

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.

Bibliografía

1. Escudero D, Cofiño L, Gracia D, Palacios M, Casares M, Cabre 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. Monzón JL, Saralegui I, Abizanda R, Cabré L, Iribarren S, Martín MC, et al., Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32:121–33.
 3. Cabré L, Solsona JF, Grupo de trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva. *Med Intensiva*. 2002;26:304–11.
 4. Código Ético SEMICYUC [consultado 19 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.semicyuc.org/sites/default/files/codigo-etico-semicyuc.pdf>
 5. Schnitzler MA, Whiting JF, Brennan DC, Lentine KL, Desai NM, Chapman W, et al. The life-years saved by a deceased organ donor. *Am J Transplant*. 2005;5:2289–96.
- D. Escudero^{a,*}, K. Martínez^b, I. Saralegui^c y P. Simón^d
- ^a *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España*
^b *Presidente de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Navarra, Pamplona, Navarra, España*
^c *Presidente Comité Ética Asistencial, Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Álava-Santiago, Vitoria, Álava, España*
^d *Profesor de Bioética, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España*
- * Autor para correspondencia.
Correos electrónicos: dolores.escudero@sespa.princast.es, lolaescudero@telefonica.net (D. Escudero).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.11.003>