



## CARTAS AL DIRECTOR

### La donación de órganos: ¿una excepción para consentir medidas de tratamientos fútiles?



#### Organ donation: An exception to consent futile treatments?

Sr Director:

He leído con gran interés el estudio presentado por Bodí et al., sobre la limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) y la donación de órganos<sup>1</sup>. La LTSV documentada en la literatura es superior al porcentaje descrito como alto en sus conclusiones<sup>2</sup>. Resulta preocupante tanto la observación en la que identifican como factor «protector» de LTSV el hecho de estar ingresado en un hospital trasplantador, como la asociación de la intervención del coordinador de trasplantes a una menor práctica de LTSV. Lo deseable es que no se encontraran diferencias independientemente de las características del hospital. Las decisiones al final de la vida son complejas de tomar, debemos procurar combatir la variabilidad documentada en la literatura en estas situaciones<sup>3</sup>. Actualmente muchas UCI españolas no disponen de protocolos de LTSV pudiendo ser de utilidad las recomendaciones emitidas por el Grupo de Trabajo de Bioética de SEMICYUC<sup>4</sup>.

Las decisiones al final de la vida han de tomarse en equipo, donde los profesionales sanitarios participen enriqueciendo la deliberación con sus diferentes puntos de vista, varias perspectivas conseguirán minimizar sesgos, incluir al coordinador de trasplantes como proponen en su discusión parece oportuno siendo clave huir de decisiones individuales. Los intensivistas han de proteger al paciente crítico de la obstinación terapéutica y exposición a tratamientos fútiles, los cuidados al final de la vida han de situarse en el ámbito de la medicina intensiva al mismo nivel que otras prácticas como puede ser una resucitación cardiopulmonar, el manejo óptimo del *shock séptico* o del síndrome coronario agudo. La descripción de un 12% de pérdidas de potenciales donantes en el grupo de LTSV, y cuestionar qué hubiera pasado si no se hubiera limitado, resulta aventurado. Si nos planteamos dicha situación desde otra perspectiva podríamos plantear qué hubiera ocurrido si en esos 176 pacientes

neurocríticos no se hubiera realizado LTSV, podemos prever que es probable que hubiera sido detectado algún donante más, pero también habrían aumentado las estancias en UCI y hospital, costes sanitarios y habrían podido sobrevivir más pacientes probablemente con graves secuelas neurológicas y nula calidad de vida, pacientes que no desarrollarían finalmente muerte encefálica. La dificultad de las decisiones al final de la vida es el centro de este debate, ¿puede la donación de órganos justificar mantener o instaurar medidas de tratamientos fútiles? Desde un punto de vista ético mantener tratamientos fútiles no es aceptable. Pero esta argumentación que podría ser sostenida en una relación clínica no puede aplicarse a la donación de órganos, se trata de una situación excepcional que merece por tanto un tratamiento extraordinario. La clave está en soportar nuestras decisiones en los valores de las partes implicadas, no bastará, por tanto, con explorar los deseos de donación, siendo necesario también explicar las posibilidades evolutivas y tenerlas previstas. No practicar LTSV a la espera de una potencial evolución a muerte encefálica comprende el riesgo de fallecer o también de sobrevivir con graves secuelas neurológicas, riesgos que han de ser conocidos y asumidos por los representantes de los pacientes y costes que han de ser contemplados por la organización sanitaria.

Los conflictos éticos siguen a los avances en Medicina Crítica como una sombra fiel, su planteamiento y deliberación moral refleja la preocupación desde los orígenes de esta especialidad por los condicionantes éticos de nuestras actuaciones, la alta calidad moral ha sido y es una de las fortalezas de la Organización Nacional de Trasplantes en aras de conseguir una medicina de alta calidad fundamentada en juicios prudentiales, razonables y responsables.

### Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

### Bibliografía

1. Bodí MA, Pont T, Sandiumenge A, Oliver E, Gener J, Badía M, et al. Potencialidad de donación de órganos en muerte encefálica y limitación de tratamiento de soporte vital en los pacientes neurocríticos. *Med Intensiva*. 2015;39:337-44.

2. Sprung CL, Cohen SL, Sjkovist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, et al., Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units: The Ethicus Study. *JAMA*. 2003;290:790-7.
3. Mark NM, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: A systematic review. *Intensive Care Med*. 2015;41:1572-85.
4. Monzón JL, Saralegui I, Abizanda R, Campos I, Cabré LL, Iribarren S, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32:121-33.

A. Estella

*Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital del SAS de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz, España*

*Correos electrónicos: litoestella@hotmail.com, litoestella@gmail.com*

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.08.007>

## Respuesta de los autores



### Author's reply

*Sr. Director:*

Agradecemos las observaciones realizadas con relación al estudio multicéntrico publicado recientemente por nuestro grupo, donde se evalúa la potencialidad de muerte encefálica (ME) y la efectividad en el proceso de donación, así como el impacto de la limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV) en 9 centros autorizados para la donación de órganos para trasplante<sup>1</sup>. El alto porcentaje de LTSV observado en el presente estudio, se debe a que casi la mitad de las LTSV en pacientes neurocríticos (GCS inferior a 8) consistió en la no indicación de ingreso del paciente en una unidad de cuidados intensivos (UCI), hecho diferencial con otros estudios referenciados<sup>2</sup> donde únicamente analizaron la práctica de LTSV de pacientes ya ingresados en la UCI.

En el citado trabajo se objetivó una mayor proporción de pacientes admitidos en un hospital trasplantador en el grupo de no LTSV respecto al grupo de LTSV. Los autores aluden al término «protector» para hacer referencia a la significación estadística. Una mayor o menor proporción de pacientes a los que se aplica LTSV no significa mejor o peor praxis. La buena práctica médica incluye no solo la aplicación de tratamientos que procuran salvar la vida del paciente y restablecer una aceptable calidad de vida, sino también permitir una buena muerte en aquellos casos en los que se limita el tratamiento (no iniciando o retirando) por ser fútil<sup>3</sup>.

Las recomendaciones actuales, en línea con los hallazgos de nuestro trabajo, van encaminadas a fomentar la planificación de los cuidados al final de la vida en el paciente crítico, respetando la dignidad del paciente, con una adecuada comunicación con sus seres queridos e incluyendo la investigación de la voluntad de donación dentro de dicho proceso. Disponer de un protocolo de cuidados y decisiones al final de la vida del paciente crítico debería ser prioritario en todos los centros hospitalarios<sup>4</sup>.

Los autores proponemos que, conociendo que en los pacientes neurocríticos graves que fallecen en ME, esta acontece a los 2 días (mediana, RIQ<sub>25-75</sub> 1-6), los profesionales responsables del cuidado del paciente consideren, una vez tomada la decisión consensuada de futilidad terapéutica, la posibilidad de cumplir el derecho del paciente a ser donante de órganos. Es en este contexto, donde el

coordinador de trasplantes, como parte del equipo que planifica los cuidados al final de la vida, investigará la voluntad de donación del paciente a través de la entrevista a sus familiares. La información debe ser completa, clara y transparente, incluyendo todas las posibilidades, y consensuando un tiempo razonable de espera basado en la evidencia (48-72 h), tras el cual, si la ME no acontece, se procederá a la LTSV<sup>5</sup>. Cabe en este escenario considerar la donación en asistolia controlada en aquellos pacientes que no presenten contraindicaciones. Dicho planteamiento contribuiría a evitar tratamientos fútiles y graves secuelas neurológicas, así como a disminuir estancias innecesarias y costes sanitarios.

### Bibliografía

1. Bodí MA, Pont T, Sandiumenge A, Oliver E, Gener J, Badía M, et al. Potencialidad de donación en muerte encefálica y limitación del tratamiento de soporte vital en los pacientes neurocríticos. *Med Intensiva*. 2015;39:337-44.
2. Sprung CL, Cohen SL, Sjkovist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, et al., Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units: The Ethicus Study. *JAMA*. 2003;290:790-7.
3. Cook D, Ricker G. Dying with dignity in the Intensive Care Medicine. *N Engl J Med*. 2014;370:26.
4. Quenot JP, Rigaud JP, Prin S, Barbar S, Pavon A, Hamet M, et al. Impact of an intensive communication strategy on end-of-life practices in the intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2012;38:145-52.
5. Escudero D, Otero J. Medicina Intensiva y donación de órganos. ¿Explorando las últimas fronteras? *Med Intensiva*. 2015;39:366-74.

M.A. Bodí<sup>a,\*</sup>, T. Pont<sup>b</sup>, E. Oliver<sup>c</sup> y A. Sandiumenge<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Medicina Intensiva, Coordinación de Trasplantes, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, Universidad Rovira i Virgili, Instituto de Investigación Sanitaria Pere i Virgili, Tarragona, España*

<sup>b</sup> *Coordinación de Trasplantes, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España*

<sup>c</sup> *Coordinación de Trasplantes, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico: mbodi.hj23.ics@gencat.cat* (M.A. Bodí).  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.09.004>