de donación. Es importante que la familia respete los ideales del paciente ante una decisión tan valiosa como es "donar vida".

Actualmente la Consejería de Salud y Bienestar Social cuenta con un servicio al alcance de todos los ciudadanos, el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas. En él podrán expresar por escrito el paciente su deseo de donar órganos una vez fallecido.

» Propuestas de líneas de investigación.

En este estudio la evidencia científica reclama la necesidad de formación por parte de los profesionales sanitarios en el protocolo del DCP, el cual se espera que en un futuro cercano esté en marcha en todo el ámbito sanitario español.

Sería interesante en un futuro analizar las líneas de formación del personal sanitario, así como los avances y mejoras producidas en el protocolo.

» Bibliografía.

1. Del Río F. Capítulo 9: Donación de órganos a corazón parado.
2. www.ont.es.
5. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud
7. Alvarez J. Donación de órganos a corazón parado. Resultados del Hospital Clínico San Carlos.
9. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=10916.
14. Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplantes de órganos.
15. Matesanz R. Papel de los servicios de urgencias y emergencias en la donación de órganos.