



CARTAS AL EDITOR

Ética, nuevas formas de morir y donación de órganos



Ethics, new ways of dying and organ donation

Escudero et al. han comentado el caso de un paciente con síndrome de hipertensión intracraneal al que se le realiza una craneotomía descompresiva y acaba siendo donante de órganos¹. La craneotomía evita que el paciente evolucione rápidamente hacia muerte encefálica, pero fracasa al no propiciar una recuperación neurológica. Ante el pronóstico catastrófico, los profesionales se plantean interrumpir la asistencia ventilatoria. Finalmente, para maximizar las posibilidades de la donación optan por facilitar la muerte por criterio neurológico comprimiendo con un vendaje la masa cerebral previamente liberada de la presión gracias a la craneotomía. Justifican esta intervención sobre la base de que la craneoplastia con vendaje puede ser considerada «éticamente similar a otras formas de limitación del tratamiento de soporte vital» y de que «añade un innegable valor social ya que facilita la donación de órganos para trasplante».

El caso plantea tres interrogantes. En primer lugar, ¿puede el uso de un vendaje compresivo con el fin de provocar un daño neurológico total e irreversible considerarse una limitación del tratamiento de soporte vital? Por su propia naturaleza, el vendaje no es ni una *limitación* terapéutica ni una limitación de técnicas de *soporte vital*. Tampoco está clínicamente indicado. Involucra una acción motivada por la intención de provocar una muerte encefálica y que acaba provocándola. El carácter activo, la intención y la causalidad son criterios comúnmente invocados para distinguir las conductas médicas que *causan* la muerte de las que simplemente *dejan morir*. Caracterizar la craneoplastia con vendaje como una limitación del tratamiento de soporte vital constituye una contorsión semántica para referirse a una muerte médicamente asistida o inducida. Recurrir a ficciones morales para que las decisiones sobre el final de la vida no violen la norma tradicional que prohíbe causar la muerte (máxime si es para facilitar la donación) seguramente evita la alarma social, pero crea confusión y escamotea el debate normativo y la deliberación que deben acompañar a estas prácticas².

En segundo lugar, el paciente aún conservaba ventilación espontánea y mínima actividad cortical. Daños análogos –o mayores– padecen quienes se encuentran en estado

vegetativo permanente. ¿Considerarían los autores aceptable llevar a cabo acciones análogas sobre otros enfermos sin posibilidad de recuperación neurológica, para que sus órganos pudieran ser extraídos?

Por último, ¿bajo qué condiciones es aceptable tratar a un individuo *que todavía no ha fallecido* como un medio para que se convierta en donante de órganos? ¿Es aceptable realizar intervenciones que no pueden beneficiar a ese individuo sin su consentimiento explícito? ¿Cómo asegurar que las decisiones sobre el final de la vida en un paciente se adoptan independientemente de toda decisión acerca de la donación para que esta opción no comprometa los cuidados que se le deben?^{3–5}. En el caso comentado, la perspectiva de la donación condiciona la opción por el vendaje. Esto no resultaría problemático si el propio paciente hubiera consentido de forma válida ese modo de morir y ese destino para sus órganos. Sin embargo, el paciente no disponía de instrucciones previas y tampoco consta que sus preferencias fueran exploradas a través de su familia, que solo fue informada *a posteriori* de las razones de la decisión adoptada por el equipo y de sus posibles consecuencias. Coincidimos con los expertos en ética consultados en que «los profesionales sanitarios implicados deben realizar todo lo posible para que se pueda cumplir su voluntad [del paciente]».

Financiación

David Rodríguez-Arias ha recibido financiación del proyecto KONTUZ (FFI2011-24414).

José Antonio Seoane ha recibido financiación de la Xunta de Galicia (Consolidación e estructuración de unidades de investigación competitivas do Sistema Universitario de Galicia. Grupos con potencial de crecemento: CN 2012/283).

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a los doctores José María Domínguez-Roldán, Azucena Couceiro, Pablo de Lora y Alicia Pérez Blanco por las valiosas sugerencias que hicieron, y que nos sirvieron para mejorar este manuscrito.

Bibliografía

- Escudero D, Cofiño L, Gracia D, Palacios M, Casares M, Cabré L, et al. Craneoplastia con vendaje. Nuevas formas de limitación del tratamiento de soporte vital y donación de órganos. *Med Intensiva*. 2013;37:180–4.

2. Miller FG, Truog RD, Brock DW. Moral fictions and medical ethics. *Bioethics*. 2010;24:453–60.
3. Graftieaux JP, Bollaert PE, Haddad L, Kentish-Barnes N, Nitenberg G, Robert R, et al. Contribution of the ethics committee of the French Intensive Care Society to describing a scenario for implementing organ donation after Maastricht type III cardiocirculatory death in France. *Ann Intensive Care*. 2012;2:23.
4. Shemie SD, Baker AJ, Knoll G, Wall W, Rocker G, Howes D, et al. National recommendations for donation after cardiocirculatory death in Canada: Donation after cardiocirculatory death in Canada. *CMAJ*. 2006;175:S1.
5. Reich DJ, Mulligan DC, Abt PL, Pruett TL, Abecassis MM, D'Alessandro A, et al. ASTS Standards on Organ Transplantation Committee. ASTS recommended practice guidelines for controlled donation after cardiac death organ procurement and transplantation. *Am J Transplant*. 2009;9:2004–11.

D. Rodríguez-Arias^{a,*}, J.A. Seoane^b, C. Ramil^c y N. Molins^d

^a *Instituto de Filosofía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, España*

^b *Área de Filosofía del Derecho, Universidad de A Coruña, A Coruña, España*

^c *Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Complejo Hospitalario A Coruña, A Coruña, España*

^d *Servicio de Anestesiología y Reanimación, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: d.ra@csic.es (D. Rodríguez-Arias).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.09.006>

Más aclaraciones sobre la limitación del tratamiento de soporte vital y donación de órganos



Further clarifications on the limitation of life-sustaining treatment and organ donation

Sr. Director:

En respuesta a las cuestiones planteadas por Rodríguez-Arias relacionadas con el texto *Craneoplastia con vendaje. Nuevas formas de limitación del tratamiento de soporte vital y donación de órganos*¹, deseamos aclarar los siguientes conceptos:

1. El vendaje compresivo no es la causa de la muerte. El paciente fallece como consecuencia de sus lesiones cerebrales ya que tenía un traumatismo craneoencefálico grave (escala coma de Glasgow 3, ausencia de reflejos troncoencefálicos, EEG plano en hemisferio cerebral izquierdo y presilencio en hemisferio derecho). Es decir, una situación *pre-mortem* sin ninguna posibilidad de recuperación.
2. En nuestra opinión, la craniectomía descompresiva (CD) tiene la misma categoría que cualquier otra técnica de soporte vital, y por lo tanto, es susceptible de ser retirada siempre que se considere innecesaria. La limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV), consiste en no añadir o retirar tratamientos que únicamente sirven para prolongar artificialmente la vida de un paciente. En este caso, la CD ya no cumplía su objetivo y era un tratamiento fútil que impedía la evolución natural del paciente a muerte encefálica (ME), prolongando su agonía de modo similar a como lo haría un respirador artificial. Revertir el efecto de la CD mediante la reposición ósea, exigía llevar al paciente a quirófano, algo totalmente desproporcionado en su situación clínica. El vendaje craneal imita de forma parcial la reposi-

ción del hueso, luego se puede considerar una forma de LTSV.

3. La LTSV consensuada entre los profesionales sanitarios y realizada con el máximo acuerdo familiar posible, es una práctica éticamente correcta, aceptada internacionalmente, acorde a las recomendaciones de cuidados al final de la vida de la SEMICYUC²⁻⁴, y al marco legal español. La LTSV ahorra sufrimiento a la familia y evita un consumo innecesario de recursos.
4. Si se realiza LTSV mediante extubación terminal, la muerte se produce por criterios cardiocirculatorios; con el vendaje compresivo craneal, el paciente fallece por criterios neurológicos en muerte encefálica. En ambos casos, el resultado es el mismo, el fallecimiento del paciente, siempre a consecuencia de su traumatismo craneoencefálico.
5. El equipo médico eligió la craneoplastia con vendaje (CV) como la forma más similar a la evolución natural que hubieran tenido sus propias lesiones neurológicas. Se consensuó con la familia la LTSV, informándoles extensamente de la CV y sus consecuencias.
6. Posteriormente, el paciente falleció en muerte encefálica. Solo en ese momento, el coordinador de trasplantes se puso en contacto con la familia. Al no existir voluntades anticipadas, y por expreso deseo familiar (dato que sí consta explícitamente en nuestro trabajo) fue donante de 6 órganos, regalando 55,8 años de vida a los receptores⁵, y convirtiendo la muerte en un acto de solidaridad.

Queremos manifestar expresamente nuestro compromiso ético y profesional a favor de la calidad sanitaria en los cuidados al final de la vida, y la donación de órganos, es una parte muy importante de este final. La buena práctica médica (bajo estrictos criterios éticos y legales) nos obliga a promover y facilitar la donación de órganos. Es un compromiso ineludible ya que está en juego la vida de muchos pacientes.

Esta carta la suscriben la totalidad de los autores del artículo mencionado¹, aunque por motivos editoriales no puedan figurar todos.