UCA
Pontificia Universidad Católica Argentina
Biblioteca digital
de la Universidad Catolica Argentina

Previgliano, Ignacio J. ; Cabezas, Viviana ; Pierini, Liliana

El proceso de donación trasplante : una mirada interdisciplinaria

Vida y Ética. Año10, Nº 2, Diciembre 2009

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.
La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

PREVIGLIANO, Ignacio J., CABEZAS, Viviana, PIERINI, Liliana, "El proceso de donación trasplante: una mirada interdisciplinaria", *Vida y Ética,* año 10, nº 2, Buenos Aires, (diciembre, 2009).
http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/proceso-donacion-trasplante-mirada-interdisciplinaria.pdf

Se recomienda ingresar la fecha de consulta entre corchetes, al final de la cita Ej: [Fecha de acceso octubre 9, 2001].

EL PROCESO DE DONACIÓN TRASPLANTE.

UNA MIRADA INTERDISCIPLINARIA

Ciudad de Buenos Aires, viernes 18 de septiembre de 2009

Dr. Ignacio J. Previgliano

- Médico, especialista en Neurología y Terapia Intensiva
- Prof. Asoc. de Medicina II y III (Universidad Maimónides)
- Director del Curso Superior de Especialista en Terapia Intensiva (Universidad Maimónides)
- Coordinador de Unidad de Terapia Intensiva A del Hospital General de Agudos J. A. Fernández
- Vicepresidente de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

Dra. Viviana Cabezas

- Vicepresidente de A.A.PR.O.T. (Asociación de Procuración de Órganos y Tejidos)
- Médica, especialista en Medicina Interna.
- Médica de Terapia Intensiva del Hospital J.M. Ramos Mejía
- Médica de la Unidad de Gestión de Auditoria del Programa Federal de Procuración y Trasplante de Órganos y Tejidos, INCUCAI

Lic. Liliana Pierini

- Licenciada en Psicología
- Coordinadora Hospitalaria del Hospital de Agudos Dr. Vélez Sarsfield
- Psicóloga de guardia de Buenos Aires Trasplante
- Integrante del Comité de Bioética del HGAVS
- Encargada Docente de la Facultad de Medicina, cátedra de Psiquiatría (UBA)
- Secretaria Científica de la Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad
- Integrante del Comité de Docencia e Investigación del Hospital de Agudos Dr. Vélez Sarsfield

Palabras clave

- Donante de órganos
- Muerte bajo criterios neurológicos
- Mantenimiento

Key words

- Organ donor
- Death under neurological criteria
- Maintenance

RESUMEN

El trasplante de órganos es hoy un tratamiento habitual pero que tiene su limitación más importante en el total de órganos donados, que si bien va aumentando año tras año, no alcanza para satisfacer las demandas cada vez más crecientes, tornándose en un problema sanitario mundial. No es redundante precisar que el proceso de donación trasplante es sumamente complejo y que requiere la actuación de un número importante de sujetos, de las instituciones asistenciales y de la sociedad en general. En este artículo se intenta realizar un resumen esquemático de un proceso de donación a corazón batiente, que inicia con la llamada de detección; pasando por el diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos; selección, evaluación y mantenimiento del potencial donante; distribución de órganos y tejidos; y finalmente el punto más complejo que es el abordaje familiar en un contexto de altísima crisis.

ABTSRACT

Organ transplantation is nowadays a usual treatment, but its most important limitation is the number of organs donated, even though it is increasing year after year, it is not enough to satisfy the growing demand, so turning transplantation into a world-wide sanitary problem. The transplantation process is extremely complex and requires the participation of many agents, supporting institutions and the whole society. The aim of this work is to synthesize the heart beating donation process, which starts with the detection call, continues with the diagnosis of death under neurological criteria; potential donor's selection, evaluation and maintenance; distribution of the organs and tissues; and finally the most complex topic, the dialogue with the family in an extremely critical context.

INTRODUCCIÓN

Según el registro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se realizan al año entre 90 y 95.000 trasplantes de órganos e incontables de tejidos y células. Ello da una idea de que ya no se trata de tratamientos y técnicas extraordinarias y experimentales, sino de una actividad cada vez más frecuente y que afecta a un sector cada día mayor de la sociedad. Está probado que el beneficio social y económico del trasplante es evidente.

Este avance de la actividad trasplantológica se basa sustancialmente en los buenos resultados, medidos en sobrevida y calidad de vida, que este tratamiento

ofrece a los pacientes con insuficiencia terminal de alguno de sus órganos. Y esto se debe a las mejoras en las técnicas quirúrgicas, a la experiencia de los equipos medico-quirúrgicos y a la disponibilidad de nuevas drogas inmunosupresoras.

De modo que hoy, en el siglo XXI, el trasplante se ha convertido en un tratamiento de rutina, que al restaurar la salud de los pacientes posibilita su reincorporación a la actividad cotidiana, familiar, social y laboral. No obstante todos los países y por ende los pacientes en lista de espera, tienen una limitación para acceder a este potencial terapéutico, que es la escasez de órganos para trasplante.

Cada día son más las indicaciones de trasplante, o sea, cada día se inscriben más pacientes en lista de espera, sobre todo con indicación de trasplante renal. Pero el número de donantes, si bien también muestra una pendiente ascendente, es francamente menor de lo que se requiere para satisfacer la demanda creciente. Nos enfrentamos entonces a un grave problema sanitario, que demanda respuestas complejas por parte de los sistemas de salud.

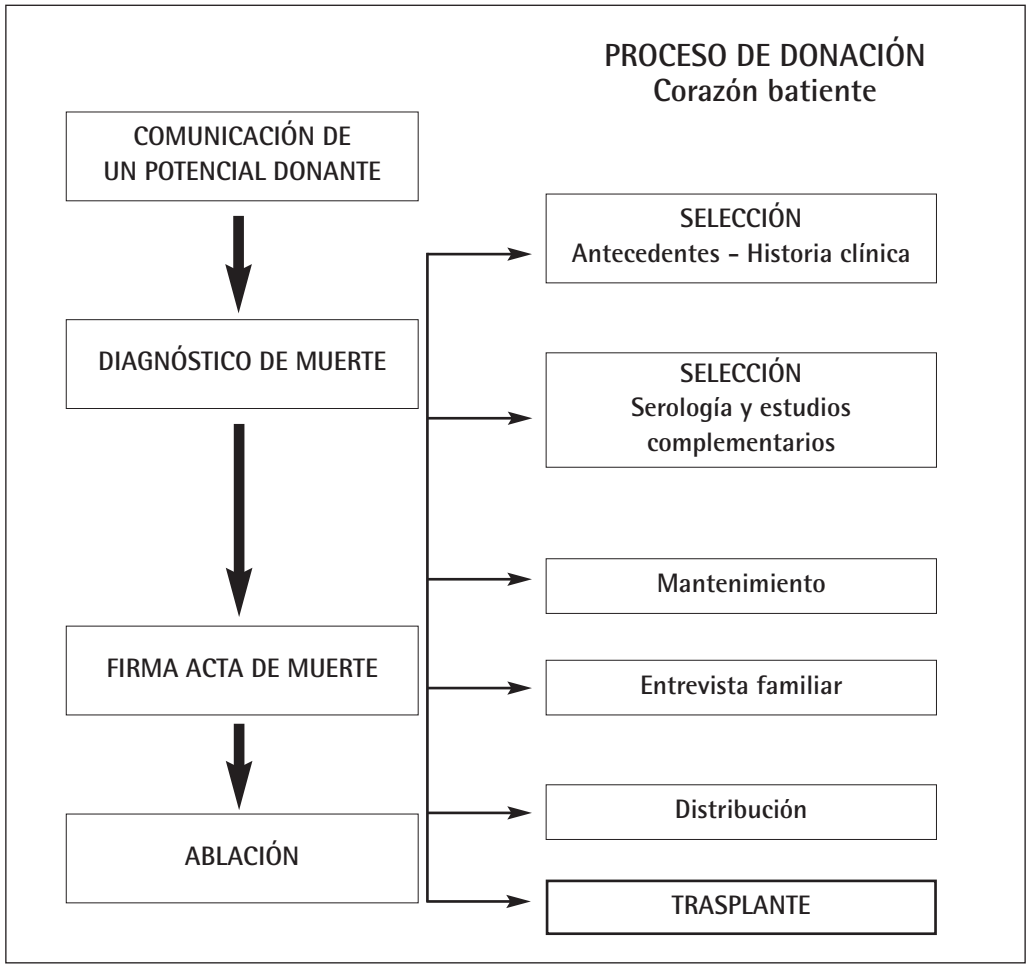
Nuestro país no escapa a esta realidad universal. Desde la implementación del Programa Federal de Procuración y Trasplante el número de donantes se duplicó, no obstante está lejos del número de donantes alcanzados en España o en los Estados Unidos. El trabajo sistematizado permitió este salto cuali-cuantitativo, más donantes efectivos y más y mejores órganos disponibles para trasplante, con un mayor número de trasplantes realizados. De 6,42 donantes por millón de habitante (pmh.) en 2003 se pasó a 13,06 pmh. en 2008. Se realizaron 559 trasplantes en 2003 y 2287 en 2008. Pero los promedios ocultan algunas realidades, y provincias como Corrientes y Entre Ríos superan los 30 donantes pmh., por lo que es legítimo pensar que todo el país podría acercarse a esas tasas.

PROCESO DE DONACIÓN - TRASPLANTE

No es reiterativo decir que el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos es complejo y largo, contiene numerosas etapas y acciones dentro y fuera del ámbito de las instituciones asistenciales y que involucra no sólo a los médicos y enfermeros que asistieron al paciente, sino al personal de laboratorio, radiología, quirófanos, etc. y también a otro conjunto de personas, (personal policial y/o judicial, etc.), además por supuesto, a los familiares del donante. A lo que se agrega al final de la cadena a todos los equipos y los pacientes que recibirán el órgano donado. Esto lo dota de una particular complejidad, que no puede quedar librado a su natural desarrollo, sino que debe ser conducido por personal específicamente entrenado.

En nuestro país este proceso está escindido ya que sus dos actividades sustanciales transitan carrilles bien diferenciados. La obtención de órganos y tejidos es llevada a cabo por organismos públicos especializados en la materia y externos a las instituciones de salud. Los trasplantes se realizan en instituciones públicas y privadas, siendo estas últimas las más numerosas. Esta separación se constituye en el mayor de los escollos ya que torna aún más dificultoso a este proceso de por sí complejo.

Entendiendo que es un proceso dinámico y entrelazado en sus distintos eslabones, un proceso de donación a corazón batiente puede sintetizarse a modo ilustrativo en el siguiente esquema:



DETECCIÓN

"Sin dejar de comprender que la donación y el trasplante de órganos es hoy en todo el mundo un ***problema del sistema sanitario****, son los profesionales e instituciones asistenciales los mayores actores en el proceso de lograr mayor cantidad de donantes, y es en ellos donde debe encontrarse respuesta a la escasez de órganos".*

La detección es, a los efectos prácticos, el inicio del proceso de donación. La presencia de un paciente con criterios de muerte encefálica debe ser comunicada para realizar la evaluación y el mantenimiento. Este es uno de los puntos críticos del proceso y no deja de ser redundante insistir que la responsabilidad de que se comuniquen todos los potenciales donantes sigue y deberá seguir estando en los profesionales de las instituciones asistenciales.

La organización de la actividad de procuración de órganos y tejidos para trasplante en nuestro país se basa en dos modelos, uno *extrahospitalario*, en el cual son las instituciones de salud, a través de sus profesionales, las que nos comunican la existencia de un posible donante (PD); y el modelo *intrahospitalario*, que tiene como eje la figura del "Coordinador Hospitalario de Trasplante", en general un médico de las áreas críticas, el cual es formado en la detección y selección de PD, siendo un referente de la temática de donación-trasplante de su establecimiento.

SELECCIÓN Y EVALUACION

La evaluación del PD incluye: edad, patología infecciosa, enfermedades neoplásicas, enfermedades sistémicas. Inicialmente se recaban datos de los antecedentes del mismo: a través de la historia clínica y del interrogatorio familiar, examen físico, estudios complementarios, laboratorio completo en sangre y orina (para evaluar la función de cada órgano), test de embarazo en mujeres de edad fértil y todos aquellos que se requieran para completar la evaluación.

Se debe realizar un panel de serología, que comprende: serología para HIV, Hepatitis B y C, Toxoplasmosis, Citomegalovirus, VDRL, Chagas, Brucelosis y HTLV 1 y 2.

Para mayor seguridad de no transmitir HIV se toman en cuenta además de los resultados serológicos aquellos factores considerados de riesgo, como antecedentes carcelarios, tatuajes, *piercings*, drogadicción, prosmicuidad sexual.

Las contraindicaciones absolutas son:

- HIV.
- Infecciones activas por virus y hongos.
- Tuberculosis en actividad.
- Enfermedades oncológicas: con excepción de tumores in situ de cuello uterino, algunos tumores de piel, algunos tumores del

SNC que no produzcan diseminación a distancia (salvo para córneas). [1]

Las contraindicaciones relativas:

• Infecciosas: infecciones localizadas en el donante, con germen aislado y tratamiento antibiótico específico, siguiendo el mismo en los receptores.
• Infecciones del SNC (Meningitis bacterianas), con germen aislado y más de 48 horas de tratamiento antibiótico.
• Serología positiva para Hepatitis B y C (órganos aptos para receptores positivos).
• Edad del donante.
• Antecedentes de HTA de larga data con compromiso orgánico.
• Antecedentes de Diabetes con algún compromiso orgánico.
• Alcoholismo.
• Uso crónico de medicamentos que comprometan algún órgano.
• Durante el acto quirúrgico de extracción de los órganos se evalúa la macroscopía (aspecto externo), y si hay alteraciones se toman muestras de biopsia y con el resultado se decide el implante.

MANTENIMIENTO

El objetivo del mantenimiento es preservar la función de los órganos para su implante posterior. Los objetivos fundamentales que se deben conseguir en el mantenimiento del donante de órganos son prevenir o revertir los efectos deletéreos que la muerte encefálica produce, a saber:

1. Estabilidad cardiocirculatoria.
2. Oxigenación adecuada.
3. Corrección de la hipotermia.
4. Corrección y tratamiento de otros problemas como la diabetes insípida neurogénica, alteraciones electrolíticas y prevención de infecciones.

DIAGNÓSTICO DE MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS

La muerte encefálica o muerte bajo criterios neurológicos es un diagnóstico clínico avalado por la Ley 24.193.

La misma establece los siguientes pasos a seguir:

1. Prerrequisitos.
2. Examen neurológico.
3. Estudios complementarios.
4. Repetición del examen neurológico.

1. Prerrequisitos

• Causa conocida de daño estructural, con magnitud suficiente y debidamente documentada.

[1] "Documento de Consenso de Infecciones en el Donante", noviembre 2004, ONT; "Evaluación infectológica para donantes de órganos sólidos de Junio 2006. Recomendaciones", *Manual de procedimientos del INCUCAI*, junio 2006. "Documento Internacional de Consenso", ONT, marzo 2006; "Criterios para prevenir la transmisión de enfermedades tumorales", junio 1996.

• Tiempo de evolución del coma apneico suficiente.

- Lesiones encefálicas primarias.
  - ✓ Mayores de 6 años: no menos de 3 hs. de ARM.
  - ✓ Menores de 6 años: no menos de 6 hs. de ARM.
- Lesiones difusas secundarias.
  - ✓ Mayores de 6 años: no menos de 12hs. de ARM.
  - ✓ Menores de 6 años: no menos de 24 hs. de ARM.

• Ausencia de efecto de drogas depresoras del SNC y/o relajantes neuromusculares. En caso de drogas cuantificables es conveniente su dosaje plasmático. Con drogas no mensurables se debe esperar entre cuatro y cinco vidas medias. Cuando se sospechan drogas de abuso o intoxicación, 48 hs. de espera son suficientes, comenzar el diagnóstico de ME:

• Temperatura rectal $\geq$ 32ºC.

• TAS > 90 mmHg o TAM > 60.

• Ausencia de disturbios metabólicos y/o endocrinos.

• Se excluyen:
- Menores de 7 días de vida.
- Anencefálicos.

2. Examen clínico neurológico

• GCS 3/15.

• Abolición de reflejos de tronco encefálico.
- Pupilas intermedias o midriáticas arreactivas.
- Ausencia de sensibilidad y respuesta motora facial:
  - ✓ Corneano abolido.
  - ✓ Ausencia de mueca de dolor.
- Ausencia de movimientos oculares espontáneos y/o reflejos (OC y OV).
- Reflejos bulbares abolidos (tusígeno, nauseoso y deglutorio).

• Apnea "definitiva". Para la verificación de la apnea definitiva se debe realizar el test de oxigenación apneica:

a. Llevar a normocapnia con FiO2 1, en paciente monitorizado (ECG, SpO2) al menos durante 10 minutos.

b. Tomar muestra de gases.

c. Desconectar del respirador y colocar cánula con flujo > de 5 l.

d. Evaluar aparición de movimientos respiratorios durante 10 minutos.

e. Tomar muestra de gases.

f. Criterios de suspensión:
- I. Inestabilidad hemodinámica.
- II. Arritmia.
- III. Desaturación.

Se considera que la prueba es positiva cuando la PCO2 es mayor a 60 mmHg o un 20% de los valores basales.

3. Estudios complementarios

a. Métodos de detección de flujo

Angiografía de los 4 vasos

Los criterios diagnósticos, son los siguientes: ausencia de progresión de flujo

más allá de las apófisis clinoides, ausencia de parenquimograma, llenado retrógrado del polígono desde las leptomeníngeas.

Las ventajas son que no se altera por drogas y no presenta falsos positivos. Por otro lado, como desventajas se cuentan que el paciente debe ser trasladado a la sala de hemodinamia, y requiere varias horas para su realización.

Doppler transcraneano

Los criterios diagnósticos son los siguientes: el paro circulatorio cerebral se confirma si los hallazgos de ultrasonido se documentan intra y extracranealmente, en forma bilateral, en dos oportunidades con un intervalo de al menos 30 minutos. Es un método de gran especificidad.

Como ventaja se cuenta que se puede realizar al costado de la cama del paciente y que no se altera por drogas. Las desventajas son las siguientes: es operador dependiente. No puede utilizarse en recién nacidos por presentar la fontanela abierta y mayor elasticidad del cráneo. Igual problema se presenta en adultos con drenaje ventricular o grandes craniectomías.

Angiografía radioisotópica

Los criterios diagnósticos son ausencia de flujo encefálico, con flujo conservado en calota que da una imagen típica de "vacío cerebral". Las ventajas son similares a las de la angiografía. Como desventajas se observa que requiere la movilización del paciente y demora varias horas hasta completar el estudio.

b. Métodos electrofisiológicos

EEG

Como criterios diagnósticos se observa una actividad menor a 2 microvoltios, sostenida durante 30 min. Se debe utilizar un mínimo de 8 electrodos y un máximo de 16, con una impedancia entre 100 y 10000 oms.

Como ventajas se enumeran que es un medio estandarizado, de fácil interpretación por cualquier neurólogo y disponibilidad prácticamente universal. Por otro lado, las desventajas son que puede dar falsos positivos de línea isoeléctrica. Afectado por barbitúricos, sedantes y trastornos metabólicos. También puede dar falsos negativos por "ruido eléctrico" secundadario a los aparatos de la UTI.

Potenciales evocados multimodales

Los criterios diagnósticos son los siguientes: en los potenciales evocados somatosensitivos: ausencia de ondas N20 y P22. En los auditivos: presencia de onda I y ausencia de las restantes.

Entre las ventajas se cuentan: método reproducible, disponible en la mayor parte

de las ciudades. Y entre las desventajas: puede dar falsos negativos por interferencias eléctricas; la ausencia de señal inicial (onda I y señal de nervio periférico) puede estar influida por edema o trauma.

4. Repetición del examen neurológico

El objetivo es demostrar la persistencia, en un período adecuado de tiempo, de los hallazgos iniciales. La condición es la de mantener los prerrequisitos. Se deben realizar intervalos entre las evaluaciones, a saber:

- Adultos (mayor de 6 años): 6 hs.
- Niños:
  - Entre 7 y 60 días: 48 hs.
  - Entre 2 y 12 meses: 24 hs.
  - Entre 1 y 6 años: 12 hs.
- La hora de muerte es la de la primer evaluación.

DISTRIBUCIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

De acuerdo a la Resolución del Ministerio Nacional de Salud de la Nación n. 542 del 19 de mayo de 2005, los criterios de distribución y asignación de órganos y tejidos cadavéricos se sustentan en normas técnicas que contemplan la equidad en el acceso al trasplante, en la asignación de órganos y tejidos entre los potenciales receptores y en la transparencia de los procedimientos, basándose en los principios de solidaridad, altruismo, eficacia y calidad.

Todas las normas de distribución son elaboradas por el INCUCAI con aportes y la aprobación del **Comité de Bioética del INCUCAI**, de cada una de las **Comisiones Asesoras Honorarias** integradas por expertos y jefes de equipos de trasplante autorizados, e integrantes del **Consejo Federal de Trasplante** (COFETRA), conformado por los representantes jurisdiccionales de cada provincia. Estas normativas son evaluadas, y eventualmente modificadas, cada dos años.

CRITERIOS MÉDICOS

Estos criterios se basan en las condiciones clínicas del potencial receptor. Se determinan así **Categorías Clínicas de Emergencia, Urgencia y Electivo**, en relación a la gravedad y los procedimientos y tratamientos médicos necesarios para el cuidado del paciente.

La Categoría de Emergencia supone una expectativa de vida no mayor a siete días, con necesidad de internación en Terapia Intensiva y asistencia cardiorrespiratoria. El paciente en categoría de Electivo es aquel cuya expectativa de vida puede medirse en meses o años y pudiendo estar externado a pesar de requerir ciertos tratamientos. Los pacientes en Urgencia están en una situación intermedia entre la Emergencia y el Electivo.

Además de la situación clínica se contemplan otros criterios médicos de com-

patibilidades entre donante-receptor, como la Histocompatibilidad (HLA), compatibilidad antropométrica (relación de peso, talla y otros perímetros corporales), compatibilidad de grupo sanguíneo (igual grupo o grupo compatible AB0), todas tendientes a minimizar los fenómenos de rechazo aumentando las posibilidades de un buen funcionamiento post trasplante.

CRITERIO DE TERRITORIALIDAD

Este criterio está basado en el domicilio del paciente y se fundamenta en procurar la mayor eficacia y eficiencia operativa con el acortamiento de los tiempos de isquemia (tiempo que va entre la extracción y el implante, y que produce cierto deterioro en el órgano).

PROCEDIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN

Al momento de producirse la donación y de acuerdo a las características del donante y la provincia donde se produce la donación, el sistema selecciona los pacientes otorgándoles un lugar en la lista de distribución siguiendo un orden previamente establecido por las resoluciones específicas para cada órgano.

En términos generales la secuencia es la que sigue:

• EMERGENCIA ⟶ Es NACIONAL
(No cumple criterios de territorialidad).
Desempata por tiempo en lista de espera.

• URGENCIA ⟶ Es NACIONAL
Desempata por territorialidad (provincia, región) primero y luego por tiempo en lista de espera.

ELECTIVO ⟶ Primero: paciente provincial.
Segundo: paciente regional.
Tercero: paciente nacional.

En todos los casos se desempata por tiempo en lista de espera.

ABORDAJE FAMILIAR

"Curar a veces, mejorar a menudo, confortar siempre." (Epitafio Dr. Trudeau)

Si acordamos que las entrevistas de donación son complejas, se requiere de los profesionales actuantes una actitud que traspase los límites propios de su disciplina, que tolere la incertidumbre y la angustia que estas situaciones provocan.

El abordaje a los familiares de un potencial donante se realiza en un contexto de crisis emocional, la crisis que la noticia de la muerte ha producido. Y es en este contexto y en unas pocas horas, que deberán lograrse dos objetivos:

• Aceptación de la muerte, inicio del duelo.
• Aceptación de la donación de órganos y tejidos.

Los profesionales sanitarios en general y el médico en particular, no han sido formados para compartir y convivir con la muerte, sino sólo para combatirla. El médico puede vivir este hecho como un fracaso, que además le remite a su propia muerte, le produce angustia y le mueve a evitar la situación. Por eso es necesario que los profesionales reciban entrenamiento en comunicación para poder ayudar a las personas en duelo. Además se necesitan ciertas aptitudes de parte del entrevistador:

• Conocer el proceso que sigue el doliente.
• Tener experiencias de contacto con el sufrimiento.
• Desear consolar.
• Haber reflexionado sobre su propia muerte.

El componente básico de la comunicación en este tipo de abordajes (comunicar la muerte) es "la relación de ayuda", que contiene una serie de componentes verbales y no verbales que en el transcurso del abordaje se dan juntos y entremezclados. A estos componentes de la comunicación también hay que sumarles aquellos relacionados directamente con el entrevistador.

Definimos "relación de ayuda" como una relación "terapéutica", que requiere el "cara a cara" y un ambiente adecuado, en donde existan las menores interferencias posibles. Los objetivos fundamentales no sólo están dirigidos a los entrevistados, para ayudar a comprender e iniciar el proceso de adaptación a esta nueva situación, sino también a disminuir la tensión que estas situaciones de extrema angustia ocasionan en el entrevistador. Se trata de iniciar y establecer una relación de empatía: "ponerse en el lugar del otro sin ser el otro". El objetivo es buscar soluciones a los problemas que plantea la nueva situación. El dolor es el mismo, lo siente igual pero puede transitarlo mejor.

Siempre entendiendo que es un proceso dinámico, se puede esquematizar el abordaje familiar de la siguiente forma:

• Antes de iniciarlo se deben establecer los objetivos, y luego de la presentación es importante que los familiares hablen de la situación en que se encuentran, para poder conocerlos.
• Es necesario escuchar activamente y organizar el orden de la entrevista, de modo de enfocar o dirigir la atención de la familia hacia los temas que nos importan.
• Al finalizar hay que asegurarse de haber establecido mecanismos de contacto posteriores.

Los objetivos son:

• Dar información clara, honesta y directa. Sólo después de aceptada la nueva situación, los familiares estarán en condiciones de asumirla e iniciar el duelo.

• Disminuir el impacto y el daño potencial que esta situación puede generar. Para ello se deben aceptar los sentimientos y comportamientos del familiar a fin de estimular el inicio de un duelo adaptativo.

• Posibilitar a la familia una percepción realista de la pérdida. En términos generales una realidad dolorosa es más manejable que la fantasía.

Los elementos con que se cuentan para poder llevar adelante lo antedicho pueden sintetizarse de la siguiente manera:

LENGUAJE VERBAL

• **Clarificación**. Asegurase que recepcionan el mensaje con preguntas claras.

• **Utilización de paráfrasis**, la repetición no literal de un mensaje determinado.

• **Reflejo de emociones**.

• **Auto revelaciones**.

• **Resúmenes de información**.

• **Preguntas abiertas y respuestas orientadas**.

LENGUAJE NO VERBAL

• **Postura corporal y orientación**. Evitar poner barreras que separen respetando los espacios interpersonales.

• **Contacto ocular, expresión facial y ademanes**.

• **El tono y el volumen de la voz**.

Nunca se debe olvidar que *"cada entrevistado es un universo diferente que tendremos que ir descifrando en el devenir de la relación de ayuda para poder actuar de acuerdo a lo que el otro necesita, para poder estar en línea con lo que le está pasando al otro".*

En resumen, las metodologías de intervención detalladas más arriba están dirigidas a ayudar al familiar a hacer frente a la muerte y apoyarlo para que supere el *shock* inicial. Sólo si logramos este objetivo será capaz de afrontar la situación en mejores condiciones de lo que se podría prever inicialmente. Y solamente en ese momento será capaz de aceptar la donación de órganos con una actitud de esperanza y reparación.