

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 trasplante¹. 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 referenciados² 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 fútil³.

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 hospitalarios⁴.

Los autores proponemos que, conociendo que en los pacientes neurocríticos graves que fallecen en ME, esta acontece a los 2 días (mediana, RIQ₂₅₋₇₅ 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 LTSV⁵. 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^{a,*}, T. Pont^b, E. Oliver^c y A. Sandiumenge^b

^a *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*

^b *Coordinación de Trasplantes, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España*

^c *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>