



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

**CAUSAS DE NEGATIVA A LA DONACIÓN REGISTRADAS EN EL PROGRAMA DE
DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE DE LA
COORDINACIÓN DE DONACIÓN DE CENTRO MÉDICO SIGLO XXI.**

M.P.S.S YOSAJANDI ITHAYETZI MARTÍNEZ SANTIAGO

matrícula: 2132031284

ASESOR

**DR ALEJANDRO ALONSO ALTAMIRANO
No. Económico 32356**

29 DE OCTUBRE DE 2019

INTRODUCCIÓN..... 4

CAPITULO I. INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema.....5
 1.2 Justificación.....5
 1.3 Marco teórico.....6
 1.4 Objetivo general.....12
 1.5 Objetivos específicos.....12
 1.6 Hipótesis.....12
 1.7 Metodología.....13
 1.7.1 Tipo de estudio13
 1.7.2 Población, criterios de inclusión, de exclusión.....13
 1.7.3 Variables.....13
 1.7.4 Material y métodos.....13
 1.8 Resultados: cuadros y gráficas.....15
 1.9 Análisis de resultados.....17
 1.10 Conclusiones de la investigación.....18
 1.11 Bibliografía.....21

CAPITULO II DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN

1. Datos históricos.....22
 2. Geografía local.....23
 2.1 Localización.....23
 2.2.Orografía.....23
 2.3 Hidrografía.....23
 2.4 Clima.....23
 2.5 Mapas24
 2.5.1 Mapa del estado.....24
 2.5.2 Mapa del municipio o delegación.....24
 2.5.3 Mapas de características geográficas24
 2.5.4 Croquis de la comunidad o zona.....26
 3. Indicadores demográficos y estadísticas vitales.....26
 3.1 Población total.....26
 3.2 Población y seguridad Social.....27
 3.3 Densidad de población.....27
 3.4 Índice de envejecimiento.....27
 3.5 Tasa de Natalidad.....27
 3.6 Tasa de fecundidad.....27
 4. Indicadores Sociales.....27
 4.1 Educación27
 4.2 Vivienda.....27
 4.2.1 Organización familiar.....28
 4.2.2 Disponibilidad de Agua28
 4.2.3 Eliminación de excretas.....28
 4.2.4 Eliminación de basura.....28
 4.3 Vías de Comunicación.....28

4.4 Economía.....	28
4.4.1 Población económicamente activa.....	28
4.5 Energía Eléctrica.....	29
4.6 Contaminantes ambientales.....	29
4.7 Religión.....	29
4.8 Servicios para el recreo comunitario	29
4.9 Hábitos y Costumbres.....	29
4.9.1 Fiestas Civiles y Religiosas mas Importantes.....	29
5. Daños a la salud.....	29
5.1 Mortalidad General.....	30
5.1.1 Mortalidad por grupos de edad y causas.....	30
5.1.2 Tasa de mortalidad.....	30
5.2 Morbilidad.....	30
5.2.1 Principales causas de morbilidad enfermedades transmisibles.....	30
5.2.2 Principales causas de morbilidad enfermedades no transmisibles..	30
5.3 Brotes Epidemiológicos.....	30

CAPITULO III DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS

1. Recursos y Servicios de Salud.....	31
1.1 Infraestructura en Salud.....	31
1.2 Programas de Salud.....	31
1.3 Recursos Humanos.....	31

CAPITULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

1. Productividad	
1.1 Consultas otorgadas.....	32
1.2 Planificación familiar.....	32
1.3 Control Nutricional por grupos de edad.....	32
1.4 Control de embarazo.....	32
1.5 Control de pacientes crónicos.....	32
1.6 Atención y detección de enfermedades Infecciosas.....	32
1.7 Inmunizaciones.....	32
1.8 Detección de Cáncer de mama y cervicouterino.....	32
1.9 Difusión extra e intrahospitalaria.....	32
1.10 Rotación por Unidad de Trasplante Renal.....	32
1.11 Rotación por Centro Médico.....	33

CAPITULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

1.1 En relación a su formación como persona.....	38
1.2 En relación a su formación profesional.....	39
1.3 En relación a su aportación a la comunidad.....	40
1.4 En relación con su institución educativa.....	42
ANEXOS.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	50

1. INTRODUCCIÓN.

El Registro Mundial de Trasplantes, que gestiona la Organizacional Nacional de Trasplantes (ONT), en colaboración con la Organizacional Nacional de Salud (OMS), eleva a 199 873 el total de órganos trasplantados en el mundo en 2015, lo que representa un aumento del 1,65% respecto al año anterior. De ellos, 79 948 fueron de riñón.

En los últimos cinco años, el número total de trasplantes registrados, se ha incrementado en un 15%, con un ritmo de crecimiento anual de 3%. Pese a este aumento, tanto la OMS como la ONT, estiman que estas cifras representan solamente el 10% de las necesidades mundiales de trasplantes.¹ En México, en el año 2018 se realizaron 2,598 donaciones de personas fallecidas, lo cual presenta un incremento del 26% respecto al año previo (2057 donaciones) y 62% respecto al inicio del sexenio (1064 donaciones en 2012).

De estos, los donantes fallecidos por muerte encefálica incrementaron de 422 a 577 de 2012 a 2018, lo que significa un incremento del 37%. De esta forma, la tasa de donantes por muerte encefálica a nivel nacional, pasó de 3.6 a 4.6 donantes por millón de habitantes, en el mismo periodo, lo que representó un incremento casi del 28%. Así mismo, se registró un total de 2,021 donadores por paro cardiorespiratorio en el 2018, incrementando en 835 donantes respecto al 2012, esto es un incremento del 70%.

En materia de trasplantes, durante el 2018, se registraron un total de 7,674 trasplantes, de los cuales 3,071 fueron renales y 4,317 de tejido corneal. Además, se realizaron un total de 237 trasplantes hepáticos, 26 trasplantes cardiacos.² Para el periodo Enero-Diciembre de 2018, el Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI, tuvo un total de 172 trasplantes renales, de los cuales 100 fueron de donante vivo y 72 de donante fallecido. Así mismo, se realizaron 205 trasplantes corneales, 3 trasplantes cardiacos, 4 trasplantes hepáticos de donante vivo y 5 trasplantes hepáticos de donante fallecido.³

Hablar de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en México, sigue siendo un gran tema de debate, no muy aceptado por algunos grupos y rechazado por algunos mitos y creencias, a pesar de que se da difusión a través de las diversas coordinaciones de donación y programas, aún hay una

¹ Aburto M. JS, Lucio G. CA y Romero M.J. Boletín estadístico informativo del Centro Nacional de Trasplantes BEI-CENATRA. Volúmen III, No. 2. Periodo Enero-Diciembre, 2018. Ciudad de México.

² Aburto-Morales, Salvador. Espinosa-Alvarez Arturo. Trasplantes de órganos y tejidos en México. Rev. Invest. Clin. Volúmen 57. No 2. México marzo-abril 2005.

³ Querevalú-Murillo W. Procuración de córneas por donación. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. Pag. 233-236

amplia lista de espera de órganos y tejidos, que crece cada año, debido a que ha aumentado las personas en espera de algún órgano o tejido y disminuido los donantes. De acuerdo con la base de datos de la Coordinación de Donación de Centro Médico Nacional Siglo XXI, las principales causas de negativa para la donación son: desacuerdo familiar, inconformidad con la atención hospitalaria y respeto a la voluntad del fallecido.

1.1 Planteamiento del problema.

La demanda de órganos y tejidos con fines de trasplante es sin duda, un problema social que se debe de resolver urgentemente, de lo contrario miles de personas seguirán falleciendo al no encontrar un tratamiento a su enfermedad. En México, durante el 2018 se registraron un total de 21 246 personas en espera de algún órgano o tejido, desafortunadamente, solo se realizaron 7 655 trasplantes, de los cuales 4,317 fueron de córnea, que representan solo el 41.4% de la respuesta del sistema de salud a las necesidades de trasplante. Así mismo, 14 802 personas se encontraban en lista de espera de un riñón y solo se trasplantaron 3 071, lo que representa tan solo el 17.2% de la demanda.

Desafortunadamente, estas cifras infravaloran los números reales de las personas que necesitan algún órgano o tejido, pues en algunos estados de la república como es el caso de Oaxaca, Chiapas y Guerrero, no cuentan con la infraestructura para llevar a cabo los trasplantes. Sin lugar a duda, aún falta mucho que reforzar en esta área, pues cada año aumentan las personas en lista de espera, y los donantes no son suficientes para cubrir esta demanda.

A pesar de los avances que se han hecho en torno a la difusión de la cultura de donación, a través de la creación de coordinaciones de donación en diversos hospitales de la república mexicana, aún existe desconocimiento del proceso de donación y las causas de negativa siguen siendo las mismas de acuerdo a la estadística por parte de la coordinación de donación de Centro Médico siglo XXI. Las principales causas de negativa reportadas son desacuerdo familiar, inconformidad con la atención hospitalaria y respeto a la voluntad del fallecido.

1.2 Justificación.

Hay una amplia lista de pacientes que se encuentra en espera de algún órgano o tejido y muy poca gente que acepta la donación. Debido a que existen demasiados mitos y desconocimiento respecto al tema. Por lo que es de suma importancia que la sociedad conozca el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante y se concientice a cerca de la cultura de la donación.

1.3 Marco teórico

El trasplante de órganos y tejidos es el tratamiento de elección para una gran cantidad de pacientes que presentan insuficiencia aguda o crónica de algún órgano o tejido. Sin embargo, la escasez de órganos donados con fines de trasplante es un grave problema en todo el mundo. La Ley General de Salud en su título décimo cuarto sobre donación, trasplantes y pérdida de la vida establece diversos puntos para tener en cuenta durante un proceso de donación y trasplante.

La donación de órganos es la remoción de órganos o tejidos del cuerpo de una persona que ha muerto o de un donante vivo, con el propósito de trasplante⁴ Un donador es aquella persona que tácita o expresamente consiente la disposición de su cuerpo o componentes para su utilización en trasplantes. La donación puede ser en materia de órganos, tejidos, células y cadáveres.⁵

Con fines de donación de órganos y tejidos, cuando una persona fallece por paro cardiorrespiratorio, únicamente podrá donar tejidos como hueso, piel, córneas, tendones, cartílago y vasos sanguíneos (donación multitejido). Si fallece por muerte encefálica, podrá además donar órganos como corazón, pulmón, hígado, riñones, páncreas (donación multiorgánica).⁶ Cada órgano y tejido tiene su indicación y contraindicación para la donación (VER ANEXO 1)

La ley general de salud, menciona algunas restricciones en la donación de órganos y tejidos, tal como se menciona en el artículo 332: no se podrán tomar órganos y tejidos para trasplantes de menores de edad vivos, excepto cuando se trate de trasplantes de médula ósea, para lo cual se requerirá el consentimiento expreso de los representantes legales del menor.

Tratándose de menores que han perdido la vida, sólo se podrán tomar sus órganos y tejidos para trasplantes con el consentimiento expreso de los representantes legales del menor. En el caso de incapaces y otras personas sujetas a interdicción no podrá disponerse de sus componentes, ni en vida ni después de su muerte.⁷

Así mismo, se deben de cumplir los siguientes requisitos respecto al donante, para llevar a cabo el trasplante entre vivos: Ser mayor de edad y estar en pleno uso de sus facultades mentales, donar un órgano o parte de él que al ser extraído su función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura, tener compatibilidad aceptable con el receptor, recibir información completa sobre los riesgos de la operación y las consecuencias de la extracción del órgano

⁴ Academia Mexicana de Cirugía: Trasplante de órganos y tejidos. JGH editores y SALVAT medicina. México 2016.

⁵ Reforma en Diario Oficial de 26 de mayo de 2000.

⁶ Aburto M. JS, Lucio G. CA y Romero M.J. Boletín estadístico informativo del Centro Nacional de Trasplantes BEI-CENATRA. Volúmen III, No. 2. Periodo Enero-Diciembre, 2018. Ciudad de México.

⁷ Reforma en diario oficial 26 de mayo de 2000.

o tejido, por un médico distinto de los que intervendrán en el trasplante, haber otorgado su consentimiento en forma expresa.⁸

Puede ser donante de órganos toda persona que en vida decida que, a su muerte, sus órganos sirvan para salvar o mejorar la vida de otros. Sin embargo, debe saber que pese a nuestro deseo de ser donante de órganos, no todos podremos serlo, ya que para ello, será necesario que cumpla con los criterios para la donación antes mencionados. Además, el fallecimiento debe acontecer en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital.

Es en estas unidades dónde es posible realizar la preservación de los órganos y las pruebas necesarias para realizar una correcta valoración de cada potencial donante. Será el equipo médico quien, una vez realizadas todas las pruebas necesarias, dictamine si el fallecido puede ser donante y de qué órganos

9

En la práctica siempre se respeta la decisión de la familia, para ello, se realiza la entrevista familiar. El objetivo de la entrevista es solicitar el consentimiento familiar a la donación de órganos para trasplante.¹⁰ Esta puede ser positiva o negativa. Una entrevista positiva se refiere a que los integrantes de la familia autoriza la donación, ya sea multiorganica o multitejido, a través de la firma de consentimiento informado, ya sea tácito o expreso. De esta forma, se comienza con el manejo del potencial donante en la Unidad de Terapia Intensiva. Por otra parte, si la entrevista es negativa, se refiere a que se niega la donación como un acuerdo familiar y se procede a dar medidas de soporte al fallecido.¹¹

La donación de vivo es posible si se cumplen las condiciones y requisitos establecidos por la Ley. El donante ha de ser mayor de edad y gozar de buena salud física y mental. La Ley incluye los pasos a seguir por todos los implicados: profesionales médicos y personal judicial y donante y receptor; para garantizar los derechos de ambas partes, la libertad en las decisiones, voluntariedad, gratuidad y altruismo. Dado que cada caso tiene sus propias particularidades, las recomendaciones son consultar todas las dudas al equipo médico responsable del enfermo.¹²

Con el fin de garantizar los principios de igualdad y equidad los criterios se establecen teniendo en cuenta dos aspectos fundamentales: aspectos territoriales y aspectos clínicos. Los criterios territoriales permiten que los órganos generados en una determinada área o zona, puedan trasplantarse en esa

⁸ Ley general de Salud- T XIV- Donación, trasplantes y pérdida de la vida. Título decimo cuarto, capítulo I.

⁹ Aburto-Morales, Salvador. Espinosa-Alvarez Arturo. Trasplantes de órganos y tejidos en México. Rev. Invest. Clin. Volumen 57. No 2. México marzo-abril 2005.

¹⁰ Caballero Francisco. Manual de donación de órganos humanos. Capítulo 14. Página 8. México, 2019.

¹¹ Academia Mexicana de Cirugía: Trasplante de órganos y tejidos. JGH editores y SALVAT medicina. México 2016.

1. ¹² Querevalú-Murillo W. Procuración de córneas por donación. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (3): 233-236

misma zona, para disminuir al máximo el tiempo de isquemia (que es el tiempo máximo que puede transcurrir entre la obtención del órgano y su implante en el receptor).

En los criterios clínicos se contemplan la compatibilidad donante/receptor y la gravedad del paciente. Existe un criterio clínico que está por encima de los criterios territoriales, la “urgencia 0”. Un paciente en “urgencia 0” tiene prioridad absoluta en todo el territorio nacional. Si no hay “urgencia 0”, los órganos se asignan respetando los criterios territoriales. El equipo de trasplante decide, dentro de su lista de espera, qué paciente es el más indicado para recibir el órgano, siguiendo los criterios clínicos: compatibilidad del grupo sanguíneo, características antropométricas, la gravedad del paciente, etc.¹³

El trasplante se define como «la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra o de un individuo a otro y que se integre a su organismo». Para realizar trasplantes de donantes que hayan perdido la vida, deberá cumplirse lo siguiente: comprobar, previamente a la extracción de los órganos y tejidos y por un médico distinto a los que intervendrán en el trasplante o en la obtención de los órganos o tejidos, la pérdida de la vida del donante, existir consentimiento expreso del donante o no constar su revocación del tácito para la donación de sus órganos y tejidos, asegurarse que no exista riesgo sanitario.¹⁴

La procuración de órganos y tejidos es complejo y requiere de la participación conjunta de los profesionales de la salud, con el fin de acelerar el proceso de donación-trasplante. continuación, se muestra una imagen que representa, de forma resumida las etapas del proceso donación-trasplante. (ilustración 1.) Como se muestra en la imagen, es de suma importancia el tiempo en que se realizan las intervenciones, debido a que cada minuto que transcurre produce deterioro en el órgano.

De acuerdo con el boletín estadístico-informativo del Centro Nacional de Trasplante, actualmente se encuentran registradas en lista de espera alrededor de 21 mil personas; tan solo de las cuales, 14 258 personas se encuentran en espera de un riñón y 6 896 de córneas. En México, hay 62 establecimientos autorizados para la procuración, trasplante y banco de órganos y tejidos con fines de trasplante. De este total, en la Ciudad de México se encuentran 43 establecimientos activos para la procuración, 33 para trasplante y 16 bancos de órganos y tejidos.¹⁵

La organización Mundial de la Salud, recomienda que la cifra de donación de órganos sea de 20 por cada millón de habitantes. Sin embargo, en nuestro país al año se logran en promedio 9 donaciones por cada millón de habitantes. La tasa de donación en México es de 3.1 contra 34.4 donaciones por millón de habitantes en España. Se reportan que a nivel internacional, durante el 2018, se realizaron

¹³ Caballero Francisco. Manual de donación de órganos humanos. Capítulo 14. Página 8. México, 2019.

¹⁴ Ley general de Salud- T XIV- Donación, trasplantes y pérdida de la vida. Título decimo cuarto, capítulo III: Trasplantes.

¹⁵ Aburto-Morales, Salvador. Espinosa-Alvarez Arturo. Trasplantes de órganos y tejidos en México. Rev. Invest. Clin. Volúmen 57. No 2. México marzo-abril 2005.

un total de 83 347 trasplantes de riñón, 27 759 trasplantes de hígado, 7 023 trasplantes de corazón, 5 046 trasplantes de pulmón, 2 299 de páncreas, 196 de intestino. ¹⁶

La Organización Nacional de Trasplante de España señala que México ocupa el lugar número 38 a nivel mundial en trasplante de órganos y tejidos, teniendo un total de 23.3 trasplantes por millón de habitante; ocupando el primer lugar de la lista se encuentra España con 100.3 trasplantes por millón de habitantes, y siendo Argentina el primer país de América Latina con 40 trasplantes por millón de habitantes. ¹⁷

Hay varias razones que pueden explicar la escasez de órganos, incluyendo el no reconocimiento de un donador potencial por parte del equipo médico, que algunos pacientes no son aptos para la donación por una contraindicación médica o falta de consentimiento, ya sea del paciente fallecido antes de la enfermedad o de los familiares. ¹⁸ En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), del total de casos detectados con muerte encefálica, el 74.4% llevan a la entrevista familiar, de éstos, el 57.1%, de las entrevistas familiares terminaron en negativa, resultado similar al 53% reportado a nivel mundial.

La principal causa de negativa fue el desconocimiento del deseo del donante por parte de la familia, ya que la muerte es un tema del que no se suele hablar y que no se concientiza como un proceso inevitable y algunas veces repentino; con frecuencia, los deseos referentes al destino del propio cuerpo nunca son transmitidos a familiares y amigos, en cuyas manos está el tomar las decisiones correspondientes ya que éstos no desean asumir dicha responsabilidad del paciente ayuda a reducir la ambigüedad y el conflicto entre los miembros de la familia disminuyendo la interferencia de otras variables en la toma de decisiones. ¹⁹

Otra causa fue la negativa en vida expresada por el fallecido, resultado comparable con los reportes en España. Sin embargo, habría que cuestionar si este hecho es real o si la familia suponía que esos eran sus deseos, y sí fue así valdría la pena investigar si se debe a la falta de información sobre el proceso de donación o a una falta de altruismo (ver tabla 1). En esta tabla, se muestran las principales causas de negativa familiar en el INNN, entre las que destacan que el paciente no manifestó en vida su deseo de donar, el cuerpo debe “enterrarse completo” y que manifestó en vida que no quería donar.

¹⁶ Aburto M. JS, Lucio G. CA y Romero M.J. Boletín estadístico informativo del Centro Nacional de Trasplantes BEI-CENATRA. Volúmen III, No. 2. Periodo Enero-Diciembre, 2018. Ciudad de México.

¹⁷ Manual De Procedimiento IMSS. Procedimiento Para La Información De Actividad De Donación Cadavérica A Los Organismos Federales Competentes 2400-003-001, Unidad De Organización Y Calidad, Validado Y Registrado 11 Diciembre 2007. Folio 161

¹⁸ Rivera Drurón Erika, Portillo-García F., Tenango-Soriano V. et al. Negativa Familiar en un proceso de donación. Archivo de neurociencias Mexicana. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Volumen 19. No.2. Abril-Junio 2014.

¹⁹ Querevalú-Murillo W. Procuración de córneas por donación. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.

Tan solo en Estados Unidos, la tasa de donación ha aumentado de 47.5 a 51%, y el rechazo ha disminuido de 44 a 33% después de implementar un programa de difusión.²⁰ En México, las bajas tasas de donación son resultado de múltiples causas, como lo indica la base de datos de la Coordinación de Donación de Centro Médico Nacional Siglo XXI (tabla 2), entre los que sobresalen como causas de negativa familiar el desacuerdo familiar, inconformidad con la atención hospitalaria y respeto a la voluntad del fallecido.

El desacuerdo familiar se refiere a discrepancia entre los integrantes de la familia ante la toma de una decisión. La inconformidad con la atención médica alude al descontento con los servicios y el trato del personal de la institución hacia el asegurado. Y el respeto a la voluntad del fallecido, refleja que el difunto ya había tomado una decisión antes de su muerte y sus familiares ya tenían la certeza de su voluntad.

Los mitos creados y la falta de información sobre el tema han provocado que la donación de órganos, tejidos y células, sean insuficientes en nuestro país, lo cual se ve reflejado en la amplia lista de espera.²¹ La donación de órganos y tejidos con fines de trasplante es deficiente en nuestro país y se plantea como un problema de salud pública. Consideramos que el conocimiento básico de los programas de donación, procuración y trasplante incrementará la obtención de órganos y tejidos para satisfacer la demanda de la población y disminuir la lista de espera a nivel nacional.

Múltiples estrategias se han implementado para fomentar la cultura de la donación de órganos y tejidos, entre ellas, la promoción continua de los programas de donación, la difusión de información clara y precisa sobre el tema, fomentar la responsabilidad social y el altruismo y la capacitación de los profesionales de la salud.²² El programa de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante debe ser fortalecido y tener como objetivo principal incrementar la donación cadavérica y no cadavérica, con la finalidad de elevar el número de trasplantes y como consecuencia reducirá la cantidad de personas en lista de espera.

²⁰ Querevalú-Murillo, Walter. Orozco-Guzmán Roberto. Díaz-Tostado Segio, et al. Iniciativa para aumentar la donación de órganos y tejidos en México. Rev. Fac. Med. (Méx.) vol. 55, No.1. Ciudad de México. Enero-febrero 2012.

²¹ Miranda, B. Alonso, M. Cuende, N. et al. Programa de garantía de calidad en el proceso de donación de trasplante de la organización nacional de trasplantes. Vol. 21. Numero 24. Agosto 2001. Pag. 0-158.

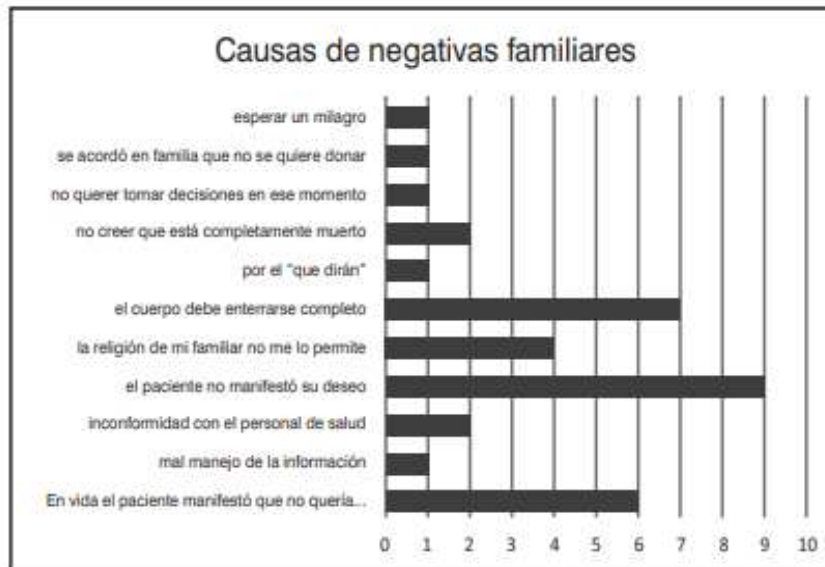
²² Querevalú-Murillo W. Procuración de córneas por donación. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. Pag. 233-236

PROCESO DE DONACIÓN-TRASPLANTE



(<https://www.minsal.cl/etapas-de-un-trasplante-de-organos/>, 2015)

Tabla 1 causas de negativa familiar a la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en el INNN.



(Rivera-Durón Erika, 2014)

1.4 Objetivo general

- Determinar las principales causas de negativa familiar a la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante.

1.5 Objetivos específicos

- Identificar los factores que intervienen en la negación familiar para la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante.
- Establecer los factores modificables que se implican en la entrevista familiar para realizar acciones que aumenten la donación de órganos y tejidos.
- Comprobar si la difusión del proceso de donación a la población en general, es una medida que aumentará la donación de órganos y tejidos.

1.6 Hipótesis

El desconocimiento del proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes es la principal causa de negativa a la donación.

1.7 Metodología

1.7.1 Tipo de estudio: Descriptivo y observacional.

Se analizó las causas de negativa familiar a la donación de órganos y tejidos registrados en los hospitales pertenecientes a la Delegación Sur de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social, que integran la Red de Hospitales de la Coordinación Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

1.7.2 Población, criterios de inclusión, de exclusión:

Se incluyeron en el estudio todas las defunciones por parada cardíaca y muerte encefálica que no fueron concretadas para trasplante debido a negativa familiar a la donación de órganos y tejidos en el periodo enero-diciembre 2018. Se excluyeron del estudio las entrevistas positivas para donación.

1.7.3 Variables: Diagnóstico de defunción (parada cardíaca o muerte encefálica), órgano donado, causas de negativa a la donación.

1.7.4 Material y métodos: La información se recolectó de la base de datos de la Coordinación de donación de Centro Médico Siglo XXI, la cual contiene la productividad de su programa y se actualiza cada dos semanas. A continuación, se desglosa cada uno de los rubros que contiene esta base de datos (tabla 2):

Tabla 2 ejemplo de la base de datos de la coordinación de donación de CMNS XXI.

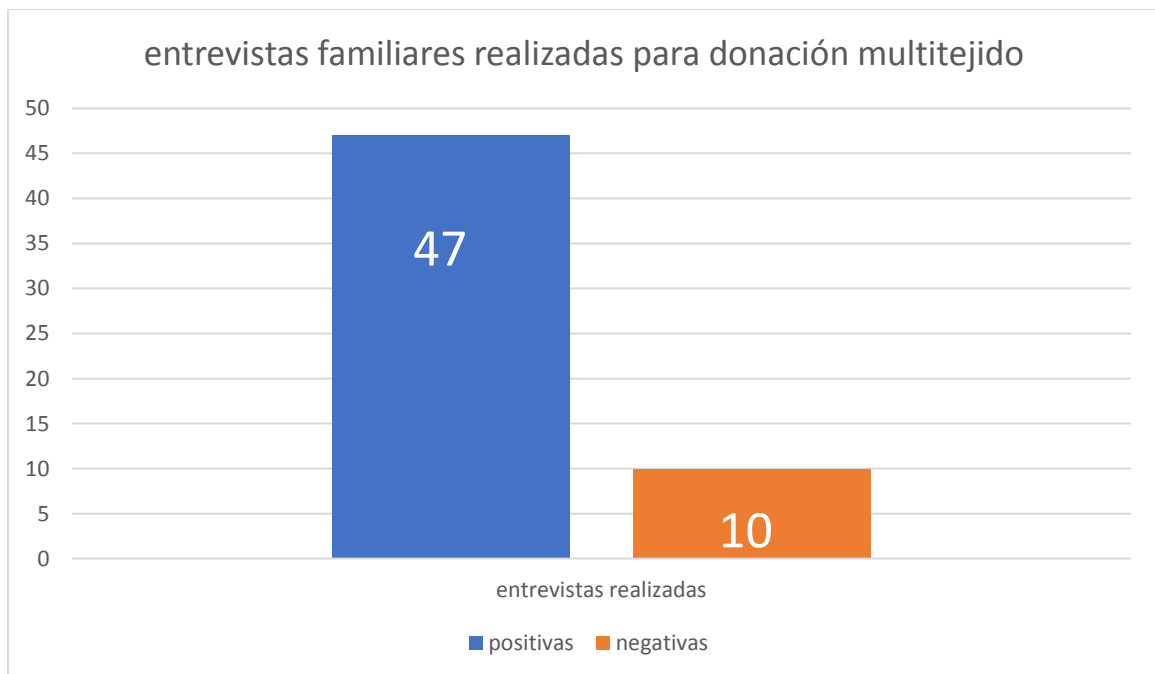
Tipo de Donadores
Donador después de paro cardíaco
Donador después de muerte encefálica
Resultado del Proceso de Donación
Donador posible
Donador potencial
Donador elegible
Estadística entrevista familiar
Total, de entrevista realizadas
Entrevistas negativas +
Entrevistas exitosas

Causas por las que posibles donadores no fueron donadores útiles
Falla para identificar o referir al paciente a Coordinación de Donación
Diagnóstico M.E. no se confirmó o completó
Problemas de logística para contactar programa de trasplante
Inestabilidad hemodinámica/paro cardiaco inesperado
Anormalidad anatómica, histológica o funcional del órgano, y/o tejidos
Negativa durante entrevista con disponente secundario
Negativa Ministerio Público para dar anuencia/ Caso Médico Legal
Fuera de Tiempo de Trabajo
Procedimiento oftalmológico invasivo y/o cirugía ocular
Otra causa
Contraindicación médica
Causas Negativas en entrevista con el disponente secundario
Paciente expresó en vida negativa para donación
El disponente desconoce el deseo del paciente
Negativa por causas religiosas
Por temor a la mutilación del cuerpo
No hay confianza en el sistema/autoridades
No hubo acuerdo entre familiares
Hay inconformidad con la atención médica
No hay confianza con el diagnóstico de M.E.
Porque no se va a recibir nada a cambio
Niega comentar la razón de la negativa para donar
Familiar no es capaz de tomar decisión por duelo
Otra razón
Lugar de Defunción

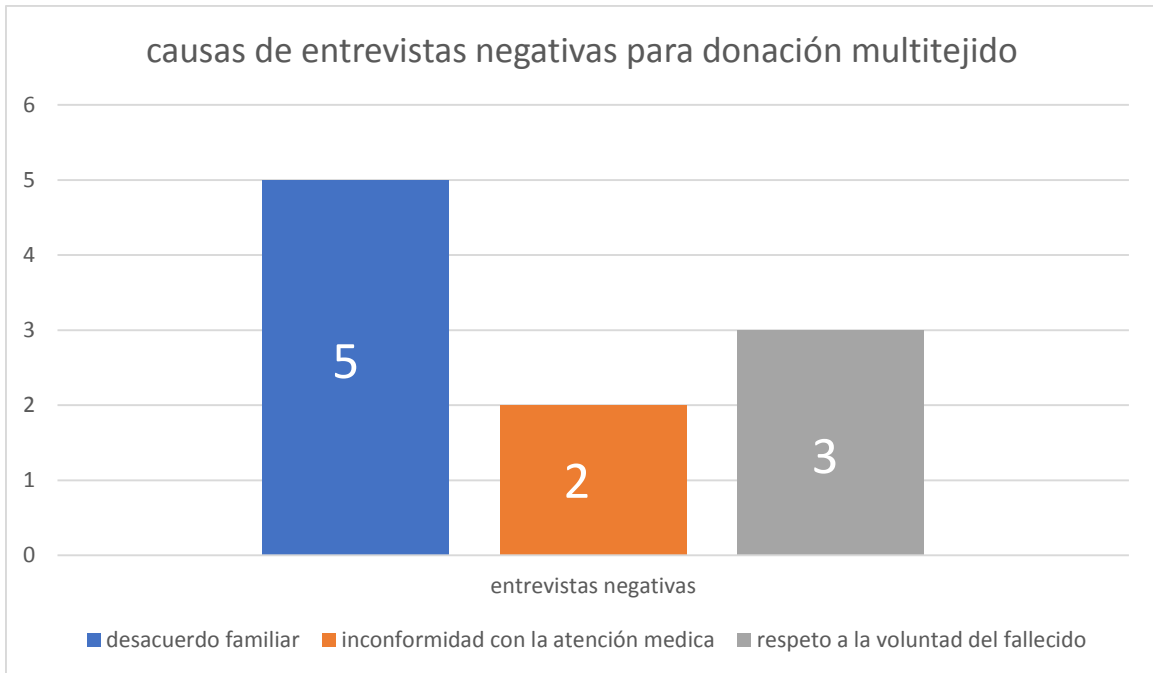
Urgencias
Medicina Interna
Cirugía
Unidad de cuidados intensivos
Nefrología
Domicilio
Quirófano
Recuperación Quirúrgica
Pediatría
Hospitalización
Unidad Tocoquirúrgica
Causas de Contraindicación Médica
Edad
Diagnóstico
Edad y Diagnóstico
Aviso a Ministerio Público

1.8 Resultados: cuadros y gráficas

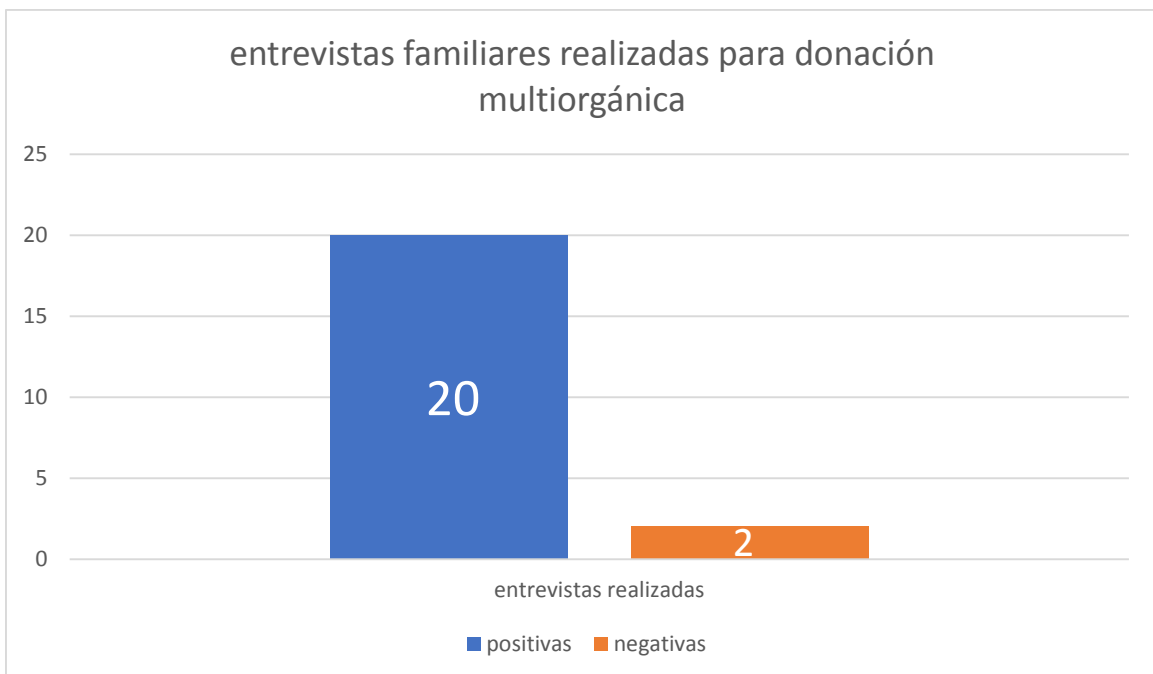
Gráfica 1.



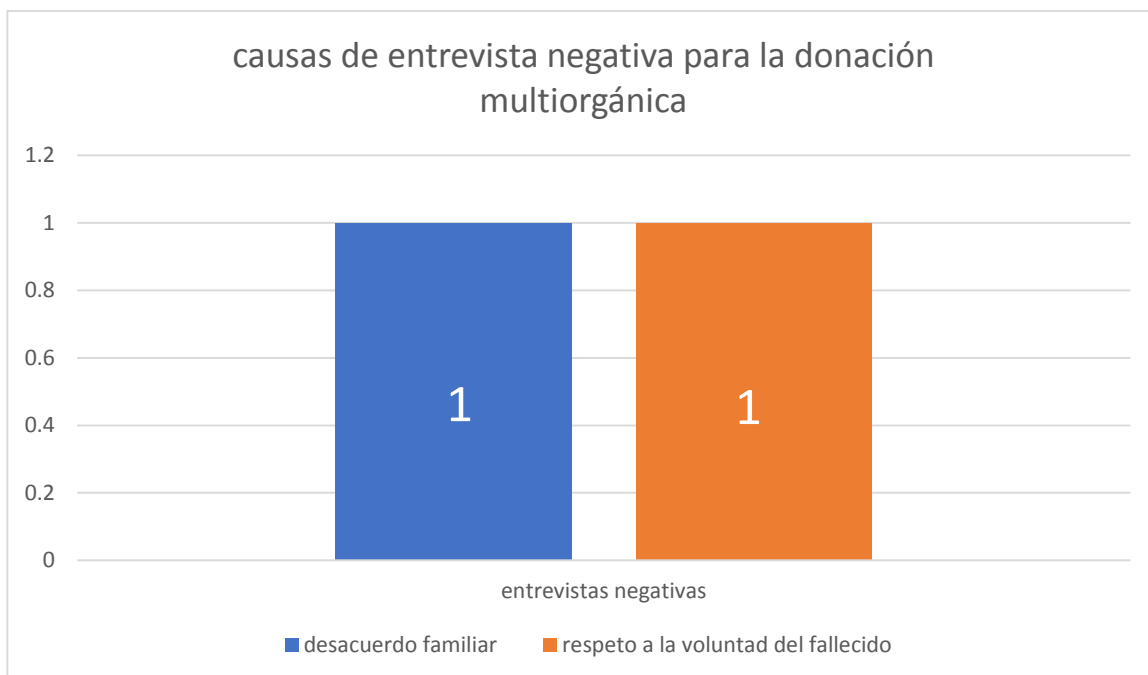
Gráfica. 2.



Gráfica. 3.



Gráfica. 4



1.9 Análisis de resultados

La gráfica 1 muestra las entrevistas familiares que se realizaron para donación multitejido, en total fueron 57 entrevistas, de las cuales 47 corresponden a entrevistas positivas y 10 negativas.

En la gráfica 2 se indican las causas de negativa para donación multitejido. La principal causa de negativa es por desacuerdo familiar en 5 ocasiones, que representa el 50% de las causas de negativa. Un 30% representa "respeto a la voluntad del fallecido", y el 20% corresponde a inconformidad con la atención médica.

En cuanto a la donación multiorgánica, la gráfica 3 ilustra que se realizaron 22 entrevista, 20 fueron positivas y en dos ocasiones fueron negativas. Una causa de negativa fue por desacuerdo familiar y otra por respeto a la voluntad del fallecido. En ambos casos de entrevista (multiorgánica y multitejido) la causa numero uno de negativa familiar fue por desacuerdo familiar en un 50% del total de entrevistas realizadas.

1.10 Conclusiones de la investigación

En el desarrollo de la investigación, se organizan dos grupos, las defunciones por parada cardíaca y las defunciones por muerte encefálica debido a la importancia que tiene esta clasificación por el tipo de órganos y tejidos que se puede donar. De acuerdo con el análisis de la graficas podemos concluir que, en la Coordinación de Donación de Centro Médico Nacional Siglo XXI (CMNSXXI), de todas las defunciones por muerte encefálica, el 8%, se trata de donaciones no concretadas debido a entrevista familiar negativa para donación multiorgánica. La causa de entrevista negativa más frecuente fue el desacuerdo familiar, seguido de “respeto a la voluntad del fallecido”.

Comparando estos datos, con el estudio realizado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), se encuentra que, en este Instituto del total de casos detectados con muerte encefálica, el 74.4% llevan a la entrevista familiar, de éstos, el 57.1%, de las entrevistas familiares terminaron en negativa.²³ Evidentemente, se observa una gran discordancia en los porcentajes, aunque la causa de negativa familiar es constante en ambos Institutos.

En el INNN, la principal causa de negativa fue el desconocimiento del deseo del donante por parte de la familia y solo en dos casos, se reporta inconformidad con la atención médica. La causa secundaria de negativa en el INNN fue la creencia de que el cuerpo se debe sepultar completo, imperando el rechazo a la idea de que el cuerpo del difunto se mutile.

En la Clínica Fundación Valle del Lili (FVL) en Cali, Colombia. De un grupo de pacientes con diagnóstico de muerte encefálica, al 33% no se le realizó solicitud de donación debido a la salida del protocolo por: contraindicación clínica (78.8%), paro cardíaco (18%) u otras causas (3%). Se realizó solicitud de donación a un 67% de las familias de pacientes con muerte encefálica, de los cuales hubo negativa familiar en un 23% y se documentó el motivo de ésta. El 31% corresponde a un “rotundo no”, respeto a la voluntad del paciente en un 17%, disociación familiar en 11.2%, conservar la integridad del cuerpo en 11.2%, inconformidad con el manejo en 7.8%, religión en 6%, cambio de parecer en 4.3%.²⁴

En cuanto a los fallecidos por parada cardíaca en CMNSXXI, el 2% de las donaciones corresponde a negativa familiar para la donación multitejido. La causa principal de negativa a la donación, fue por desacuerdo familiar. Gómez et al. Reportan 10 causas de negativa familiares obtenidas a partir de un estudio multicentrico en España, la causa más frecuente fue la “presunta negativa del fallecido en vida”

²³ Rivera-Durón Erika, Portillo-García F., Tenango-Soriano V. et al. Negativa familiar en un proceso de donación. Archivo de neurociencias mexicana. Volumen 19, numero 2. México, 2014.

(40.7%), seguida por “la familia no quiere” (24%).²⁵ A nivel nacional, en un artículo publicado por Silva A. Beatriz, reporta que del total de los candidatos a donar, solo al 85% se les realiza entrevista familiar, y de estos el 47% otorga el consentimiento para hacerlo.²⁶

Por lo tanto, estamos muy lejos de las estadísticas a nivel mundial en cuanto a las personas que aceptan la donación de órganos y tejidos, aunque depende de cada país, por ejemplo, España es el líder de la donación, con 2 183 donantes, aporta el 19,2 % de las donaciones en la Unión Europea y el 6,4% de todas las registradas en el mundo²⁷. En cuanto a las causas de negativa, al comparar ambas literaturas se puede comprender que las dos principales causas de negativa son respeto a la voluntad del fallecido y desacuerdo familiar.

Debido a que la muerte es un tema del que no se suele hablar y que no se concientiza como un proceso inevitable y algunas veces repentino; con frecuencia, los deseos referentes al destino del propio cuerpo nunca son transmitidos a familiares y amigos, en cuyas manos está el tomar las decisiones correspondientes ya que éstos no desean asumir dicha responsabilidad.

Dado que la solicitud de donación; por lo general, se produce en el contexto de un intenso dolor y desesperación, en ocasiones a pesar de conocer el deseo de donar del difunto, los familiares toman la decisión contraria basándose únicamente en sus consideraciones y creencias, e ignorando los deseos del potencial donador, a veces terminando en la imposibilidad de llegar a un acuerdo entre los mismos familiares.

La muerte encefálica es un proceso difícil de comprender entre los integrantes de una familia, pues no se acepta el diagnóstico y se piensa erróneamente que el paciente sigue aún con vida. La comunicación de la muerte a la familia debe realizarse de una forma inequívoca y en lenguaje adecuado. Hay que informar con claridad que la muerte encefálica es igual al fallecimiento de la persona a efectos científicos, éticos y legales²⁸.

A pesar de ser ampliamente utilizado y establecido el diagnóstico de muerte encefálica en diversos países como criterio de muerte del organismo, tanto para el efecto de suspensión del soporte vital en cuanto a la donación de órganos, el diagnóstico de muerte encefálica todavía persiste como objeto de controversias acerca de su aceptación como sinónimo de muerte del organismo.²⁹

²⁵ Principales causas de negativa familiar a la donación de órganos y tejidos: 10 años de experiencia en un centro latinoamericano. Revista de Nefrología 2018. Colombia. Pagina 220-228

²⁶ Silva A. Beatriz. Negativa familiar reduce donaciones de órganos. El siglo de Torreón. Torreón Coahuila, septiembre 2019

²⁷ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, gabinete de Prensa. Madrid España, 2018. Página 1.

²⁸ Escudero, Dolores. Diagnóstico de muerte encefálica. Revista de medicina intensiva, Hospital Universitario Central de Asturias, España. 2008

²⁹ Moraes Edison, Roque José. Muerte cerebral, ¿una discusión cerrada?. Revista de bioética, Brasil, 2015.

En este sentido, el conocimiento de las intenciones del paciente ayuda a reducir la ambigüedad y el conflicto entre los miembros de la familia disminuyendo la interferencia de otras variables en la toma de decisiones. De esta forma, encontramos que las causas de negativa son modificables, por lo que podemos intervenir, en primer lugar, hacer que la población se interese en la donación de órganos y tejidos, esto es, a través de la facilitación de medios de información en donde se explique de forma fácil y breve, el proceso de donación, entrevista familiar, procuración y trasplante.

Es importante que la población conozca los procedimientos de extracción de los órganos y tejidos siempre buscan conservar la estética corporal y el respeto ante el cuerpo del donador y que la apariencia al final del proceso de donación. Por otra parte, el otro factor modificable es la atención hospitalaria, en la cual sin duda se puede intervenir a través del mejoramiento del cuidado de los pacientes es estado crítico, en los fallecidos y el en paciente potencial donador, brindándoles una atención de calidad y respeto.

Entender las razones por las que la gente no dona puede ayudar a reformar e impulsar políticas para hacer frente a este desabastecimiento. Cuando la entrevista familiar sobre donación de órganos y tejidos se presenta en el momento oportuno y de la manera correcta, se les ayuda a los familiares a tomar la decisión que está más cerca de sus propios valores y creencias.

1.12 Bibliografía

2. Aburto M. JS, Lucio G. CA y Romero M.J. Boletín estadístico informativo del Centro Nacional de Trasplantes BEI-CENATRA. Volumen III, No. 2. Periodo Enero-diciembre, 2018. Ciudad de México. Panorama de las religiones en México 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Secretaria de Gobernación. México, INEGI, 2011.
3. Fajardo-Ortiz, Guillermo. Cuatro etapas en la historia del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 53, núm. 5, septiembre-octubre, 2015, pp. 657-663. Distrito Federal, México.
4. Guadalupe Moreno, María. Rivera-Silva Gerardo. Donación de órganos, tejidos y células en México. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. Monterrey, Nuevo León, México. 2015.
5. Monreal Ávila, Ricardo. Programa delegacional de desarrollo en Cuauhtémoc, 2016-2018. Ciudad de México.
6. Querevalú-Murillo W. Procuración de córneas por donación. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. Pag. 233-236
7. Navidad-López, A. Caballero F. Kulisevsky J. El donante de órganos y tejidos, evaluación y manejo. Editorial Springer-Verlag Ibérica. Barcelona España.
8. Aburto-Morales, Salvador. Espinosa-Álvarez Arturo. Trasplantes de órganos y tejidos en México. Rev. Invest. Clin. Volume 57. No 2. México marzo-abril 2005.
9. Querevalú-Murillo, Walter. Orozco-Guzmán Roberto. Díaz-Tostado Sergio, et al. Iniciativa para aumentar la donación de órganos y tejidos en México. Rev. Fac. Med. (Méx.) vol. 55, No.1. Ciudad de México. Enero-febrero 2012.
10. Elizalde, J. Lorente, M. Coordinación y donación. Anales Sis San Navarra, vol. 29. Supl. 2. Pamplona, mayo-agosto 2006.
11. Miranda, B. Alonso, M. Cuende, N. et al. Programa de garantía de calidad en el proceso de donación de trasplante de la organización nacional de trasplantes. Vol. 21. Número 24. Agosto 2001. Pág. 0-158.
12. Durón-Rivera, E. García-Portillo F. Soriano Tenango, V. et al. Negativa familiar en un proceso de donación. Arch Neurociencia, vol.19, No. 2. Pag 83-87, 2014.
13. Lima, A. Pereira, Silvia. Sufrimiento y contradicción: el significado de la muerte y del morir para los enfermeros que trabajan en el proceso de donación de órganos para trasplante. Enfermería global. Volume 8, numero 1, 2009.

CAPITULO II DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN

1. Datos históricos

Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social. Fue fundado en 1951. La secretaria de Asistencia Pública de esta época fue quien sugirió la idea de contar con un Centro Médico en el Distrito Federal (D.F.). Poco después, empezó a materializarse el proyecto a través de la Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA) que, durante el sexenio gubernamental de 1940-1946, presidido por el General Manuel Ávila Camacho, pretendía sustituir con dicho centro al Hospital General. Para finales de 1960 el Centro Médico del D.F. ya era parte del medio urbano, albergaba un total de 15 edificios.

Los inmuebles que entonces conformaban dicho centro eran los siguientes: Admisión, Lavandería, Enseñanza y Habitaciones, Hospital de Especialidades Médico-Quirúrgicas, Hospital de Enfermedades Nerviosas, Hospital de Neumología, Hospital de Emergencias, Hospital de Oncología, Hospital de Gineco-Obstetricia, Hospital de Enfermedades de la Nutrición, Edificio de Congresos y Convenciones, Oficinas Generales, Casa de Máquinas, laboratorio de Medicamentos y Guardería. Los siete hospitales tenían poco más de 2000 camas. La superficie construida fue de 207 283 m² y la superficie del terreno de 156 000 m².

En 1961 el Centro Médico del Distrito Federal fue adquirido por el IMSS, en aquel año la SSA tenía problemas financieros para sostener el Centro y el IMSS requería fortalecer su red de establecimientos médicos, por lo que se decidió llevar a cabo la venta al Instituto, a partir de entonces el centro se denominó Centro Médico Nacional. El costo del Centro para el IMSS fue de 602 millones de pesos, se cubrió a la SSA la cantidad de 407 millones de pesos en efectivo y en bienes, y se destinaron los 195 millones restantes a adecuar los inmuebles y a dotarlos del equipamiento requerido para cubrir las necesidades y características de la población derechohabiente del Instituto.

El 19 de septiembre de 1985 la mayoría de las instalaciones del Centro Médico Nacional fueron afectadas por un terrible sismo, que hizo que se dejaran de prestar casi la totalidad de sus servicios. Esta situación motivó una rápida reacción institucional acorde a las circunstancias, poco más de 1880 pacientes que se encontraban en el Centro Médico fueron trasladados a otros hospitales del IMSS.

El primer director del hospital fue el Dr. Benjamín Eguiluz López, quien dedicó 20 años de su vida al IMSS, gracias a sus esfuerzos en el inmueble se integraron diversas facetas de la ginecología y la obstetricia. En la década siguiente se puso en operación el Programa de Salud Reproductiva del IMSS. El sismo inutilizó el inmueble casi en su totalidad, por lo que tuvo que ser demolido, al momento del siniestro era su director el Dr. Alberto Alvarado Durán. Al finalizar 1989 algunos edificios que habían

sido reconstruidos y nuevas instalaciones reiniciaron sus actividades, aún eran días de decadencia física, a pesar de la riqueza laboral e intelectual con las que se contaba. Fue entonces cuando a la denominación de Centro Médico Nacional se le agregó la de Siglo XXI.

El presidente de México, Carlos Salinas de Gortari, lo inauguró el 27 de abril de 1992. El número de hospitales se redujo de nueve a cuatro, a consecuencia de estudios demográficos y epidemiológicos. Los hospitales del Centro Médico Nacional Siglo XXI serían los siguientes: Pediatría, Cardiología, Oncología y Especialidades Médicas, con 846 camas en total y el Banco Central de Sangre, la superficie construida fue de más de 222 mil metros cuadrados, en dichos edificios se unió la tradición con la vanguardia.

En 2004, los cuatro hospitales del Centro Médico Nacional se calificaron como Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) considerando que otorgan servicios médicos especializados, que sus actividades educativas son de excelencia y la investigación en salud se encuentra a la vanguardia. El Hospital de Especialidades lleva el nombre de “Dr. Bernardo Sepúlveda” recordando a afamado gastroenterólogo institucional.

2. Geografía Local

2.1 Localización

Centro Médico Nacional Siglo XXI se localiza en la Avenida Cuauhtémoc número 303, Colonia Doctores, delegación Cuauhtémoc CP 06720. Entre los paralelos 19° 24´ y 19° 28´ de latitud norte; los meridianos 99° 07´ y 99° 11´ de longitud oeste; altitud entre 2 200 y 2 300. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

2.2 Orografía

Provincia: Eje neovolcanico (100%) subprovincia: lagos y volcanes Anáhuac (100%). Sistema de topoformas: llanura lacustre (100%). (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

2.3 Hidrografía

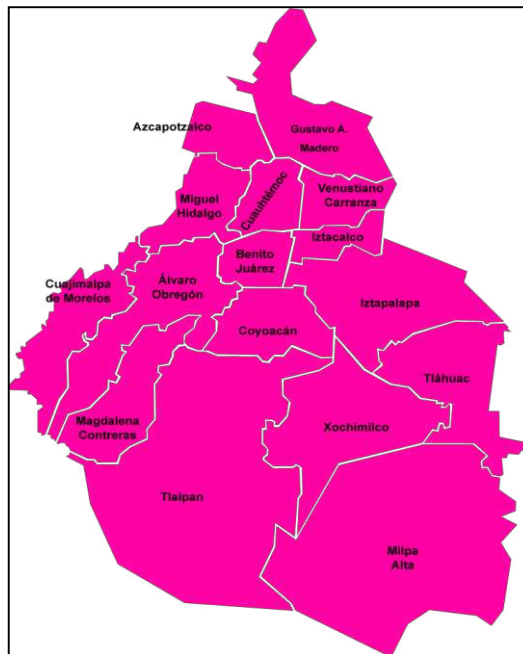
Región hidrológica: Pánuco, cuenca: R. Moctezuma, subcuenca: L. Texcoco y Zumpango, corrientes de agua Rio de la piedad. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

2.4 Clima

Rango de temperatura: 12-18°C, rango de precipitación 500-800 mm. Clima subtemplado con lluvias en verano de menor humedad. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

2.5 Mapas

2.5.1 Mapa del estado



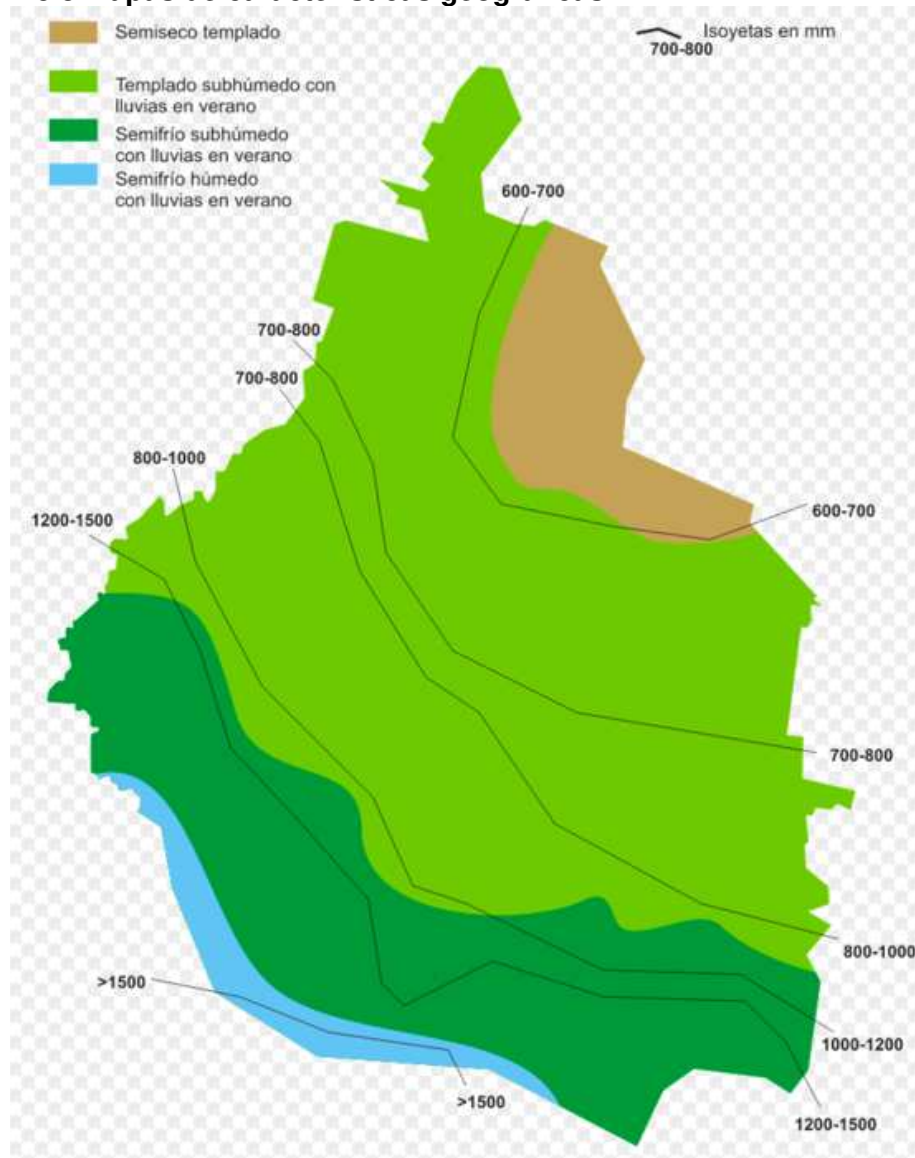
(Programa delegacional de desarrollo en Cuauhtémoc, 2016-2018)

2.5.2 Mapa del municipio o delegación



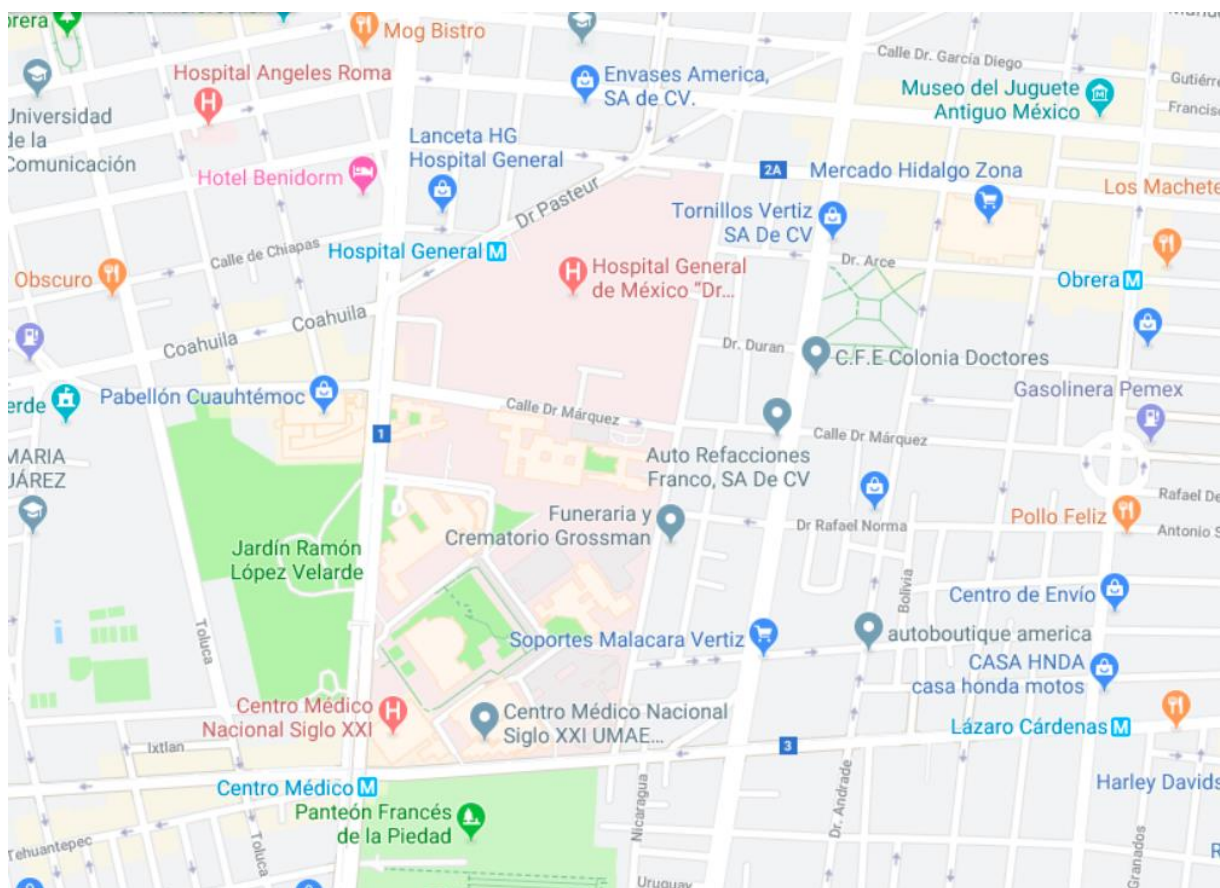
(Programa delegacional de desarrollo en Cuauhtémoc, 2016-2018)

2.5.3 Mapas de características geográficas



(Programa delegacional de desarrollo en Cuauhtémoc, 2016-2018)

2.3.4 Croquis de la comunidad o zona



3. Indicadores demográficos y estadísticas vitales

3.1 Población total

El total de población es de 53 18 31 habitantes, el 52.4% son mujeres y 47.6% son hombres. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

3.2 Población y seguridad Social

El 20% de la población es derechohabiente en el Seguro Popular, el 1.2% es derechohabiente en PEMEX, SDN o SM, el 18.2% es derechohabiente de ISSSTE, el 49.2% es derechohabiente en el IMSS, 10.6% está afiliada al seguro privado, 2.4% está afiliada a otra institución, el 75% está afiliada a servicios de salud y 340,430 personas son derechohabientes a servicios de salud. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

3.3 Densidad de población

Hay 16,373.7 habitantes por kilómetro cuadrado. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

3.4 Índice de envejecimiento

En la ciudad de México, el 14.35 de la población es mayor a 60 años y la delegación Cuauhtémoc cuenta con una población de 532 553 habitantes, de ellos, su población de 65 años y más representó el 9.2%. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

3.5 Tasa de Natalidad

6,829 nacimientos, 3 368 de los nacimientos son hombres y 3 461 son mujeres. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

3.6 Tasa de fecundidad

Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15-49 años 0.9% y el promedio de hijos nacidos vivos de mujeres de 12 años y mas es de 1.6%. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

4. Indicadores Sociales

4.1 Educación

El grado promedio de escolaridad de la población de 15 y más años (años de escolaridad) es de 12. 121.039 personas de 5 y más años asiste a la escuela. El 98.4% de la población de 25 años y mas es analfabeta. 72.4% de la población de 3-5 años asiste a la escuela, de los 6-11 años el 97% asiste a la escuela. De 12-14 años el 96.2% asiste a la escuela y de 15 a 24 años, el 58.1% asiste a la escuela. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

4.2 Vivienda

El total de viviendas particulares habitadas es de 188,135, 44.7% de las viviendas son propias, el número de personas promedio que habita en los hogares es de 3. El 0.2% de las viviendas es de piso de tierra, 99.6% dispone de sanitario, 0.1% de las viviendas tiene techos precarios y el 0.2% tiene paredes precarias, 166, 178 viviendas particulares disponen de energía eléctrica. el promedio de ocupantes por cuarto es de 0.7. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

4.2.1 Organización familiar

Hay 463,844 hogares familiares y 43,605 son no familiares. 102,717 hogares con jefatura masculina y 65,534 son de jefatura femenina. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

4.2.2 Disponibilidad de Agua

99.6% tiene agua entubada, 96.1% tiene agua entubada dentro de su vivienda. 165, 178 viviendas particulares disponen de agua de la red pública. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

4.2.3 Eliminación de excretas

El 99.1% tiene drenaje. 165,181 viviendas particulares disponen de drenaje. 165, 236 viviendas particulares disponen de excusado o sanitario. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

4.2.4 Eliminación de basura

El 73.4% de las viviendas separa la basura en orgánico e inorgánico. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

4.3 Vías de Comunicación

El 65.7% dispone de internet, 61.3% dispone de computadora, 71.7% dispone de teléfono fijo, 89% dispone de teléfono celular, 71% dispone de pantalla plana, 51.3% dispone de televisión de paga. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

4.4 Economía

Hay 35 829 unidades económicas, la producción bruta total es de 31 387 272 miles de pesos, el total de ingresos por suministro de bienes y servicios es de 122 563 604 miles de pesos. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

4.4.1 Población económicamente activa

El personal ocupado total es de 2 426 personas, 2 426 personas ocupan el sector minero, 111 personas se ocupan del sector de agua y gas, 4 530 personas ocupan el sector de construcción, 4 825 personas ocupan el sector de industrias manufactureras, 114 595 personas ocupan el sector de servicios financieros y de seguros. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

4.5 Energía Eléctrica

El 100% tiene electricidad. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

4.6 Contaminantes ambientales

La cantidad promedio diaria de residuos sólidos urbanos recolectados es de 1,601,000. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

4.7 Religión

Católicos: 7 299 242, protestantes/pentecostal/cristiana/evangelista: 476 242, judaica: 20 357, islámica: 1 178, espiritualistas 7 604, otras religiones 3 613, sin religión 484 083, no especificado: 428 622. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

4.8 Servicios para el recreo comunitario

4.8.1 Hábitos y Costumbres

4.8.2 Fiestas Civiles y Religiosas más importantes

México entero se viste de gala para celebrar su independencia, pero los mayores festejos suceden en la capital, la Ciudad de México. Según la tradición, la conmemoración de la independencia del dominio español da comienzo tarde la noche del 15 de septiembre, para dar paso a un gran día de fiesta nacional en la que el país entero se regocija con el gran desfile del 16 de septiembre. El mes de septiembre en su totalidad se conoce como el mes patrio. En el centro histórico de la Ciudad de México, ubicado en la alcaldía Cuauhtémoc se viste de los colores de la bandera con rojo, verde y blanco por doquier, además de luces y otros adornos. Así mismo el zócalo capitalino es el lugar donde ocurren todo tipo de eventos, desde conciertos musicales, exposiciones, ferias, la colocación de una pista de hielo en navidad, es un lugar multicultural. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

5 Daños a la salud

5.1 Mortalidad General

La principal causa de muerte corresponde a enfermedades del corazón, la cual representa alrededor de una quinta parte de las defunciones totales de mujeres y de hombres; le sigue, en orden decreciente, la diabetes mellitus, equivalente a 17.8% del total de muertes femeninas y 13.5% de masculinas, esta enfermedad También se deben mencionar los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares, para las que ocurre un mayor número de defunciones de mujeres respecto a las de hombres. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

5.1.1 Mortalidad por grupos de edad y causas

15 a 24 años: lesiones accidentales o intencionales

25 a 34 años: en las mujeres son los tumores malignos (16.6%) y los accidentes (10.9%); en los hombres son las agresiones (27.4%) y los accidentes (22.0%).

45 a 64 años: corresponde a la diabetes mellitus, que afectan a los dos sexos, en tanto que los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte en las mujeres y la cuarta en los hombres.

De 65 y más años: las enfermedades del corazón (27.1% en las mujeres y 26.0% en los hombres), la diabetes mellitus y los tumores malignos (18.0% y 10.7% en ellas y 15.3% y 12.8% en ellos).

(INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

5.2.1 Principales causas de morbilidad enfermedades transmisibles

Las principales causas de morbilidad son tuberculosis respiratoria, faringitis y amigdalitis bacteriana.

Dentro de las enfermedades de transmisión sexual tenemos principalmente: sífilis adquirida, Síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida y VIH. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

5.2.2 Principales causas de morbilidad enfermedades no transmisibles

La principal causa de morbilidad por enfermedades no transmisibles son diabetes mellitus tipo II, seguida por hipertensión arterial sistémica, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, intoxicación aguda por alcohol. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

5.3 Brotes Epidemiológicos

Las enfermedades principales por las que se tuvieron brotes epidemiológicos fueron: dengue sin datos de alarma, dengue con datos de alarma y dengue severo. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

CAPITULO III DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS

1. Recursos y Servicios de Salud

1.1 Infraestructura en Salud

En toda la ciudad de México existen 428 unidades, de las cuales en la alcaldía Cuauhtémoc hay un total de 33 unidades, de estas; 6 centros de salud, 8 clínicas de especialidades, 1 centro dermatológico, 2 unidades médicas especializadas, CAPA (Centro de atención para la prevención de las adicciones), 1 Unidad Médica del Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla (CERESOVA), Unidad Médica del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla (CEFERESO) y Unidad Médica del Centro de Sanciones Administrativas e Integración y 14 agencias del ministerio público, 1 Hospital general y 1 Hospital pediátrico. Total, de Médicos: 724, en contacto con el paciente (general 166, especialistas 316, odontólogos 55, otros 136), médicos en otras labores 84, total de enfermeras 560, total de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento 149, total de profesionales 191, total administrativos 456, total de otro personal 181. (INEGI, Censo de población y vivienda, 2010 y encuesta Intercensal 2015.)

1.2 Programas de Salud

El gobierno del distrito federal cuenta con programas de salud como atención médica y entrega de medicamentos gratuitos a domicilio “medico en tu casa”, atención integral para el adulto mayor, campañas de vacunación, red de mastografías, programa “muévete y métete en cintura”, entre otros, por lo que el programa de salud de la delegación Cuauhtémoc se interrelaciona con dichos programas a través de sus propios esquemas de protección, detección y prevención. (Programa delegacional de desarrollo en Cuauhtémoc, 2016-2018)

1.4 Recursos Humanos

Total de recursos humanos en la alcaldía Cuauhtémoc: 2294; Médicos 724, en contacto con el paciente (general 166, especialistas 316, odontólogos 55, otros 136), médicos en otras labores 84, total de enfermeras 560, total de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento 149, total de profesionales 191, total administrativos 456, total de otro personal 181. (Programa delegacional de desarrollo en Cuauhtémoc, 2016-2018)

CAPITULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

- 1. Productividad: NO APLICA
- 1.1 Consultas otorgadas: NO APLICA
- 1.2 Planificación familiar: NO APLICA
- 1.3 Control Nutricional por grupos de edad: NO APLICA
- 1.4 Control de embarazo: NO APLICA
- 1.5 Control de pacientes crónicos: NO APLICA
- 1.6 Atención y detección de enfermedades Infecciosas: NO APLICA
- 1.7 Inmunizaciones: NO APLICA
- 1.8 Detección de Cáncer de mama y cervicouterino: NO APLICA

1. DIFUSIÓN INTRAHOSPITALARIA Y EXTRAHOSPITALARIA

En el Hospital General de Zona No. 47 se realizó cada semana el “Tour Quirúrgico” que consiste en trabajar en coordinación con trabajo social para dar platicas acerca de enfermedad renal crónica, la terapia de sustitución renal, trasplante renal y el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante a los pacientes que se encuentran programados para iniciar terapia dialítica. (ver imagen 1)

Así mismo, se realizó difusión intrahospitalaria a través de breves pláticas a los derechohabientes en las salas de espera a cerca de los criterios de donación corneal y multiorgánica, así como el proceso de procuración, finalmente se realizaba la entrega de la tarjeta de donación y folletos. (ver anexo 2 Y 3) En el Hospital General de Zona número 30, se realizó la sesión general en coordinación con el área de enseñanza en donde se mostró a través de videos el proceso de donación multiorgánica, se comentó a cerca de la estadística en México en términos de donación y trasplante y de los criterios de inclusión y exclusión para la donación de órganos y tejidos.

Por otra parte, se brindaban breves pláticas correspondientes al proceso de donación, en las salas de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 21, adjunta al Hospital General de Zona No, 30. Los días martes y jueves, se trabajaba en conjunto con trabajo social para comentar con los pacientes programados a cirugía ambulatoria, a cerca del trabajo que realizábamos como coordinación de donación en este hospital, de igual forma se realizaba entrega de tarjetas de donadores y se enfatizaba en fomentar la cultura de donación. En la Unidad de Medicina Familiar No. 64, en coordinación con La doctora encargada de enseñanza se llevó acabo la sesión semanal en donde se habló del tema “Donación de órganos y tejidos con fines de trasplante”.

2 ROTACIÓN POR LA UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL

Como parte de la rotación en esta unidad, me correspondió acudir a la reunión semanal, en donde se reúnen los integrantes de comité de donación de Centro Médico Nacional siglo XXI y los integrantes de la Unidad de Trasplante Renal. En estas reuniones se comenta sobre la productividad en esta unidad, así como los problemas que se suscitaron en la semana, por lo que nuestro trabajo como médico pasante fue realizar la minuta de esta reunión. Por otra parte, diariamente actualizaba los datos de los pacientes postrasplantados en Centro médico a través de la plataforma del Centro Nacional de Trasplante. Mi trabajo correspondió en realizar una lista de los pacientes postrasplantados y su evolución diaria en esta unidad. Los días martes y jueves asistía junto con el medico de base correspondiente, a la consulta externa de esta unidad. En otras ocasiones asistía a los médicos a realizar biopsias del injerto renal. Mi trabajo consistía en guiar con el ultrasonido para que el cirujano tomara la biopsia. (ver imagen 3)

imagen 1. Rotación por la Unidad de Trasplante Renal: Preparación para la toma de biopsia renal.



3 ROTACION EN CENTRO MEDICO SIGLO XXI

Cada dos semanas se llevaban a cabo sesiones de retroalimentación, en las que se exponía la productividad durante ese periodo de cada hospital, con el fin de identificar los principales obstáculos para la donación de la red hospitalaria y así diseñar un plan estratégico para aumentar el número de donaciones efectivas. Se recibían clases todos los martes y jueves, algunas sesiones fueron impartidas por médicos especialistas en esa área, y el resto por los Médicos Pasantes del Servicio Social.

También en esta rotación, mi trabajo consistía en realizar y organizar los expedientes de los pacientes postrasplantados de corneas o multiorgánicos. De igual forma debía de pasar visita cada dos horas por los diferentes servicios del hospital en busca de potenciales donadores ante el diagnóstico de muerte encefálica y debía de pasar por el anfiteatro para verificar que no hubiera defunciones que pudieran ser potenciales donadores.

Así mismo, aquí realizaba mis guardias, por lo que debía de estar pendiente de las defunciones en todo Centro Médico y si nos avisaban de alguna defunción en otro hospital, teníamos que ir a valorar el paciente y si era posible proceder a la entrevista y procuración. A continuación se describe un proceso de donación multirgánica.

Se trata de masculino de 43 años de edad, originario de la Ciudad de México, escolaridad universidad, ocupación gerente. Sin antecedentes personales patológicos de importancia, quien acude a urgencias del Hospital General de Zona número 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", acompañado de familiar, proveniente de vía pública, por presentar disminución de la fuerza muscular de miembros pélvicos y posteriormente relajación de esfínter urinario, motivo por el cual es llevado a urgencias.

A su llegada, presenta disartria con hemiparesia derecha por lo que se ingresa al área de choque. A su exploración física se encuentra somnoliento, con presencia de disartria, con funciones mentales no valorables, pupilas isocóricas, normorreflécticas, con nistagmos y ptosis palpebral del lado izquierdo, reflejo fotomotor y consensual presente, reflejo nauseoso presente, fuerza muscular conservada del lado derecho y del lado izquierdo disminuido en miembros torácicos, disminución de fuerza muscular de miembro pélvico izquierdo 2/5, resto sin alteraciones.

Por clínica, se diagnostica déficit neurológico secundario a evento vascular cerebral NISH 20 puntos. Se inician medidas de neuro protección y se solicita TAC de cráneo. Requiere apoyo ventilatorio por pérdida del estado de alerta, durante el proceso de intubación presenta vomito abundante y paro cardiorrespiratorio, se realizan 5 ciclos con retorno a la circulación espontanea. También se inicia apoyo aminergico y sedación.

Se realiza TAC de cráneo en la cual no se observan hemorragias ni tumoraciones por lo que se decide trombólisis. Sin embargo, empeora condición clínica del paciente por lo que se decide ventana neurológica para valorar probable muerte encefálica. Pasado el tiempo de depuración del sedante, paciente no recupera estado de alerta, por lo que los médicos de base comentan a los familiares el estado de gravedad, así como el muy probable diagnóstico de muerte encefálica.

Médicos de base, comunican el caso a la coordinación de donación de Centro Médico siglo XXI. Médico pasante de la coordinación que se encuentra en Hospital General de Zona número 8, presenta el caso a los coordinadores de donación que se encuentran en Centro Médico siglo XXI. Así mismo, se toma riesgo sanitario y es llevado a centro médico. Al mismo tiempo, coordinadores de donación de Centro Médico acuden al HGZ No. 8 a valorar paciente con probable muerte encefálica. Ya en el HGZ No.8, los coordinadores de donación realizan una exploración neurológica, así como prueba de apnea al paciente.

A la exploración neurológica paciente se encuentra con pérdida del estado de alerta irreversible, por etiología isquémica cerebral, también se encuentra apnea comprobado por la prueba de apnea y pérdida de los reflejos de tallo. Coordinadores de donación comunican a los médicos tratantes a cerca de los datos clínicos compatibles con muerte encefálica. Así que se certifica la pérdida de la vida por parte de los médicos tratantes de urgencias del Hospital General de Zona número 8.

Los médicos tratantes comunican a los familiares a cerca del diagnóstico y que se requiere envío del paciente a Centro Médico para realización de estudios de imagen. Al mismo tiempo los coordinadores de donación comunican a su equipo de centro médico para que preparen todo los documentos y requisitos para el traslado del paciente a centro médico, ya que en esta unidad se realizaría el estudio de imagen para el diagnóstico final de muerte encefálica, pues en el HGZ No. 8 no se cuenta con los recursos para realizar el estudio.

Al certificarse la pérdida de la vida en la sala de urgencias, no procedió para ser caso médico legal. Antes del traslado a centro médico, se estabiliza al paciente. Los coordinadores que evaluaron al paciente con muerte encefálica se acercaron a los familiares para explicarles a cerca del darle las condolencias, así como para platicarles a cerca del diagnóstico de su familiar, así como el estudio de imagen que se le realizara.

A su llegada a centro médico, se recibe en admisión continua en donde se realiza estabilización de paciente, así como la solicitud para la realización de angioTAC. Unos minutos más tarde, se realiza angioTAC que reporta ausencia de flujo intracerebral compatible con muerte encefálica.



Justo en el momento en que el paciente sale de la sala de imagenología, cae en paro cardiorrespiratorio, así que se realizan dos ciclos de RCP con respuesta positiva. Los coordinadores de donación se acercan a la familia para comentarles los resultados de la angioTAC así como la posibilidad de donación multiorgánica.

Con cautela, los coordinadores de donación les explican a los familiares en primer lugar que es ese procedimiento, cómo es el procedimiento, que órganos podría donar el reciente fallecido, las leyes que rigen la donación y demás dudas que surgieron en ese momento, los familiares piden consultar con el resto de los integrantes de la familia. Finalmente deciden donar solamente riñones.

El paciente se encuentra inestable hemodinámicamente así que se decide su rápido traslado a quirófano para comenzar la procuración multiorgánica. Como la decisión de los familiares fue solo donar riñones, el procedimiento así se hizo. Fue llamado el equipo de procuración renal de Centro Médico Siglo XXI, quien acudió rápidamente con equipo de procuración.

Ingresó paciente a quirófano a las 15:10 hrs y el equipo de procuración comienza a estabilizarlo, una vez estable, se inicia procuración renal a las 15:32 hrs. Después de abrir cavidad abdominal, cirujanos disecan estructuras intraabdominales en búsqueda de arteria aorta, el pinzamiento de aorta es a las 17:13 hrs, una vez hecho este paso, se procedió a la isquemia fría a las 17:15 y se determinó el tiempo de asistolia a las 17:21.

La extracción renal fue a las 18:20 hrs, los procuradores renales extraen los riñones en bloque y realizan revisión de los mismos, así como la preservación de los riñones con custodiol, los empaquetan en bolsas especiales y los llevan a hieleras para su traslado a la Unidad de Trasplante Renales que se encuentra en la misma unidad de Centro médico.



El cierre de cavidad abdominopélvica es a las 19:35 hrs. Finalmente el paciente sale del quirófano a las 20:42 hrs. Una vez finalizado el procedimiento, el cuerpo es llevado a patología en donde se los coordinadores de donación entregan el cuerpo del paciente a los familiares y agradecen la donación.

En la unidad de trasplante renal se decide la distribución de los órganos, pues ellos tienen la lista de espera, en este caso se decidió trasplantar ambos riñones en esta misma unidad, por lo tanto, se programaron ambas cirugías para el día siguiente, es decir el 27 de septiembre del año en curso.

A las 6:00 am de este día, se realizó la cirugía de banco. Y a las 9:00 hrs se realizó ambos trasplantes renales a dos pacientes diferentes. Actualmente los postrasplantados se encuentran en la Unidad de Trasplante Renal de Centro Médico siglo XXI.

PROCESO DE DONACION CORNEAL

Se trata de femenino de 54 años de edad, originaria del estado de Oaxaca, escolaridad primaria, ocupación comerciante. Antecedentes personales patológicos de importancia: hipertensa de 5 años de evolución, en control con captopril. Diabética de 5 años de evolución en tratamiento con metformina sin control adecuado de glicemia, asma de 10 años de evolución en tratamiento con salbutamol solo en exacerbaciones.

Acude a urgencias del Hospital General de Zona número 30 al presentar fiebre cuantificada en 38.5 grados, tos productiva de 3 días de evolución y dificultad respiratoria. Familiares mencionan que se encuentra en su día 2 de antibiótico a base de levofloxacino. A su llegada presenta dificultad respiratoria grave que requiere intubación orotraqueal. A su exploración física se encuentra ansiosa, cianótica, con evidente dificultad respiratoria, uso de músculos accesorios de la respiración.

Evoluciona rápidamente a deterioro agudo del estado de alerta por lo que se decide manejo de la vía aérea, posteriormente hace parada cardíaca. Se determina hora de fallecimiento a las 13:25 hrs del día 18 de agosto del 2018, con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad. Los médicos internos hacen llamado a los médicos pasantes de la coordinación hospitalaria de donación de órganos y tejidos en este hospital. Al mismo tiempo, médicos adscritos comunican noticia a familiares de la recién fallecida.

Médicos de la coordinación de donación proceden a entrevistar a familiares para la donación de corneas. Familiares aceptan. De esta forma se avisa a centro médico a cerca de entrevista positiva. Los médicos que nos encontramos rotando en el turno vespertino del hospital de especialidades nos encargamos de recibir y ordenar papelería para presentar paciente al servicio de oftalmología, quienes son los responsables de procuración corneal.

Una vez presentado y aceptado el paciente a oftalmología, nos dirigimos con el equipo de procuración al HGZ 30. A la llegada a esta unidad, nos dirigimos a patología en donde se encuentra el cuerpo de la

occisa. Se prepara todo el material y los oftalmólogos proceden a la procuración corneal, nuestro trabajo como coordinadores de donación es tomar los tiempos durante el procedimiento, así como facilitarles el material a los oftalmólogos.

La córnea derecha tuvo un inicio de procuración a las 16:05 y finalizó a las 16:20, la córnea izquierda tuvo un inicio de procuración a las 16: 25 y finalizó a las 16:32. El tejido se almacena en el medio de preservación llamado optisol y se resguarda en una hielera. De esta forma se da por terminada la procuración y nos dirigimos, junto con los oftalmólogos, de regreso al hospital de especialidades. Ya en el hospital, realizamos papelería necesaria y se entregan corneas a oftalmología.

CAPITULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

5.5 En relación a su formación como persona

Mi servicio social en la Coordinación Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante en Centro Médico me ayudó a encontrar la parte humana de la medicina, que en ninguna escuela me habían enseñado, y pienso yo, que en pocas escuelas le dan importancia a esta parte que es la base de ser un buen médico.

La mayoría de las veces me enfocaba en estudiar los libros básicos de medicina y aprender cada día más, pero en ese círculo vicioso nunca me detuve a leer libros que hablaran cerca de la calidad de la atención médica, de la relación médico-paciente o aspectos éticos de la medicina. Es por eso que en mi servicio social me sirvió para interesarme en estos temas y no solo leer a cerca de ello, sino también llevarlo a la práctica.

Aprendí a escuchar y comprender a los demás, pues en la cotidianidad de la labor del médico, muchas veces es difícil prestar atención a estas cosas sencillas y fáciles de hacer. Así mismo, comprendí la importancia de la donación y como es que muchas personas dependen de nuestro trabajo como médicos pasantes. Antes de ingresar a la Coordinación no me imaginaba la larga lista de espera que existe y me enorgullece saber que pude aportar un granito de arena a esta sociedad.

Es muy satisfactor saber que lo poco o mucho de nuestro tiempo y esfuerzo valieron la pena porque hay personas que recobraron la vista o que mejoraron su calidad de vida al recibir un órgano. Modifiqué mi forma de pensar a cerca de la procuración multiorgánica y despojé mitos que tenía. Uno de ellos era el miedo a la mutilación o la falta de respeto que se podría llevar a cabo durante la procuración. Sin embargo, en la coordinación siempre nos enseñaron a respetar y no causar daño a los donadores.

Siempre nos inculcaron a respetar al donador, tanto así que se le hacía un agradecimiento a la familia y al donador antes de entrar al quirófano, pues se considera que la donación es el acto más grande de

amor que existe. Aprendí a ser más cautelosa en mi forma de dirigirme hacia los demás, incluyendo pacientes, y familiares, pues de alguna manera como coordinadores de donación, nos acercamos a los familiares del fallecido en un momento muy difícil para la toma de decisiones.

Por lo que es primordial saber cómo acercarnos a la familia y dirigirnos sabiamente a ellos. Esto me llevó a afrontar cada situación, pues no todas las personas respondemos de la misma manera. Es por eso que aprendí a usar las palabras adecuadas en el momento correcto y a escuchar con atención como se sentían en ese momento los familiares, pues esto contribuía a crear un ambiente de confianza y respeto. De igual forma adquirí confianza en mi forma de expresarme con los pacientes y saber responder a sus dudas.

Otro punto es que aprendí a tratar al paciente como me gustaría que me trataran a mí. Pues muchas veces no tomamos en cuenta los sentimientos de los pacientes y le damos más importancia a nuestros intereses. Aprendí a ser más segura en mi toma de decisiones y también tomé seguridad en mi forma de dirigirme al paciente. Considero que mi lado humanista creció y ahora veo a los pacientes de una forma diferente, los respeto mucho y los escucho. Cree mucha confianza en mí misma y aprendí a tomar decisiones.

Obtuve muchos conocimientos acerca de ética, leyes, administración y conocí áreas que nunca me imaginé, por ejemplo, conocí el proceso de búsqueda de receptores de riñones y es una experiencia inexplicable ver como los médicos tratan de comunicarse con las personas en lista de espera y ver lo antes posible llegan a la unidad de trasplante renal con tanto entusiasmo de por fin encontrar una cura a su enfermedad o al menos mejorar su calidad de vida.

Me acerqué a los receptores y conoces su historia de vida y esas experiencias son las que te hacen crecer como persona y como médico. Cuando te agradecen la atención y todo lo que haces por ellos sientes la gratificación de todo el esfuerzo. Estas pequeñas cosas son las que te hacen sentir bien contigo mismo y seguir adelante en la carrera.

5.6 En relación a su formación profesional

En mi formación profesional me aporfo mucho conocimiento en diferentes áreas que desconocía pero que están involucradas con la medicina y por lo tanto son importantes para la vida profesional y la vida personal. Por ejemplo, aprendí el proceso de una anuencia para la procuración multiorgánica, cosa que en mi vida había escuchado, desconocía todo lo relacionado a las leyes que respaldan la donación en México y gracias al diplomado que nos proporciona la coordinación de donación, ahora conozco los fundamentos legales del proceso de donación.

Así mismo, rescaté algunos aspectos de ética en medicina y comprendí la importancia de ésta en labor médica. Comprendí la importancia de trabajar en equipo y de forma integral, ya que en la coordinación la mayoría del trabajo, si no es que, en todo, se debe trabajar en conjunto con enfermería, trabajo social, camellería, laboratoristas, químicos, etc. A fin de acelerar el proceso de donación. Además, es muy enriquecedor que cada profesional de la salud te aporte un poco de su amplio conocimiento y de esta forma ver diferentes puntos de vista.

Así mismo, el diplomado me ayudo a comprender la muerte encefálica desde diversos ángulos, desde lo clínico hasta lo legal. Y gracias a los talleres aprendí a realizar el diagnóstico clínico y por imagen de muerte encefálica. Otro de los talleres que nos recalcaron en todo el año de servicio social fue el de entrevista para la donación que, aunque suena fácil de hacer, es un trabajo muy complicado pues se involucra desde la forma en como vestimos hasta el tono de voz con la que nos dirigimos al receptor.

Adquirí mucha seguridad para mi análisis clínico y toma de decisiones gracias a las enseñanzas de los médicos que colaboran en la coordinación, en especial los médicos de la unidad de trasplante renal que en todo momento compartían su conocimiento. En la coordinación realizamos múltiples cursos para perfeccionar mis capacidades de interpretación de estudios de imagen como tomografías, ultrasonidos y radiografías.

Los médicos residentes de imagenología se daban su tiempo para enseñarnos las bases de la imagenología y en muchas ocasiones nos apoyaban con la interpretación de los estudios. De igual forma, los médicos residentes de oftalmología nos compartían su conocimiento y nos enseñaban la técnica de procuración corneal. Gracias a las clases impartidas por mis compañeros, reforcé mis conocimientos generales de medicina. Y de la misma forma, al exponer frente a mis compañeros, era una oportunidad para recordar algunos temas y para fortalecer mi capacidad de enseñanza.

Aprendí a dirigirme con seguridad ante un público gracias a las ponencias en los Hospitales Generales de Zona y en la Unidades de Medicina Familiar. Y gracias a que curse el diplomado de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante, ahora tengo un gran valor curricular. Así mismo, las clases impartidas cada semana, me ayudaron a fortalecer mis conocimientos y me motivaban a seguir investigando más acerca del tema.

Sin duda, de las mejores experiencias que me aportó mi servicio social, fue mi rotación por el servicio de Trasplante Renal, que además de adquirir conocimiento de los médicos de esta unidad, también tuve la oportunidad de acercarme más a áreas de la medicina que yo desconocía como es la cirugía de trasplante, la hospitalización del paciente postrasplantado, el área de nefrología, entre otras más. Por otra parte, fue un gran momento para estudiar y aprender todo lo relacionado al trasplante renal.

5.9 En relación a su aportación a la comunidad

Rotar en la coordinación de donación es una excelente forma de contribuir a la comunidad en beneficio de todas las personas que por algún motivo se encuentran en lista de espera de un órgano o tejido. Pero también, aportas consuelo y apoyo a todas las familias que han perdido algún integrante y muy valientemente dijeron si a la donación en un momento tan duro. Así mismo, difundes la cultura de la donación y se crea un círculo vicioso para que miles de personas se interesen y acepten la donación.

A través del fomento de la cultura de donación de órganos y tejidos ayudas a muchas personas que se encuentran en la lista de espera, a encontrar una esperanza de vida, recobrar la vista o mejorar su calidad de vida y eso es una gran recompensa como médico. Es una experiencia inexplicable saber cómo es que tu participación en este proceso hace una gran diferencia gracias a la difusión en hospitales, unidades de medicina familiar, escuelas y por medio de las redes sociales.

Todo esto se ve reflejado en la cantidad de personas que acuden a la coordinación de donación en los diferentes hospitales del IMSS a preguntar o conocer un poco más de la donación. Así mismo, el impacto que crean las redes sociales en las personas, impulsa a que se interesen en el tema, conozcan a fondo como se lleva a cabo las procuraciones y se rompan mitos que impiden la donación. Es una responsabilidad muy grande que miles de vidas dependen de tu trabajo, y eso se convierte en un impulso para conseguir más potenciales donadores a fin de disminuir la lista de espera.

Y aunque el tema de la donación es aún muy controvertido para muchas personas, la finalidad de nuestro trabajo radica en concientizar un poco e invitarlas a que conozcan a fondo todo lo relacionado a la donación de órganos y tejidos. El trabajo como médico pasante es hacer que el tiempo de espera disminuya y que más personas tengan la oportunidad de un trasplante. Y aunque es difícil ver como las familiares aceptan la donación, también es muy satisfactor ver cómo les dan de alta a los pacientes postrasplantados y continúan con su vida.

Además de las donaciones, uno de los compromisos de los Coordinadores de Donación, y en este caso de los Médicos Pasantes del Servicio Social, es brindarle todo el apoyo que sea necesario a los familiares de los donadores. Pues están pasando por un momento muy difícil y que talvez con un simple gesto de amabilidad y comprensión, puede hacer que los familiares se sientan cómodos y seguros de que les puedes ayudar en este momento.

Cuando se realiza difusión a cerca de la donación también es muy gratificante saber que estas informando a las personas y respondiendo sus dudas, así, se les da la confianza de preguntar y resolver dudas, pues finalmente, son estas personas las que difundirán la información con sus familiares, amigos y conocidos.

Las pláticas de difusión son una forma de aportar un poco de información a la población general y de alguna forma ampliar su conocimiento acerca de la donación. Sin duda, mi paso por la universidad y la coordinación de donación fue un gran paso en mi carrera profesional que me permitió ver de otra forma a la sociedad que me rodea, pues como médico, es muy gratificante ver como una persona mejora su calidad de vida gracias a tu intervención. Y eso mismo, es lo que me motivaba cada todos los días para seguir dando lo mejor de mi y esforzarme en el trabajo que me correspondía.

6. En relación con su institución educativa

Desde que conocí a La Universidad Autónoma Metropolitana, pude apreciar su gran compromiso con la sociedad. A través de diversos proyectos y programas enfocados a contribuir en el bienestar de la población. Es por eso que, desde mi ingreso a esta universidad, comprendí la importancia de conocer los problemas que enfrenta la sociedad en donde vivimos y con esto, poder crear ideas y proyectos a fin de resolver estas problemáticas.

La UAM me mostro el panorama general de la sociedad en la que vivimos actualmente así mismo me hizo comprender los problemas con los que nos tropezamos día con día. De esta forma me hizo reflexionar acerca de nuestro papel en la sociedad y como es que podemos aportar algo a la sociedad. La Universidad, me permitió ver a la sociedad que me rodea desde distintas perspectivas y con ello poder resolver algunos problemas de mi entorno.

Durante mis años de estudios en esta universidad aprendí a ver la medicina de desde otra perspectiva y ser un médico proactivo con la salud de los mexicanos. Las áreas clínicas por las que cursé fueron muy enriquecedoras, pues no solo aprendí las tareas básicas de un médico, sino que comprendí el funcionamiento del sistema de salud en México a través de la rotación por diversas instituciones, pues la UAM ofrece rotaciones por una amplia gama de hospitales, que van desde secretaria de salud, ISSSTE, IMSS, hasta grandes Institutos como el de Nutrición o Neurología. Esto permitió que conociera el sistema de cada uno de estos hospitales y a su vez como se integran para brindar, en lo posible, la mejor calidad de atención a sus asegurados.

Así mismo, me dio la oportunidad de asistir a grandes congresos y conferencias que fortalecieron mi curriculum y me ayudaron a capacitarme cada vez más. Por otro parte, me permitió a conocer a grandes maestros de la medicina y aprender de ellos. Gracias a todas estas oportunidades, fui acreedora de la

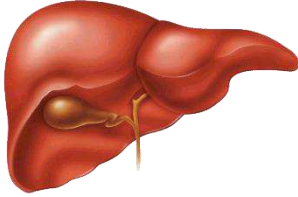
beca de excelencia en la mayoría de mis años de estudiante y eso me ayudo a seguir estudiando y esforzarme. Afortunadamente supe aprovechar las facilidades que me dio la universidad y gracias a ello se formó un médico diferente a los demás, con otra visión de la medicina.


La UAM, es una universidad que te acerca a los problemas sociales y te enfrenta desde los primeros trimestres para que seamos capaces de construir resoluciones. Es por eso que, al elegir la plaza de servicio social, decidí que quería trabajar en un proyecto que me generara un compromiso con la sociedad y de esta forma acercarme más a la población, conocer las necesidades y aportar ideas resolutivas a estas. De esta forma, pude llevar a cabo en el campo, todo lo aprendido en la universidad. El servicio social en la coordinación de donación de tejidos con fines de trasplante es la plaza adecuada para llevar acabo todo lo aprendido durante mi curso por la UAM. Ya que durante la rotación pude explotar mis capacidades para generar pequeños cambios en la sociedad a través de la donación de órganos y tejidos, pues es una labor muy importante que impacta en la sociedad.

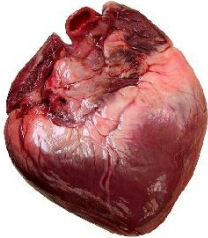
Así mismo, deja una huella en mi trayectoria como médico y como persona, pues es un gran orgullo saber que tu trabajo como médico pasante tiene un gran impacto en muchas familias mexicanas y que a través de tu tiempo y dedicación se puede aportar un grano de arena a nuestra sociedad.


7. ANEXOS.



Anexo 1.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.		
	INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
<p>Hígado</p> 	<p>Menor a 10 días hospitalizado Sin antecedentes de practicas de alto riesgo: tatuajes, uso de drogas IV, etc Sin trauma abdominal que involucre trauma hepático Sin aminas o dosis bajas de aminas No eventos de paro o hipotensión prolongados (menor a 90/60 mmHg por mas de 1 hora)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes conocidos de alcoholismo severo. - Antecedente de hepatopatía crónica. - Infección por VHB o VHC - Traumatismo hepático severo -Intoxicación por drogas hepatotóxicas. - Mantenimiento hemodinámico con dosis elevadas y prolongadas de drogas inotrópicas. - Toxicomanías. - Problemas psicosociales o no apegarse al tratamiento médico. - Infección por VIH - Coma de causa desconocida. - Enfermedades hematológicas de causa desconocida. - Colagenosis - Arteriosclerosis generalizada

	<p>Mantener presión media en 60 mmHg Edad: 18-55 años Sin comorbilidades ni antecedentes de uso de alcohol u otras drogas IMC menor 30 PVC menor a 12 mmHg Esteatosis hepática por biopsia menor del 30% Sodio menor 160 mEq ALT o AST menor 100 INR normal Bilirrubinas totales normales GGt normal Hb mayor 10 mg/dl</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sepsis con fallo hemodinámico - Isquemia caliente prolongada
<p>Pulmón</p> 	<p>Edad: menor a 65 años Diagnostico de muerte encefálica Compatibilidad ABO Ausencia de infección o trauma Intubación menor 72 horas Sin historial de tabaquismo</p>	<p>Infección pulmonar o extrapulmonar sin tratamiento o no controlada. Neoplasia en los últimos 2 años Tumores del SNC (Glioblastoma multiforme, Ependimoma maligno Pineoblastoma, meningioma maligno anaplasico, sarcoma intercraneal, tumor germinal intracraneal, cordoma, linfoma cerebral primario) Disfunción orgánica significativa Falla cardíaca o coronariopatía Deformidad torácica o de la columna Tabaquismo activo Historia de tabaquismo superior a 20 paquetes/año Historia de enfermedad pulmonar crónica o cirugía de tórax Traumatismo o contusión de parénquima pulmonar Intubación mayor a 72 horas Radiografía de tórax con patología parenquimatosa (atelectasia, consolidaciones)</p>

		<p>pO₂ arterial inferior a 300 mmHg tras FiO₂+ 5 cmH₂O cultivo de esputo positivo Toxicomanías Problemas psicosociales o no apegarse al tratamiento medico Infección por VIH Infección por VHB o VHC Ausencia de medios de soporte para seguir con la terapia de trasplante. Coma de causa desconocida Grupos de riesgo: prostitución, prisión, drogadictos Enfermedades hematológicas de causa desconocida Colagenosis Arteriosclerosis generalizada Anencéfalos Edad superior a 55 años Sepsis con fallo hemodinámico Isquemia caliente prolongada</p>
<p>Corazón</p> 	<p>Sin malformaciones, valvulopatías o disfunción de ventrículo izquierdo PVC 6-10 mmHg Ph 7-7.45 Po₂ 80 mmHg Saturación 95% Hb mayor 10 g/dL TAM mayor 60 mmHg Aminas en bajas dosis (dopamina o dobutamina menor a 10 mcg/kg/min)</p>	<p>Edad superior a 55 años en varones y 60 en mujeres Ecocardiograma con dilatación o hipertrofia de cavidades, baja fracción de eyección , valvulopatías. Hipotensión o paradas cardiacas multiples y/o prolongadas Mantenimiento hemodinámico von dosis elevadas y prolongadas de drogas inotrópicas Traumatismo cardiaco severo Alteraciones importantes de ritmo cardiaco Toxicomanías Problemas psicosociales o no apegarse al tratamiento medico Infección por VIH Infección por VHB o VHC Ausencia de medios de soporte para seguir con la terapia de trasplante. Coma de causa desconocida</p>

		<p>Grupos de riesgo: prostitución, prisión, drogadictos</p> <p>Enfermedades hematológicas de causa desconocida</p> <p>Colagenosis</p> <p>Arteriosclerosis generalizada</p> <p>Anencefalos</p> <p>Sepsis con fallo hemodinámico</p> <p>Isquemia caliente prolongada</p>
<p>Corneas</p> 	<p>Donantes por parada cardiaca: 5 años a 80 años</p> <p>Sin antecedentes de cirugía ocular: vitectomía, retinopexia, cirugía refractaria</p> <p>Sin antecedentes personales patológicos oculares: catarata, enfermedades oculares inflamatorias crónicas,</p>	<p>Toxicomanías</p> <p>Problemas psicosociales o no apearse al tratamiento medico</p> <p>Infección por VIH</p> <p>Infección por VHB o VHC</p> <p>Ausencia de medios de soporte para seguir con la terapia de trasplante.</p> <p>Coma de causa desconocida</p> <p>Grupos de riesgo: prostitución, prisión, drogadictos</p> <p>Enfermedades hematológicas de causa desconocida</p> <p>Colagenosis</p> <p>Arteriosclerosis generalizada</p> <p>Anencéfalos</p> <p>Sepsis con fallo hemodinámico</p> <p>Isquemia caliente prolongada</p> <p>No percepción de luz</p> <p>Capacidad visual corregida igual o menor a 20/200</p> <p>Inmunodepresión</p> <p>Paciente con descontrol metabólico crónico</p> <p>Penfigoide ocular cicatricial</p> <p>Síndrome de Stevens-Johnson severo.</p> <p>Glaucoma congénito severo y/o descontrolado</p> <p>Síndrome de clivaje de cámara anterior</p> <p>Enfermedad neurotrófica/neuroparalítica</p> <p>Glaucoma no controlado</p> <p>Quemadura química grado IV</p>



		Mala calidad de la superficie ocular: vascularización de 4 cuadrantes
<p>Tejido musculo esquelético</p> 	<p>De 18 a 75 años Muerte cerebral Parada cardiaca</p>	<p>Toxicomanías Problemas psicosociales o no apegarse al tratamiento medico Infección por VIH Infección por VHB o VHC Ausencia de medios de soporte para seguir con la terapia de trasplante. Coma de causa desconocida Grupos de riesgo: prostitución, prisión, drogadictos Enfermedades hematológicas de causa desconocida Colagenosis Arteriosclerosis generalizada Anencéfalos Sepsis con fallo hemodinámico Isquemia caliente prolongada</p>
<p>Riñón</p> 	<p>Edad: 5-60 años</p>	<p>Reducción de la tasa de filtrado glomerular TA sistólica promedio mayor a 100 mmHg TA sistólica promedio mayor 60 mmHg Gasto urinario mayor 2 ml/kg/hora en niños Creatinina máximo m2.5 mgs/dl Proteinuria mayo a 300 mg/día Microhematuria, excepto cuando la evaluación urológica y biopsia renal resulte normal. Litiasis renal múltiple Quistes múltiples 3 o mas arterias Historia familiar de enfermedad renal poliquística, excepto si USG o TAC son normales.</p>

		<p>Displasia arterial fibromuscular bilateral.</p> <p>ABO incompatible</p> <p>Prueba cruzada positiva</p> <p>Hipertensión no controlada</p> <p>Abuso de morfina, heroína o cocaína</p> <p>VIH positivo,</p> <p>VHB positivo</p> <p>VHC positivo</p> <p>Malignidad</p> <p>Uso crónico de drogas nefrotóxicas</p> <p>Edad menor a 18 años</p> <p>Enfermedad renal conocida: glomerular, intersticial, infecciosa</p> <p>Riñones de pequeño tamaño</p> <p>Proteinuria superior a 1 g/litro</p> <p>Hematuria crónica de causa no filiada</p> <p>Litiasis coraliforme</p> <p>Sepsis con fallo hemodinámico</p> <p>Isquemia caliente prolongada</p>
--	--	---

ANEXO 2. DIFUSIÓN INTRAHOSPITALARIA EN HGZ 30.



ANEXO 3. TARJETA DE DONADOR OFICIAL

<p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>  <p>CENATRA CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES</p> <p>DONACIÓN VOLUNTARIA DE ÓRGANOS Y TEJIDOS</p> <p>A mi familia:</p> <p>Es mi voluntad que a mi fallecimiento y con la esperanza de ayudar a salvar vidas, sean donados mis órganos y tejidos con fines de trasplante.</p> <p>Cuando esto suceda, apoyen mi decisión y ayuden a cumplir mi voluntad. Los ama...</p> <p>_____</p> <p>Nombre y firma</p> 	<p>Respetemos la voluntad de quien decidió donar sus órganos y tejidos</p> <p>Testigos</p> <table><tr><td>_____ Nombre y firma</td><td>_____ Nombre y firma</td></tr><tr><td>26 de septiembre "Día nacional de la donación y trasplante de órganos"</td><td>26 de octubre "Día mundial por la donación y el trasplante de órganos"</td></tr></table> <p>Infórmate en www.cenatra.salud.gob.mx 01800 201 7861 y 62 LOCATEL 56581111</p>	_____ Nombre y firma	_____ Nombre y firma	26 de septiembre "Día nacional de la donación y trasplante de órganos"	26 de octubre "Día mundial por la donación y el trasplante de órganos"
_____ Nombre y firma	_____ Nombre y firma				
26 de septiembre "Día nacional de la donación y trasplante de órganos"	26 de octubre "Día mundial por la donación y el trasplante de órganos"				

Bibliografía

1. Durón-Rivera, E. García-Portillo F. Soriano Tenango, V. et al. Negativa familiar en un proceso de donación. Arch Neurociencia, vol.19, No. 2. Pag 83-87, 2014.
2. Elizalde, J. Lorente, M. Coordinación y donación. Anales Sis San Navarra, vol. 29. Supl. 2. Pamplona, mayo-Agosto 2006.
3. Aburto-Morales, Salvador. Espinosa-Álvarez Arturo. Trasplantes de órganos y tejidos en México. Rev. Invest. Clin. Volume 57. No 2. México marzo-abril 2005.
4. Querevalú-Murillo, Walter. Orozco-Guzmán Roberto. Díaz-Tostado Segio, et al. Iniciativa para aumentar la donación de órganos y tejidos en México. Rev. Fac. Med. (Méx.) vol. 55, No.1. Ciudad de México. Enero-febrero 2012.
5. Manual De Procedimiento IMSS. Procedimiento Para La Selección Y Evaluación Clínica Del Potencial Donador Cadavérico De Órganos Y Tejidos Con Fines De Trasplante 2400-003-022, Unidad De Organización Y Calidad, Validado Y Registrado 11. diciembre 2007. Folio 159.
6. Manual De Procedimiento IMSS. Procedimiento Para La Distribución Y Resguardo De Órganos Y Tejidos Procedentes De Donación Cadavérica En Unidades Médicas Hospitalarias Del IMSS Con Programa De Trasplante 2400-003-001, Unidad De Organización Y Calidad, Validado Y Registrado 17 octubre 2007. Folio 115.
7. Boletín estadístico informativo del Centro Nacional de Trasplantes BEI-CENATRA. Volume III. Número 2. Period enero-diciembre 2018.
8. Principios rectores de la OMS sobre trasplantes de células, tejidos y órganos humanos. Organización mundial de la salud.
9. Ley general de Salud- T XIV- Donación, trasplantes y pérdida de la vida. Título decimo cuarto, capítulo I.