

Rol de enfermería en el proceso de donación de órganos para trasplante: revisión de la literatura - análisis crítico

The role of nursing in the organ donation process for transplantation: literature review - critical analysis

Luisa Fernanda Fonseca T.¹

RESUMEN

La participación de la enfermera(o) dentro del proceso de donación de órganos debe ser entendida como parte fundamental en cuanto al área de competencia, debido a que su cuerpo de conocimiento incluye no solo la preservación de los órganos sino todo un conjunto de actividades que denotan el desarrollo de su quehacer: el cuidado al ser humano de forma integral.

Palabras clave: donación de órganos, proceso de enfermería, cuidado, principios rectores, intervenciones de enfermería

ABSTRACT

Nurses participation in the process of organ donation must be understood as a fundamental part in their area of competence, considering their body of knowledge that includes not only the preservation of the organs but a series of activities that denotes the development of their task: holistic care of the human being.

Key words: organ donation, nursing process, caring, guiding principles, nursing interventions

Recibido: 2011-12-13; aprobado: 2012-06-21

1. Estudiante de VIII Semestre de Enfermería. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: lfonseca@unbosque.edu.co.

La era moderna ha traído consigo miles de avances técnicocientíficos convertidos en medios para preservar la vida, y entre ellos se encuentran los trasplantes. Al escuchar esta palabra, como profesionales del cuidado es común remontarse a unidades de cuidado renal o en algunos casos, a largas listas de espera las cuales son comunes no solo en el medio hospitalario sino en los consultorios de atención primaria. De igual manera con frecuencia se relaciona este concepto con las enfermedades tratadas diariamente, las cuales se clasifican comúnmente como crónicas; algunas de ellas son: hipertensión, diabetes e insuficiencia renal entre otras.

Pero es allí, donde los profesionales del cuidado alejan de su vista a otras realidades, en las cuales se plasman definiciones conceptuales elaboradas por intelectuales e investigadores que ubican y dimensionan al mismo dentro del contexto en forma clínica y biomédica. Uno de ellos es Norrie, quien en su obra define el trasplante como:

El procedimiento médico mediante el cual, se extraen tejidos de un cuerpo humano y se reimplantan en otro, con el propósito de que el tejido trasplantado, realice en su nueva localización la misma función que realizaba previamente (1).

Hoy en día se evidencia que este concepto ha sido aceptado en forma académica como un aporte importante de justificación epistemológica y de soporte al concepto de Trasplante de Órganos. Pero en el preciso momento en el cual se trasladan los conceptos escritos del papel a la práctica, es donde se evidencia que varias realidades plasmadas en la tinta no se encuentran reveladas en el ejercicio pragmático, entre ellas: ¿hasta qué punto se ve la utilidad real y terapéutica de este concepto dentro de la práctica real? y ¿todos los órganos poseen estas características? Infinidad de problemas técnicos, biológicos, de recursos y en especial de condición clínica han determinado la utilidad de los órganos o de los cuerpos de los pacientes para la implantación de estos tejidos revitalizadores. Es así como se reduce un posible órgano de trasplante a la resolución de disyuntivas que se encuentran relacionadas con listas de espera y frases de cajón como “*el primero de la lista*” sumado a los profundos dilemas ya planteados como el rechazo al tejido, la dificultad clínica del cuidado, el compromiso de opciones válidas en el mejoramiento de la calidad

de vida y la aparición de situaciones que comprometen el bienestar de este sujeto de cuidado de forma singular, familiar y social.

Como lo manifiesta Burgos en su estudio sobre la calidad de vida en los pacientes trasplantados:

En las últimas dos décadas, el trasplante ha sido considerado uno de los mayores avances de la medicina, no sólo por su papel en la recuperación de la salud, sino también por el mejoramiento de la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas y/o terminales por la falla de alguno de sus órganos (2).

Es por esto que se hace necesario que como parte del equipo de salud, haya una preocupación por la calidad de vida de todos aquellos pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, quienes para la ciencia médica solo pueden obtener un beneficio paliativo como forma de tratamiento, todo ello claro, tomando en cuenta no sobrepasar los objetivos terapéuticos ni cayendo en el error del encarnizamiento terapéutico con una situación clínica habitual.

Con respecto a esta gran labor, el profesional de enfermería, como pilar fundamental del equipo interdisciplinar de salud, tiene una labor primordial de intervención en aspectos tan variados de la vida del individuo como lo son: el auto concepto del individuo trasplantado y de aquel donante de órganos, el deterioro de las relaciones sociales previamente establecidas, el cambio de rol del paciente internado clínicamente, el déficit de actividad recreativa por causa del estado de salud y el manejo adecuado de aspectos como la nutrición, la actividad física y en otros casos, de los hábitos de higiene corporal y de carácter intestinal. Todo ello puede verse evidenciado a través de los planes y diagnósticos de enfermería, como bien lo fundamenta Pascual en su obra “Manual de Trasplantes”:

El cuidado de enfermería es uno de los pilares empíricos convertidos en arte que se fundamentan en estas costumbres individuales de cada uno de los participantes de una población para la realización de intervenciones dirigidas a la prevención de la enfermedad y la promoción de condiciones saludables sin vulnerar las costumbres culturales (3).

Es así como se evidencia la trascendencia espiritual y filosófica que dicho acto tiene para la población y **cómo esta constituye los inicios del estudio anatómofisiológico del individuo**. En ese orden de ideas se evidencia cómo muchos de estos seres humanos

lanzaron juicios, desarrollaron teorías y sobre todo, ejecutaron una práctica directa de conocimiento, logrando así nutrir las costumbres culturales, fortaleciendo las uniones colectivas y estableciendo políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aún hoy vigentes.

La recopilación de todos estos conceptos se ha iniciado desde tiempos arcaicos donde los actos realizados a los usuarios por parte del personal de salud estaban basados en contenidos de carácter religioso y espiritual. Una de las descripciones acuñadas es la de la cultura indígena prehispánica, en la cual coexistían seres humanos y prácticas, expresada por Antonio L. Turnes en su ensayo *Trasplantes y Trasplantadores*:

Uno de los primeros antecedentes históricos se remonta al año 700 a.C., cuando los indios (pobladores de la India) utilizaron el trasplante de piel de los glúteos con el objeto de reconstruir la nariz y el pabellón de la oreja (4).

Es así como la literatura reporta estos avances de una forma extraordinaria mostrando que el proceso de construcción de la sociedad desde sus inicios se nutre de las experiencias de estos antepasados. Otra de las muestras más significativas se remonta a la antigua China (Año 300 aC), en donde un médico realizó una incisión en el abdomen de dos individuos (uno vivo y un cadáver), extirpando en ambos el estómago y realizando el cambio respectivo entre uno y otro. Tras lograr un éxito rotundo durante el procedimiento, se consideró a este como una “droga maravillosa” que permitía curar no solo el cuerpo sino el alma de los individuos desahuciados. Cabe resaltar que toda esta serie de acontecimientos se generaron a partir del conocimiento empírico de la anatomía y la fisiología de la época, y a la concepción de que el órgano que no posee buen funcionamiento puede ser reemplazado por otro tras una serie de eventos religiosos exhaustivos (1).

Con el paso del tiempo, la ciencia médica en medio de esa búsqueda desesperada en función de la supervivencia de la especie, encontró que el cambio de órganos de un cuerpo a otro podía ser una alternativa de salvación de la humanidad. Cabe resaltar que a pesar del amplio avance en el conocimiento biomédico y de la tecnología incorporada a los trasplantes, entre

ellas el conocimiento farmacológico, diagnóstico y de tratamiento, aún se sigue reevaluando sus implicaciones dentro de la práctica clínica habitual. En concordancia con este hecho, Meléndez nos afirma esta realidad:

Gracias a los progresos de la medicina y la cirugía, se han abierto también, en el campo de los trasplantes, grandes horizontes y posibilidades. Muchos enfermos destinados irremediamente a una muerte segura o a llevar una existencia disminuida que les impedía su actividad normal, han encontrado la solución a sus problemas (11).

En correspondencia, se evidencian otras intervenciones a lo largo de la historia, como por ejemplo en el Siglo VI en la cultura hindú, donde Tagliacocci introdujo el colgajo pediculado de piel. Este evento fue la base para que en 1870, Reverdin por otro lado, describiera que el injerto libre no genera rechazo, el cual actualmente es usado con mucha frecuencia y con excelentes resultados sin reporte de problemas éticos (5).

Otro ejemplo claro de esta realidad es Jacobo de la Vorágine en su “Leyenda Dorada” escrita en el siglo XIII, donde refiere que los Santos Cosme y Damián trasplantaron una pierna completa procedente de un etíope muerto a un devoto miembro de la iglesia primitiva cuya propia pierna padecía un tumor maligno (5).

Otro de los ejemplos típicos, es la transfusión de sangre, que tuvo éxito a partir de 1901 cuando Lansteiner descubrió el sistema ABO, el cual se ha comprobado que en todos los casos produce el rechazo (3). De otro lado se encuentra que a lo largo de la historia de los trasplantes y tras el perfeccionamiento de las técnicas, un investigador llamado Van Roux se dió al descubrimiento del rol ejecutado por el sistema HLA en el proceso de trasplantes, obteniendo como resultado que su función en el organismo es reconocer como distintos los tejidos de otro individuo a pesar de pertenecer a la misma especie y que es responsable del fenómeno de rechazo (5).

Un hito en la historia de los trasplantes lo constituyó, en 1954, el primer trasplante renal exitoso en gemelos monocigóticos realizado en el «*Peter Bent Brigham Hospital*» (6). En aquella época comenzaron las pruebas de diversas combinaciones de drogas inmunosupresoras, dando inicio a un nuevo periodo histórico en el proceso de Trasplante de

Órganos. Hardy en 1963 realizó el primer trasplante pulmonar, Starzl los primeros hepáticos y en 1967 Barnard lo hizo con el corazón. Toda esta historia se divide en dos grandes períodos, pues en 1978 se descubrió la Ciclosporina A que inmunosuprime de forma aceptable controlando bastante bien el rechazo, permitiendo la realización masiva de los trasplantes (5). Con respecto al mecanismo de acción de este fármaco se ha descrito lo siguiente:

Cyclosporine exerts its immunosuppressive effects by binding to cyclophilin, a cytoplasmic immunophilin. The resulting cyclosporine-cyclophilin complex inhibits the activity of calcineurin, a phosphatase responsible for activating the nuclear factor of activated T lymphocytes (NF-AT) (7).

De acuerdo a lo anteriormente descrito, se debe rescatar que el resultado de su acción favorece la activación del FNT (Factor de Necrosis Tumoral), lo cual beneficia una respuesta inmunológica al trasplante de forma controlada. Una de las principales intervenciones de enfermería dentro de la administración de este fármaco que debe ser tomada en cuenta se plasma a continuación:

It is imperative that cyclosporine concentrations are monitored to minimize the risk of toxicity and over-immunosuppression. The target cyclosporine concentration is dependent on the assay used, the type of transplant, concomitant immunosuppression, the time after transplant, and the transplant center (7).

Se hace necesario entonces que los profesionales de enfermería vigilen las condiciones de administración de los medicamentos para que tengan en cuenta las posibles reacciones tanto benéficas como de carácter adverso; un ejemplo de ellas es la toxicidad de los medicamentos y las concentraciones propias de acción de los mismos, de las cuales dependen las acciones terapéuticas. De igual forma desde la labor gerencial se debe tomar en cuenta las acciones directas del profesional de enfermería en la correcta dispensación de los medicamentos a los pacientes de forma segura y con todos los estándares de calidad esperados por las entidades competentes.

Cabe resaltar que para contextualizar las intervenciones enfermeras no solo se deben conocer los principios inherentes al ejercicio profesional sino que de igual manera se deben dirigir las intervenciones dentro del marco legal general del ejercicio, y el mundo de los trasplantes no debe ser la excep-

ción. Es por esto que es de vital importancia conocer los principios rectores que rigen el proceso de trasplante de órganos humanos, establecidos durante la 44° Asamblea Mundial de la Salud el 13 de mayo de 1991, el cual establece 9 principios necesarios para la realización de este proceso en forma efectiva, necesaria y pertinente.

Dentro de los principios encontramos:

Principio rector 1: podrán extraerse los órganos de las personas fallecidas para fines de trasplante si:

- a. se obtiene la autorización exigida por la ley
- b. no hay razones para pensar que la persona fallecida a falta de su consentimiento prestado en vida, se oponía a la extracción.

Principio rector 2: los médicos que hayan determinado la muerte de un donante potencial no deberán participar en la extracción de órganos del donante o en los procedimientos subsiguientes de trasplante, ni ocuparse de la asistencia a los receptores potenciales de esos órganos.

Principio rector 3: los órganos para trasplante deberán extraerse preferiblemente del cuerpo de personas fallecidas. Sin embargo, los adultos vivos podrán donar órganos pero en general esos donantes deberán estar genéticamente emparentados con los receptores. Podrán admitirse como excepciones el caso del trasplante de médula ósea y de otros tejidos regenerables aceptables.

Podrá extraerse un órgano del cuerpo de un donante vivo adulto para fines de trasplante si el donante presta libremente su consentimiento. El donante deberá prestarlo libre de toda influencia o presión indebida, y ser suficientemente informado para que pueda comprender y sopesar los riesgos, ventajas y consecuencias de su consentimiento.

Principio rector 4: no deberá extraerse ningún órgano del cuerpo de un menor vivo para fines de trasplante. En la legislación nacional podrá admitirse excepciones en el caso de tejidos regenerables.

Principio rector 5: el cuerpo humano y sus partes no podrán ser objeto de transacciones comerciales. En consecuencia, deberá prohibirse el pago o cobro de un precio (incluida cualquier otra compensación o recompensa) por los órganos.

Principio rector 6: deberá prohibirse toda publicidad sobre la necesidad o disponibilidad de órganos cuyo fin sea ofrecer o recabar un precio.

Principio rector 7: los médicos y demás profesionales de la salud no deberán participar en procedimientos de trasplante de órganos si tienen razones para pensar que esos órganos han sido objeto de transacciones comerciales.

Principio rector 8: las personas o servicios que participen en procedimientos de trasplante de órganos no deberán recibir una remuneración superior a los honorarios que estaría justificado percibir por los servicios prestados.

Principio rector 9: conforme a los principios de justicia distributiva y equidad, los órganos donados deberán ponerse a disposición de los pacientes de acuerdo con la necesidad médica y no atendiendo a consideraciones financieras de ninguna índole (6).

Con respecto a estas referencias y postulados, como primera medida se debe definir el proceso de donación de órganos, como aquel que se compone de un sin número de elementos, procedimientos y acciones de carácter interdisciplinario que brindan al personal y al paciente (tanto donante como receptor) la posibilidad de contar con un órgano seguro y un proceso controlado elaborado por personal especializado, de tal manera que todos los eventos vayan siendo correlacionados de manera perfecta, logrando alcanzar esas metas y objetivos de mejorar la calidad de vida humana.

Con respecto al rol de enfermería, en el cuidado de los pacientes partícipes en el proceso de donación, Martínez en el 2001 establece lo siguiente, conforme al rol del profesional del cuidado dentro de este proceso y nos resalta sus ventajas:

Los cuidados que la enfermera aplica al donante potencial de órganos son primordiales para asegurar una óptima utilización de los órganos que hay que trasplantar (16).

Es allí donde el rol enfermero de cuidado se hace partícipe de la realidad de estos pacientes, que en concordancia con los profesionales de la salud, brinda como primera medida una educación basada en los procedimientos legales necesarios para el procesos de donación de órganos, y de otro lado, el cumplimiento necesario de los requisitos y de los intereses del donador y su familia con el fin de respetar el principio de autonomía y beneficencia como parte de un cuidado integral y de calidad.

De otro lado, el rol del profesional de enfermería se orienta a promover la calidad, la confidencialidad y atención integral durante todo el proceso de donación de órganos y por otro lado a garantizar los procesos administrativos con pertinencia

para agilizar la consecución del órgano en caso de confirmación de donador cadavérico.

(...) el propósito de esta actividad administrativa es lograr que el trabajo requerido sea logrado con el menor gasto posible de energía, de tiempo y dinero, sin descuidar la calidad de trabajo acordada [...] (14).

La tarea de la enfermera de procuración en esta etapa es la de reunir y ubicar en el transporte todos los insumos y equipos que van a ser requeridos en el operativo (15).

Con respecto a esta realidad, el profesional del cuidado debe encargarse del control de medidas generales como: la preservación del órgano, el proceso de transporte, el espacio necesario para la realización de todos los procedimientos con la técnica correcta y sin ningún tipo de contaminación y hacerse partícipe en el acompañamiento al paciente en cada uno de los espacios durante su estancia hospitalaria; tras el trasplante debe garantizar los cuidados del posoperatorio así como su salud mental y la de su familia.

El rol de enfermería visto a la luz del rol administrativo debe ser aplicado en el contexto de la estandarización de procesos y en el de la creación de nuevos protocolos de consentimiento, permitiendo que los pacientes, por medio de estos formatos, comprendan cada uno de sus pasos del proceso de donación de órganos, conozcan su rol y el de los profesionales de la salud. En cuanto a la participación de donantes vivos, es necesario que los profesionales de enfermería se encarguen de realizar socializaciones pertinentes con la población, anteriores a los procedimientos, con el fin de dar a conocer los requisitos previos al inicio del proceso de trasplante, así como su verificación; el profesional de enfermería al estar capacitado para una intervención holística del ser humano también debe preparar a la familia sobre los cuidados especiales a tener antes, durante y después del procedimiento.

Adicionalmente, el rol de enfermería se encuentra dirigido al establecimiento de instrumentos de control y a una anamnesis profunda sobre los donantes y los permisos establecidos por los padres para la realización de un trasplante de órganos regenerables en menores de edad. Para esta situación se debe tomar en cuenta el criterio y decisión personal de los niños mayores de 7 años en la figura de

“menor adulto”. Con respecto a estos instrumentos de control, también se evidencia que el profesional de enfermería debe encargarse del reporte y registro de eventos donde se describan debidamente desde el cuidado, todas aquellas reacciones corporales a medicamentos, proceso quirúrgico y medidas preventivas para garantizar que tanto el paciente como la institución presten los servicios y puedan propender en forma oportuna la prevención de lesiones permanentes y mortales.

Es necesario también en este punto destacar que la ley Colombiana mediante el Decreto 2493 de 04 de Agosto de 2004, ha establecido en el Capítulo 5, Artículo 21:

Del carácter de las instituciones autorizadas para la obtención de componentes anatómicos: el rescate de órganos y los procedimientos de trasplante, son de competencia exclusiva de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que tengan habilitados programas de trasplante.

Parágrafo 1°. La obtención de tejidos y de médula ósea y la práctica de cualquiera de las actividades relacionadas con la obtención, extracción, procesamiento y distribución de los mismos, deberá hacerse por banco de tejidos o de médula ósea sin ánimo de lucro, autorizados para tal fin por el Invima (8).

Con respecto a esta normatividad, se debe resaltar que la institución que no se encuentre debidamente autorizada no puede realizar el proceso de extracción de órganos humanos; además de ello, estas entidades denominadas Bancos de Órganos son entidades sin ánimo de lucro donde por ningún motivo se autorizará la entrega a familiares o donantes vivos, de ningún tipo de retribución por concepto del suministro de un órgano u otro tipo de tejido. El profesional de enfermería desde la etapa pretrasplante debe informar al paciente conforme a la ley, una serie de instrucciones del proceso, y de igual forma debe remitir al manejo médico la condición de trasplante; así mismo, a asesoría psicológica al paciente en proceso de donación de órganos en caso de donante vivo, y en caso de donante cadavérico a cada uno de los integrantes de su familia.

Con respecto a este postulado, las legislaciones en los países latinoamericanos han plasmado en su jurisprudencia de forma clara cómo el proceso de donación de órganos se compone de aquel

acto desinteresado y con una retribución lejos del carácter económico:

La donación es un acto de liberalidad por el cual una persona dispone gratuitamente de una cosa a favor de otra que lo acepta (...) (12).

Los órganos y tejidos no forman parte del patrimonio. Si bien son extraídos del cuerpo vivo o del cadáver y tienen la consideración de bien, estos son extrapatrimoniales; por lo tanto, en la donación de órganos no hay cesión de una fracción del patrimonio y, por consiguiente, no existe empobrecimiento ni enriquecimiento patrimonial. Lo que sí se puede decir es que, ha habido un beneficio (o al menos el intento) a la salud del receptor, pero el órgano o tejido implantado no es valuable económicamente en el orden ético y jurídico (11).

Con respecto a lo anteriormente plasmado, se evidencia cómo los órganos donados son fracciones del patrimonio que no corresponden a ningún tipo de valor económico a nivel jurídico, lo que nos sustenta ante la ley que actos como la donación, en tiempos modernos como este, sean considerados voluntarios. Debido al alto nivel de pobreza, desigualdad social y falta de acceso a servicios oficiales de empleo con remuneraciones justas, la población debe recurrir a prácticas ilegales como el comercio de sus propios órganos así como los de otros seres humanos, disponiendo no solo de la autonomía de estas personas, sino que de igual forma usando a éstas como medios y no como fines en sí mismos, conformando así el problema de la trata de personas.

De otro lado y continuando con el marco legal del proceso de Trasplante de Órganos, se encuentran otros ejes problemáticos como lo son: la disponibilidad de los órganos para trasplante y la necesidad de los pacientes de que su recepción de trasplante debe permanecer en la confidencialidad de la historia clínica; estos dos aspectos son necesarios dentro de la atención de enfermería para disminuir los impactos de la donación de órganos y de su recepción, tanto en los pacientes donadores como en los pacientes que se encuentran en la lista de espera a la expectativa de un nuevo órgano.

Con relación a lo anteriormente plasmado, es en este momento donde se establecen nuevos dilemas en los procesos de atención. La enfermera debe entonces necesariamente propender por la creación de nuevos instrumentos para la evaluación de los pacientes en la etapa preoperatoria; la necesidad de

listas de chequeo más completas donde la anamnesis de los antecedentes sea más profunda y donde se garantice que el profesional médico brinde en forma efectiva la información oportuna y verídica sobre cada uno de los eventos que componen tanto la donación de órganos como la recepción de los mismos, y sus posibles efectos corporales, así como la resolución de cada uno de los cuestionamientos que cada familiar pudiera tener.

Si bien es cierto que se ha descrito anteriormente el cuidado y rol enfermero desde el punto de vista familiar, comunitario e individualizado y desde un enfoque direccionado a la condición de prevención e intervención directa logrando abarcar cada uno de los aspectos del hombre, se debe tener en cuenta que desde el punto de vista ético, es necesario considerar varios aspectos. Entre ellos se encuentra el enfoque basado en principios rectores de la Bioética Médica y aquellas consideraciones filosóficas establecidas por las mentes brillantes de la antigüedad como Aristóteles, Stuart Mill y Hobbes entre otros. Dentro de ellas encontramos la felicidad, el utilitarismo, la voluntad, las cuales se encuentran inmersas dentro del comportamiento de los individuos, permitiéndoles determinar y calificar los actos humanos en un contexto moral.

Como primera medida se hará referencia a cada uno de los principios bioéticos y al proceso de donación de órganos y trasplante. Este conjunto de principios como bien es sabido fue establecido por Potter en 1970. Como primera medida se encuentra la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, las cuales se definen como:

La autonomía sería la cara deontológica de la estima de sí, que se concreta en un horizonte de realización (9).

El principio de la beneficencia significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan, pues dañar no puede estar presente, de manera consciente ni en la idea, de un profesional de la salud (10).

El principio de no maleficencia, sinónimo de “No dañar”, de la ética médica tradicional, es considerado por algunos eticistas como el otro elemento del par dialéctico beneficencia no maleficencia. En cualquier caso, se reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal (10).

El principio de la justicia, en el marco de la atención de salud se refiere generalmente a lo que los filósofos denominan “justicia

distributiva”, es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad. Justicia significa a fin de cuentas, dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario (10).

Con respecto a los principios bioéticos, también se deben rescatar las reuniones internacionales en pro de los derechos y el respeto de la autonomía de cada uno de los individuos, como la Declaración de Helsinki, en la cual se establecen los parámetros esperados para la realización de estudios en seres humanos, donde no solo se evidencia que todo evento que implique el uso de órganos o fragmentos humanos debe ser sometido a estudios donde se garantice en cualquier caso el derecho a la salud y a la protección de los derechos e intereses particulares. De otro lado se deben evaluar detalladamente aquellas necesidades indispensables de acuerdo a las normas internacionales vigentes.

Es necesario en este punto hacer referencia a algunos de los Derechos Humanos, establecidos en la Declaración Universal, los cuales se relacionan en gran medida con el contexto descrito anteriormente:

Artículo 1: todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 3: todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 17: toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente. Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad (13).

Con relación a los derechos anteriormente plasmados, se hace visible cómo las **personas** participantes en el proceso de donación de órganos de forma activa y pasiva, tienen derecho a la protección de su dignidad y a la garantía de la calidad de vida por encima de todo procedimiento invasivo, para lo cual los profesionales de la salud en general, deben hacer sus esfuerzos más importantes y evaluar de forma detallada sus intervenciones en pro del cumplimiento y garantía de estos derechos.

De otro lado se hace necesario plasmar y hacer énfasis sobre el principio y el deber que, como profesionales de la salud y en especial de enfermería, se tiene con los pacientes, de hacerlos partícipes de su estado de salud, dándoles a conocer sobre su verdadero estado de salud, haciéndolos así conocedores

de los riesgos que implican las intervenciones y las complicaciones sobre su salud física, emocional y familiar. Como lo describe Alves:

Es un derecho del paciente recibir un esclarecimiento sobre la naturaleza y los objetivos de los procedimientos diagnósticos, preventivos y terapéuticos, así como ser informado sobre procedimientos invasivos, duración del tratamiento, sus beneficios y probables incomodidades, y de los posibles riesgos físicos, psicológicos, económicos y sociales (14).

Relacionando estos aportes, a continuación se presentará una analogía entre dos principios bioéticos como son la justicia y la autonomía, debido a que por distribución equitativa el empoderamiento del conocimiento no demerita el conocimiento universal de la información y en este orden de ideas, el paciente como beneficiario directo de nuestras intervenciones merece recibir una información de calidad y con oportunidad, en donde pueda aclarar todas sus dudas y pueda estar confiado de cada uno de los procedimientos.

Con respecto al principio de autonomía se observa que filósofos como Aristóteles, en su obra *Ética a Nicomaco*, establece que todas las acciones que se cometen a lo largo de la vida se relacionan directamente con la consecución de un bien, sea material o inmaterial, las cuales determinan cómo el ser humano crece en medio de la acción de un bien el cual no implica que su acción sea benéfica o maléfica, de la siguiente manera:

Todo arte y toda investigación e igualmente toda acción y libre elección parecen tender a algún bien, por esto se ha manifestado, con razón, que el bien es aquello hacia lo que todas las cosas tienden (18).

Con respecto a este postulado Aristóteles nos habla del principio de autonomía en términos de que el hombre es capaz de alcanzar los bienes (cualquiera que sea el objeto de su bien) por medio de dos caminos: el camino del exceso o el del defecto, que se encuentran mediados por algo denominado término medio, en donde las pasiones y acciones median entre los extremos de las acciones y que estas acciones van ligadas directamente con las experiencias y las sensaciones percibidas por este ser humano.

Es así como se evidencia la necesidad de que cada uno de los profesionales de la salud conviertan esos extremos de absoluta enfermedad en la satis-

facción de necesidades conjuntas, promoviendo una cultura donde las decisiones de cada una de las partes sean tomadas en cuenta, basándose en el objeto de su bien sin que este sea conforme a los quereres o contrario a los deseos.

Stuart Mill ha establecido la autonomía en términos de felicidad y de la forma en la que como seres humanos la alcanzan. Es así como Mill define la felicidad como:

El credo que acepta la Utilidad o el Principio de la Mayor Felicidad como fundamento de la moral, sostiene que las acciones son justas en la proporción en la que tienden a promover la felicidad, e injustas cuando tienden a producir lo contrario de la felicidad (19).

Esta definición de felicidad nos evidencia que la autonomía en términos de felicidad se encuentra ligada a la moralidad de los actos y a la intencionalidad de las acciones, es así como para algunas personas la felicidad y la autonomía se dan en términos de la utilidad de cada una de esas acciones y el beneficio que le implica para la vida el ejecutarlas o no. Pero entonces es precisamente allí donde surge una nueva pregunta: ¿cómo se puede definir a la felicidad y cómo esto puede impactar en esta realidad tratada del trasplante de órganos?

Es allí donde Stuart Mill responde esta pregunta, el concepto de felicidad de este filósofo es el siguiente:

Se entiende por felicidad el placer y la ausencia de dolor; por infelicidad el dolor y la ausencia de placer (...). El placer y la extinción del dolor son las únicas cosas deseables como fines (...). La vida tiene un objeto del placer, un deseo al cual perseguir [...] (19).

Con respecto a este postulado se puede responder el planteamiento anterior: si la felicidad es la ausencia de dolor, entonces se ve que como realidad, los sujetos de cuidado lo viven a diario, y si el objeto de la felicidad es el deseo o el placer que la vida persigue como bien último, se hace necesario entonces que el profesional de enfermería no solo recupere en el ser humano la pasión y el deseo por perseguir, sino que de igual forma fortalezca la felicidad y el placer por medio de la autonomía de los individuos en sus labores de cuidado.

De otro lado, Kant en la *Crítica de la Razón Pura* nos evidencia que la voluntad es:

La razón vincula, pues, toda máxima de la voluntad como universalmente legisladora a cualquier voluntad y también a cualquier acción para consigo mismo, y esto no en virtud de ningún otro motivo práctico o en vista de algún provecho futuro, sino por la idea de la dignidad de un ser racional que no obedece otra ley que aquella que él se da a sí mismo (20).

Con respecto a este postulado se evidencia cómo la máxima entidad legisladora es la voluntad propia del ser humano donde por acción de esa misma voluntad, se da y se saca provecho de las acciones en virtud de la idea de dignidad del ser humano. Es por esto que la ejecución de un cuidado multicultural e integral permite no solo la intervención holística de este ser humano sino que de igual forma, brinda herramientas de manejo que hace que los pacientes sientan felicidad de sentirse autónomos en la decisión sobre sus cuerpos y en especial de sus órganos.

En concordancia con lo anterior se evidencia que el principio de beneficencia se refiere al deber de hacer bien a la persona en condición de enfermedad y obrar en función del beneficio posible del paciente. Como lo resalta Engelhardt en su obra *Los fundamentos de la Bioética*:

[...] no hay bienes en sí, clásicamente denominados bienes honestos o bienes morales, ¿en qué consistirá hacer el bien al paciente? No en otra cosa que hacer al paciente lo que él o sus familiares piensen que es su bien, lo que variará enormemente de un caso a otro, llevando sin duda una fuerte carga relativista, porque el hombre se convierte, como para Protágoras, en la medida del hombre (21).

Con respecto a este principio se hace necesario entender que nadie es capaz de conocer el bien que puede tener algo para mi vida que mi propio ser, es por eso que en el momento de hacer cualquier intervención que implique el manejo de cualquier condición, se evidencia cómo el paciente es el pilar de esa intervención y que nadie más que él mismo y sus allegados, podrían estar en condiciones de decidir, de calificar y cualificar una intervención como benéfica; es por esto que como profesionales de enfermería se debe garantizar que los pacientes y sus familias tengan una participación activa en la atención del paciente, socializando con ellos cada uno de los beneficios y consecuencias, dándoles a conocer estas acciones de forma oportuna y pertinente. De otro lado cabe resaltar que el principio de beneficencia no debe limitarse tan solo al concepto de siempre, de una acción que no

cause daño directo a los pacientes; de igual forma se puede acuñar este término para concluir a favor de una acción que pueda contribuir y ser útil para el paciente de forma que exprese el mejoramiento de una línea o de un aspecto del cuidado.

Otro de los principios fundamentales para la bioética y en especial para la ciencia de los trasplantes, es el principio de no maleficencia en donde se contempla que debe evitarse el daño a toda costa. Es allí donde es necesario que como sujetos morales se intervenga de manera directa sobre la situación clínica de una persona por medio de las acciones basadas en la interdisciplinariedad, el pluralismo incluyente y proponente de nuevos conocimientos con el fin de disminuir los errores en el proceso de atención y de esta forma promover el ejercicio de una práctica clínica con calidad y calidez.

Por último, se debe resaltar el principio de justicia el cual se refiere a la obligatoriedad del acceso que tienen los ciudadanos a los servicios prestados por el Estado. Es así como Hobbes establece dos principios regentes de justicia:

Primer principio de justicia: cada persona ha de tener un derecho igual al más amplio y total sistema de libertades básicas, compatible con un sistema similar de libertades para todos.

Segundo principio de justicia: las desigualdades económicas y sociales se tienen que estructurar de manera que redunden en mayor beneficio de los menos aventajados, de acuerdo con un principio de ahorro justo y unidos a que los cargos y funciones sean asequibles a todos, bajo condiciones de justa igualdad de oportunidades (22).

Con respecto a este postulado se ve cómo el profesional de enfermería debe velar por el acceso de todos los usuarios a un Sistema de Salud en donde se garantice la calidad y en donde el pilar fundamental deba ser la libertad de acceso, sin barreras, como el estado socioeconómico o las condiciones sociales, garantizando que todos los pacientes tengan acceso a los recursos tecnológicos de valoración integral de los mismos, de forma que sus condiciones clínicas sean tratadas a tiempo y sin restricciones económicas, de aseguramiento o de carácter social.

Es precisamente en este punto donde, en el proceso de formación como profesional, se encuentra el punto más importante, donde se hace necesario hacer hincapié y llamar la atención de todos profesionales

de enfermería a que se rescate el rol holístico del profesional dentro del ámbito clínico y comunitario, donde no solo se trabaje con los pacientes desde un enfoque de prevención, sino también por medio de una intervención generalizada dentro de las diferentes dimensiones del ser humano, previniendo tanto la aparición de nuevos casos directamente relacionados con los trasplantes como único camino de curación, sino que también, la reemergencia de enfermedades crónicas en la población que pueden generar a su vez complicaciones mortales disminuyendo la calidad de vida del ser humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Norrie M. Human tissue transplants: legal liability in different jurisdiction. *International and Comparative Law Quarterly*. 1985; 34(3): 442-451 [revista en línea]. Disponible en: <http://journals.cambridge.org/abstract_S0020589300043347>. Consultado el 20 de febrero de 2012.
2. Burgos V, Amador A, Ballesteros B. Calidad de vida en pacientes con trasplante de hígado. *Universia. Psychology*. 2007; 6 (2): 383-397 [revista en línea]. Disponible en: <<http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V6N215.pdf>>. Consultado el 22 de febrero de 2012.
3. Pascual P. Manual sobre donación y trasplante de órganos. Madrid. Editorial Mc Graw Hill. 2008.
4. Turnes L. Trasplantes y trasplantadores. *Sindicato Médico del Uruguay*. 2008; 9 (9) [revista en línea]. Disponible en: <<http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/transplantes.pdf>>. Consultado el 22 de febrero de 2012.
5. Carral J, Parellada J. Aspectos históricos y bioéticos sobre el trasplante de órganos. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*. 2008; 1-4 [revista en línea]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_1_03/mie11103.htm>. Consultado el 24 de febrero de 2012.
6. Aristizábal C, Arévalo S, Osorio S, Munevar J, Arévalo L, Gutiérrez A, Rincón M. Seis miradas sobre bioética clínica. Bogotá. Colombia. 2001. Colecciones Bios y Ethos. Ediciones El Bosque. Págs. 50-51.
7. Schonder K. Pharmacology of immunosuppressive medications in solid organ transplantation. *Critical Care Nursing Clinical*. Mosby's. 2011; 23(3): 405-423 [revista en línea]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22054818>>. Consultado el: 24 de febrero de 2012>.
8. Ministerio de la Protección Social. Reglamentación del manejo de componentes anatómicos. Decreto 2493 de 2004. Bogotá. Colombia. 4 de agosto de 2004.
9. León F. Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Acta Bioethica*. 2009; 15 (1): 70-78 [revista en línea]. Disponible en: <<http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v15n1/art09.pdf>> Consultado el 26 de febrero de 2012.
10. Amaro M. Principios básicos de la bioética. *Revista Cubana de Enfermería*. 1996; 12 (1): 2 [revista en línea]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12_1_96/enfo6196.htm>. Consultado el 26 de febrero de 2012.
11. Meléndez D, Martínez M, Fariñas L, Posada A, Milán D. Implicaciones éticas de la muerte cerebral y los trasplantes de órganos. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*. 2005; 24 (1): 5-6 [revista en línea]. Disponible en: <<http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v24n1/ibio8105.pdf>>. Consultado el 28 de febrero de 2012.
12. Asamblea Nacional Cubana. Código Civil Cubano. Ley Número 59 de 1988. La Habana. Cuba. 12 de Abril de 1988.
13. Organización Mundial de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. USA. 1947 [en línea]. Disponible en: <<http://www.un.org/es/documents/udhr/history.shtml>>. Consultado el 7 de junio de 2012.
14. Monteiro M, Barbosa R, Barroso M, Vieira F, Pinheiro A. Dilemas éticos vivenciados por enfermeros y presentados en publicaciones de enfermería. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. 2008; 16 (6): 1054-1059 [revista en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000600019&script=sci_arttext&tlng=es>. Consultado el 1 de marzo de 2012.
15. Vélez E. Donación de órganos, una perspectiva antropológica. *Revista Española de Enfermería Nefrológica*. 2007; 10 (3): 19-25 [revista en línea]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752007000300004&script=sci_arttext>. Consultado el: 2 de marzo de 2012.
16. Ripoll F. Donación-trasplante de órganos: Concienciación de los profesionales sanitarios y población. Sensibilización a través de los medios. *Revista Enfermería Global*. 2003; 2 (2): 1-13 [revista en línea]. Disponible en: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/663>>. Consultado el 4 de marzo de 2012.

17. Martínez A, Zabalza M. Cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante potencial de órganos en muerte encefálica. *Revista de Enfermería Intensiva*. 2001; 12 (1): 10-20 [revista en línea]. Disponible en: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1705848>>. Consultado el 5 de marzo de 2012.
18. Aristóteles. *Ética a Nicomaco*. Libro I. Capítulo I. Madrid: Alianza. Pág. 131.
19. Mill J. *La ética utilitarista*. Capítulo: Un sistema de lógica, Madrid: Alianza Editorial, 1984.
20. Kant I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Cap.2: Tránsito de la filosofía moral popular a la metafísica de las costumbres, Editotial El Ateneo, Buenos Aires, 1951, p.515.
21. Engelhardt T. *The foundations of bioethics*. Oxford University Press, New York, 1986, 2º ed. 1995, trad. española: *Los fundamentos de la bioética*, Paidós, Barcelona-Buenos Aires-México, 1995.
22. Hobbes T. *Opera philosophica latina (O.L.) II*, Edición Molesworth, Londres 1839-1845, 2º ed.1966, Scientia Verlag, Pág. 94.