



CARTAS AL DIRECTOR

Discrepancia en la utilización de la craneoplastia con vendaje como forma de limitación de tratamientos de soporte vital. Otro punto de vista



Discrepancy regarding the use of cranioplasty with bandaging as a form of limitation of life support treatment. Another point of view

Sr. Director:

En primer lugar, mi respeto para Escudero et al. por reconocer el prestigio de nuestra profesión y del mundo de la Bioética. No obstante, discrepo de la visión de que la craneoplastia con vendaje puede ser una forma correcta, desde el punto de vista ético, para lograr una limitación del tratamiento de soporte vital¹.

Existe todavía un gran debate, desde el punto de vista funcional y ético², sobre la buena utilización de la craneotomía descompresiva. Por otra parte, en nuestro país se realiza ya la donación en asistolia, incluyendo el tipo Maastricht III, este último tras la limitación del tratamiento de soporte vital³, aplicable en casos similares al descrito tras muerte cardiorrespiratoria, retirando o no iniciando medios desproporcionados o extraordinarios, evitando así la obstinación terapéutica⁴. Estos procedimientos ya están de por sí bastante cargados de dilemas éticos y exigencias desde el punto de vista procedimental⁵. La craneoplastia por vendaje es un procedimiento activo y del que se deriva como consecuencia la validez para la donación de órganos. El conflicto de intereses es difícilmente evitable y ambas decisiones difícilmente se ven separables.

Por otra parte, en el código deontológico médico actual, en el punto 3 del capítulo VII, dedicado a la atención médica al final de la vida⁶, dice que «el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste», por lo que tampoco podríamos basar la corrección de nuestras actuaciones solo en el otorgamiento de un consentimiento, pues caeríamos en un autonomismo a ultranza.

El vendaje compresivo se realiza de forma activa y persigue la muerte del paciente. Resulta difícil basarlo en el principio de doble efecto, pues el objetivo perseguido y resultado es la muerte del mismo y no la donación de órganos, cuyo beneficio redundará en otro sujeto.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO 2005⁷, en su artículo 3 sobre la dignidad humana y los derechos humanos refiere: «Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad», lo que incluye la indisponibilidad de la vida humana, que no puede ponerse al servicio de otros intereses por muy loables que sean.

No podemos traducir todos nuestros dilemas al principio de proporcionalidad y a un encaje a la medida en los principios defendidos. Existen otros valores no contemplados. La donación de órganos tiene un enfoque predominante consecuencialista o utilitarista, perfectamente asumible siempre que se garantice un respeto hacia la vida y la dignidad del futuro donante, gravemente enfermo o moribundo. Si no es así podría disminuir la confianza de los profesionales y, sobre todo, de la población sobre los procedimientos utilizados en el proceso de la donación de órganos.

Bibliografía

1. 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. Honeybul S, Gillett G, Ho K, Lind C. Ethical considerations for performing decompressive craniectomy as a life-saving intervention for severe traumatic brain injury. *J Med Ethics*. 2012;38:657–61.
3. Organización Nacional de Trasplantes. Donación en asistolia en España: situación actual y recomendaciones. Documento de Consenso Nacional 2012 [consultado 20 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/DONACI%C3%93N%20EN%20ASISTOLIA%20EN%20ESPA%C3%91A.%20SITUACI%C3%93N%20ACTUAL%20Y%20RECOMENDACIONES.pdf>
4. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda i Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado 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.

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.12.008>

5. Vincent JL, Brimiouille S. Non-heart-beating donation: Ethical aspects. *Transplant Proc.* 2009;41:576–8.
6. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de deontología médica. Guía de ética médica. Julio 2011 [consultado 21 Dic 2013]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf.
7. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. 19 de octubre del 2005 [consultado 20

Dic 2013]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.

A. Canabal Berlanga

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

Correo electrónico: alcanabal@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.12.009>

Respuesta: Limitación de tratamiento del soporte vital y donación de órganos en la unidad de cuidados intensivos



Reply: Limitation of life support and organ donation in the intensive care unit

En el ámbito de la Medicina Intensiva, la buena práctica incluye no solo la aplicación de los tratamientos que procuran salvar la vida del paciente y restablecer una calidad de vida aceptable, sino también permitir una buena muerte en aquellos casos en los que se opta por la omisión o retirada de tratamientos cuando son considerados fútiles. Este modo de fallecer es el más habitual en los servicios de medicina intensiva¹. Las recomendaciones actuales^{2,3} tratan de fomentar la adecuada integración de los cuidados paliativos en esta área, con el respeto a la dignidad del paciente y una adecuada comunicación con sus allegados. Este es nuestro doble compromiso con la ciudadanía: hacer todo lo posible por lograr la curación, pero al mismo tiempo, ser sensibles para no alargar un proceso inevitable de muerte.

En la unidad de cuidados intensivos, la donación de órganos va siempre unida a la atención en el final de la vida. Esta es una actividad que consigue salvar vidas y tiene un gran respaldo social porque es entendida como un proceso riguroso, basado en la generosidad de la persona que desea ser donante o en sus familiares cuando actúan como representantes. Como recomendamos en el artículo de Escudero et al.⁴, es fundamental explicar a la familia, una vez han aceptado la limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV), la posibilidad de donación de órganos. En este caso tenemos 2 opciones: 1) Extubación terminal y muerte por criterios circulatorios, y 2) Craneoplastia con vendaje y muerte por criterios neurológicos o muerte encefálica. Ambas posibilitan después la donación, si bien por vías distintas.

La donación se hace siempre con el más estricto respeto a la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, y a los valores de todos los participantes en el proceso. La LTSV se realiza siguiendo un procedimiento exquisito de toma de decisiones, compartido y consensuado con los familiares del paciente y su finalidad

es siempre la de evitar sufrimientos inútiles, no otra. Cuando preguntamos a los familiares de los pacientes fallecidos tras la LTSV cómo vivieron ese proceso, nos dicen estar tranquilos con la decisión tomada y que el hecho de haber podido donar les ha reconfortado en el duelo. La vivencia de los receptores y sus familiares la podemos imaginar. Esta satisfacción de las familias y nuestro compromiso ético para salvar vidas o mejorar calidad de vida en los pacientes que están esperando un trasplante, nos impulsa a seguir trabajando en esta línea que defendemos y practicamos.

Bibliografía

1. Saralegui I, Poveda Y, Martín A, Balciscueta G, Martínez S, Pérez C, et al. Life-sustaining-treatment limitation in ICU: A well established and improved practice with critical patients. *Intensive Care Med.* 2009;35:S262.
2. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al., American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American Academy of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2008;2008:953–63.
3. Monzón JL, Saralegui I, Abizanda Campos 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.
4. 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.

I. Saralegui^a, K. Martínez^b y D. Escudero^{c,*}

^a *Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Álava-Santiago, Presidente del Comité de Ética Asistencial, Vitoria, Álava, España*

^b *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Navarra, Presidente de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Pamplona, Navarra, España*

^c *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lolaescudero@telefonica.net (D. Escudero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.02.002>