

5. Daga Ruiz D, Fernández Aguirre C, Frutos Sanz MA, Carballo Ruiz M, Segura González F. Multi-tissue donor: A reachable option. *Med Intensiva*. 2011;35:388–92.

D. Daga-Ruiz*, J.M. Perez-Villares, L. Martín-Villén y J.J. Egea-Guerrero

Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, Hospitales Universitarios: Regional de Málaga, Virgen de las Nieves de Granada y Virgen del Rocío de Sevilla, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

domingo.daga.sspa@juntadeandalucia.es (D. Daga-Ruiz).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.11.005>

0210-5691/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Respuesta a «El derecho a ser donante de órganos y tejidos al final de la vida del paciente crítico»



Reply to «The right to become an organ and tissue donor at the end of life of critically ill patient»

Sr. Editor:

Daga et al. consideran, en referencia al editorial en que se enfatiza la importancia de los cuidados paliativos en el final de la vida del paciente crítico¹, la importancia que tiene ofrecer la posibilidad de ser donantes de órganos y/o tejidos a los pacientes.

El relevante papel que la especialidad de Medicina Intensiva ha ocupado en el éxito del modelo español de donación de órganos se ha caracterizado por una alta calidad ética en su desarrollo. Actualmente continúa existiendo un desequilibrio entre la demanda de órganos y las donaciones, conllevando la promoción de estrategias encaminadas a mejorar la detección de más donantes por parte de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)². Es por ello que se han desarrollado modalidades de donación diferentes a la que se realiza en muerte encefálica.

Incluyen en una misma línea de su carta los cuidados orientados a la donación, la donación en asistolia controlada y no controlada, situaciones que desde un punto de vista ético merecen análisis separados.

Respecto a los cuidados orientados a la donación en pacientes con daño cerebral catastrófico a la espera de muerte encefálica, hemos de deliberar sobre si puede la donación justificar mantener o instaurar medidas de tratamiento que son fútiles³, en todo caso desde un punto de vista ético tendrá que llevarse a cabo con un consentimiento positivo del paciente explorado a través de su historia de valores, con una garantía total de ausencia de sufrimiento, cobrando especial relevancia los cuidados paliativos y finalmente teniendo previstos los diferentes cursos evolutivos posibles garantizando en todos ellos unos cuidados al final de la vida de calidad con independencia de que se produzca o no la donación.

Con respecto a la donación en asistolia controlada, además del consentimiento del paciente, es fundamental que

las decisiones de limitación de tratamiento de soporte vital sean tomadas por el equipo asistencial de manera independiente al equipo de coordinación de trasplantes, que una vez decidida procederían al planteamiento de ofrecer la donación como un derecho más de los pacientes al final de su vida.

La donación en asistolia no controlada está poco desarrollada fuera de nuestro país, y merece especial análisis desde el punto de vista ético⁴ por las implicaciones pronósticas derivadas de una RCP prolongada y por las dificultades que entraña en una situación de urgencia obtener el consentimiento no solo para la donación sino también para iniciar las medidas de preservación de órganos. Es prácticamente improbable conocer las preferencias del paciente a no ser que disponga de un documento de voluntades vitales anticipadas, no siempre estarán sus familiares presentes y en su caso las condiciones no serían las más ideales para aplicar un proceso de información adecuado.

Coincidiendo con los autores, consideramos que la donación de órganos ha de formar parte integral de los cuidados al final de la vida y ha de ofrecerse como un derecho a los pacientes procurando una alta calidad ética adecuada a cada situación en nuestras actuaciones.

Bibliografía

1. Estella A, Velasco T, Saralegui I, Velasco Bueno JM, Rubio Sanchiz O, del Barrio M, et al. Multidisciplinary palliative care at the end of life of critically ill patient. *Med Intensiva*. 2019;43:61–2.
2. Domínguez-Gil B, Coll E, Elizalde J, Herrero JE, Pont T, Quindós B, et al., ACCORD-Spain study group. Expanding the donor pool through intensive care to facilitate organ donation: Results of a Spanish multicenter study. *Transplantation*. 2017;101:e265–72, <http://dx.doi.org/10.1097/TP.0000000000001701>.
3. Estella A. Organ donation: An exception to consent futile treatments? *Med Intensiva*. 2016;40:69–70, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.08.007>.
4. Rodríguez-Arias D, Deballon IO. Protocols for uncontrolled donation after circulatory death. *Lancet*. 2012;379:1275–6.

Á. Estella

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario del SAS de Jerez, Jerez de la Frontera, Cádiz, España
Correo electrónico: litoestella@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.11.006>

0210-5691/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U.