

Muerte encefálica y toma de decisiones en la Unidad de Cuidados Intensivos

P. MARSÉ MILLA

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

Una vez establecido el diagnóstico de muerte encefálica, corresponde al médico intensivista una toma de decisiones muy concretas: retirada de las medidas de soporte o iniciar medidas de mantenimiento en el fallecido para la donación de órganos para trasplante. El diagnóstico y la decisión de retirar las medidas de mantenimiento es responsabilidad del intensivista y no puede verse condicionado por las opiniones de los familiares del fallecido. La comunicación de la muerte debe hacerse de una forma inequívoca y asequible.

La posibilidad de donación de órganos para trasplante debe ser siempre considerada por el intensivista que adoptará todas las medidas para que se consiga a través de la coordinación de trasplantes e iniciando las medidas adecuadas para garantizar la viabilidad de los órganos

PALABRAS CLAVE: *muerte encefálica, trasplante, medidas de soporte, actitudes, decisiones médicas.*

BRAIN DEATH AND DECISION-MAKING IN ICU

Once brain death diagnosis has been established, it corresponds to the intensive care physicians to take concrete decisions: to withdraw supportive care or to start management for cadaveric donor maintenance. The diagnosis and decisions regarding supportive care treatment withdrawing is responsibility of the ICU physician and he can not be influenced by the patient's relatives. Death information should be clear and feasible.

Correspondencia: Dr. P. Marsé Milla.
Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital Son Dureta.
C/ Andrea Doria, 55.
07014 Palma de Mallorca. Baleares.

Manuscrito aceptado el 22-IX-1999.

The intensive care physician must always consider the organ donation for transplantation and will take all the measures for organ procurement and should start the adequate therapy to guarantee the viability of all organs.

KEY WORDS: *Brain death, transplantation, supportive care, attitudes, medical decision.*

(*Med Intensiva* 2000; 24: 189-192)

La muerte encefálica es un hecho diagnosticable y, como todo diagnóstico, implica unos criterios previos de exclusión, un diagnóstico diferencial, un pronóstico, tratamiento y un proceso de toma de decisiones. La determinación de los criterios de exclusión y el diagnóstico clínico e instrumental han sido ya bien definidos en otros apartados de la monografía. El pronóstico, tras un adecuado diagnóstico, es obvio. No existen tampoco objetivos ni alternativas de tratamiento, sólo queda una toma de decisiones limitadas y concretas: donación de órganos para trasplante y retirada de todas las medidas de soporte.

Es esta única alternativa la que obliga a un completo y cuidadoso diagnóstico previo de la muerte encefálica.

El proceso de donación de órganos es posterior y debe ser independiente del diagnóstico de muerte encefálica y será responsabilidad de un miembro o de un grupo del personal sanitario (la coordinación de trasplantes) que en ocasiones pueden no ser intensivistas ni tener relación alguna con la situación previa del posible donante.

El proceso diagnóstico de la muerte encefálica es responsabilidad de todos los especialistas en medicina intensiva que atienden a pacientes potencialmente susceptibles de presentar un cuadro clínico de muerte encefálica.

Esto obliga a unas consideraciones previas para los intensivistas:

1. Deben conocer y comprender el concepto de muerte encefálica y ser capaces de un correcto y completo diagnóstico clínico y de solicitar la aplicación de otras pruebas instrumentales confirmatorias, valorándolas según las características particulares de cada caso y las posibilidades de cada hospital.

2. Deben discernir entre los criterios médicos que son universales y los criterios legales, socioculturales o religiosos que son variables, de tal manera que un paciente en muerte encefálica puede estar legalmente muerto en el país A y no estarlo en el país B, pero en ambos estará muerto.

3. Deben ser capaces de explicar el concepto de muerte encefálica de una manera asequible y comprensible al resto del personal sanitario y a las familias de los fallecidos. Es especialmente importante el dominio de un lenguaje que evite el recurso a terminología que pueda inducir a la desconfianza, lleve a la confusión o a generar falsas esperanzas en los familiares ("virtualmente muerto...", "prácticamente muerto...", "clínicamente muerto..."). Debería evitarse el adjetivar el sustantivo muerte, incluso con "encefálica" o "cerebral", aunque parezca que así será más comprensible. Si sólo se utiliza el concepto de "muerte encefálica" puede crearse la impresión de que se está no ante un muerto sino ante un moribundo o un paciente en coma del que sólo ha muerto una parte; puede parecer que se esté a la espera de otros signos más evidentes o de una evolución que garantice el fallecimiento.

4. Deben tener suficientemente claro y asumido este concepto para tomar decisiones consecuentes. Estas decisiones no pueden ser tomadas arbitraria ni apresuradamente y tampoco pueden depender de las preferencias individuales o de los temores personales de cada responsable.

DONACIÓN DE ÓRGANOS

Todo paciente con posibilidad de presentar un cuadro de muerte encefálica debe ser valorado como un potencial donante de órganos¹, excepto en procesos muy concretos: sepsis no tratada, neoplasias, positividad para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tuberculosis activa, etc. La edad, enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión arterial no son factores primariamente excluyentes.

Una vez diagnosticada y confirmada la muerte encefálica, la solicitud de donación de órganos a los familiares es una responsabilidad ética y moral de todos los médicos. Para muchos, representa una situación desagradable por creer que se aumenta el dolor familiar y por lo tanto se intenta evitar; en otros casos, se considera que esta solicitud no forma parte de sus competencias. Parece una actitud contradictoria en médicos que viven frecuentemente el drama del fallo hepático fulminante o de la fase final de una cardiomiopatía y que conocen el éxito del trasplante a buen término; este conocimiento tendría que dominar sobre los aspectos emocionales que ro-

dean la donación de órganos de cadáver. En España, la existencia de equipos de coordinación de trasplantes entrenados, que asumen este papel, evita estas situaciones en prácticamente todos los casos.

Debe ser el médico responsable del paciente quien comunique a la familia de una manera clara, inequívoca y comprensible el diagnóstico de muerte.

No debe hacerse simultáneamente la solicitud de donación, salvo proposición directa de los familiares en este momento o ya previa a la muerte encefálica. Ha de existir un intervalo de tiempo suficiente para que se asimile la situación y se acepte la pérdida.

El intensivista debe siempre considerar la posibilidad de la donación antes de indicar órdenes de no reanimación en pacientes que aunque no estén en muerte encefálica se considere que no van a sobrevivir. Tampoco se debe considerar inadecuado el comunicar al equipo de coordinación la existencia de un potencial donante antes de que ocurra la muerte encefálica; esto permite la recogida de determinaciones analíticas, datos de historia y valoración de posibles órganos trasplantables, ganando así un tiempo precioso, en caso de que posteriormente se confirme la muerte del paciente y la donación de órganos. Los intensivistas se hallan en una posición única para ejercer una positiva y profunda influencia sobre el trasplante de órganos.

Desde el momento en que se produce la muerte encefálica y a la espera de la decisión familiar, se debe mantener el tratamiento pero cambiando las prioridades; de unas pautas dirigidas a conservar las funciones cerebrales (y del resto del organismo): disminuir la hipertensión endocraneal, mejorar el flujo sanguíneo cerebral, etc., el tratamiento se dirigirá a un óptimo mantenimiento de las funciones de los órganos trasplantables a fin de procurar las mejores posibilidades de tratamiento a otros pacientes en situación de grave insuficiencia o fallo terminal de alguno de sus órganos. Conseguir un donante bien mantenido con el máximo de órganos funcionantes y trasplantables es un complicado y difícil manejo integral de todos los sistemas fisiológicos.

RETIRADA DE LAS MEDIDAS DE SOPORTE

No existen dos criterios diferentes de muerte encefálica para el potencial donante y para el no donante; es un mismo y único criterio con actuaciones diferentes².

"El individuo no fallece como consecuencia de la retirada de la reanimación, sino justamente a la inversa, se interrumpe la asistencia reanimadora porque el individuo está muerto"³. No se muere dos veces, primero por criterios neurológicos y después por parada cardíaca.

La decisión de retirar todas las medidas de soporte, en el caso de que no estén indicadas o no se acceda a la donación de órganos, es un acto consecuente⁴. Los tratamientos fútiles (tratamientos sin ninguna posibilidad de proporcionar algún beneficio), como prestar asistencia médica a un cadáver

conlleven una fuerte desmotivación para el personal médico y de enfermería al tratarse de un mantenimiento sin objetivos. La “terquedad” terapéutica es en estos casos una falta ética y una falta de competencia y las medidas de mantenimiento heroicas y de alto coste con el propósito de asegurar la función cardíaca son contrarias al mejor interés por el fallecido, su familia y la sociedad.

Es, sin embargo, cierto que en muchas ocasiones el personal sanitario prefiere ver que cesa el latido cardíaco en los pacientes en muerte encefálica y pese a lo frustrante de esta situación, se presta asistencia médica hasta que ocurre el paro cardíaco.

Otro dilema moral que persiste en parte del personal facultativo es la decisión de desconexión de los sistemas de respiración asistida; existe una disposición más favorable para no iniciar nuevas medidas de soporte que para la retirada de las ya existentes. Sin embargo, es obvio que aquí no se trata de un dilema sobre actuaciones para prolongar o no la vida en una enfermedad irreversible, ni sobre eutanasia ni tan siquiera sobre órdenes de no reanimación. El diagnóstico de muerte encefálica es un proceso médico que no implica el consentimiento del paciente ni exige la aprobación familiar. El médico debe informar a la familia de la irreversibilidad de la situación, ayudar a la comprensión del hecho de la muerte, propiciar la visita de los familiares al fallecido, pero la familia no debe ratificar la decisión de suspender el tratamiento médico. La opinión familiar no debe sustituir el juicio médico sobre el paciente; se puede plantear una situación frustrante si, por ignorancia, incomprensión de la muerte encefálica, miedo o sentimientos de culpabilidad (por la suspensión del tratamiento), la familia solicita “hacer todo lo posible”, a la espera de un milagro.

La solicitud a los familiares de la retirada de la ventilación mecánica, les obliga a una elección moral, que de hecho no existe en esta situación y que puede conllevar unas sensaciones de culpa totalmente innecesarias, de ansiedad, ambivalencia de sentimientos, que en casos extremos pueden plasmarse en una negación de la muerte e influir en la decisión médica de discontinuar las medidas de soporte.

Tampoco tiene ningún sentido el prolongar una dolorosa espera a la familia y más si ha existido previamente un rechazo a la donación; donación que se había solicitado porque el paciente ya estaba muerto. El retraso en comunicar la parada cardiocirculatoria en estas situaciones crea suspicacias y desconfianza sobre el diagnóstico médico.

La dificultad que para muchos médicos representa la decisión de suspender el tratamiento en la muerte encefálica contrasta con una actitud consecuente cuando no se inician o se suspenden las maniobras de reanimación cardiopulmonar en enfermedades terminales irreversibles o en las paradas cardiorrespiratorias prolongadas. Hasta hace un tiempo la mayor parte de los fallecimientos en las Unidades de Cuidados Intensivos lo eran por parada cardíaca y las maniobras de resucitación cardiopul-

monar precedían a casi todas estas muertes; actualmente la decisión consciente de restringir tratamientos fútiles para prolongar la vida en procesos terminales suele ser previa a la muerte de muchos de estos pacientes⁵. Por esto contrasta más esta actitud, con el casi 60% de pacientes diagnosticados de muerte encefálica a los que se les mantienen las medidas de soporte (no se les puede ni debe añadir el adjetivo de “vital”) en las Unidades de Cuidados Intensivos de nuestro país.

Esta situación de difícil toma de decisiones es en la mayoría de ocasiones consecuencia de unos conceptos poco consistentes sobre el proceso de muerte encefálica. En un estudio efectuado en Brasil en 1994, un 58,7% de médicos de Cuidados Intensivos eran incapaces de explicar correctamente el concepto de muerte encefálica. El estudio de Youngner⁶ (Cleveland 1989) realizado entre profesionales de sanidad que se podían ver implicados en situaciones de muerte encefálica y donación de órganos mostró que sólo un 35% (68 de 185 médicos y enfermeras encuestados) era capaz de identificar y aplicar correctamente los criterios médicos y legales de muerte encefálica. Algunas de las explicaciones aportadas daban a entender que creían que el paciente estaba vivo o aplicaban incorrectamente el diagnóstico de muerte encefálica a situaciones que no lo eran exactamente, detectándose una elevada falta de coherencia en su propia comprensión de la muerte.

Se debe elevar el nivel de formación de los profesionales sanitarios, ya que solo clarificando las ideas y los conceptos pueden corregirse estas deficiencias; si el médico no conoce ni comprende la muerte por criterios neurológicos, difícilmente va a poder trans-

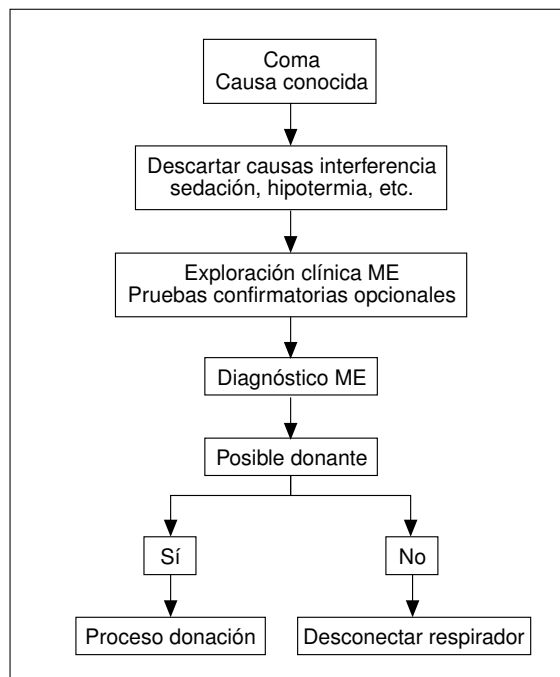


Fig. 1. Actuación ante el diagnóstico de muerte encefálica en UCI. ME: muerte encefálica.

mitir claridad y seguridad a los familiares de los pacientes.

La situación en España no difiere mucho. En el estudio multicéntrico realizado por el Grupo de Trabajo de Trasplantes de la SEMICYUC (1995-1996), se demostró que de los 653 casos de muerte encefálica que no se convirtieron en donantes de órganos, sólo un 39% (256 casos) fueron desconectados de la ventilación mecánica. Este hecho no sólo se observó en los pacientes en que no se consideró la donación (66% sin suspender asistencia), sino, y lo que es más sorprendente, en aquéllos a los que se planteó la donación y no se aceptó fue un 43% a los que se les mantuvo las medidas de soporte^{7,8}.

En los pacientes dejados a libre evolución, el tiempo medio transcurrido entre la confirmación de la muerte encefálica y la parada cardíaca fue superior al de los que fueron donantes: 10 (DE 14) horas frente a 8 (3) horas, y triplica al de los que se desconectó del respirador: 10 (14) horas frente 3 (4) horas^{7,8}. Todo esto con las cargas asistenciales, desmotivación del personal sanitario, ansiedad familiar y coste económico que comporta la prolongación de estancias y ocupación de las siempre insuficientes camas de Cuidados Intensivos por fallecidos.

Existe suficiente evidencia científica de que la muerte encefálica es equiparable a la muerte del individuo⁹ y por lo tanto debe ser considerada como tal a todos los efectos médicos y legales; se propone pues un esquema de actuación¹⁰ ante el diagnóstico

de muerte encefálica en la Unidad de Cuidados Intensivos (fig. 1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Vernon WB. Challenging decisions in the critical care of the organ donor and family. *Critical Care State of the Art* 1990; 11: 321-345.
2. Zarranz JJ. Propuesta de una ley única de declaración de la muerte. *Quaderns CAPS* 1994; 20: 38-44.
3. Sociedad Española de Neurología. Diagnóstico neurológico de la muerte cerebral. Dictamen Candanchú 1993. *Quaderns CAPS* 1994; 20: 45-46.
4. Singer P. Is the sanctity of life ethics terminally ill? En: Machado C, ed. *Brain death. Proceedings of the second international conference on brain death*. Havana 1996. Amsterdam, Elsevier 1996; 231-244.
5. Oppenheim A, Sprung CL. Cross-cultural ethical decision-making in critical care. *Crit Care Med* 1998; 26: 423-424.
6. Youngner SJ, Landefeld CS, Coulton CJ, Juknialis BW, Leary M. "Brain death" and organ retrieval. A cross-sectional survey of knowledge and concepts among health professionals. *JAMA* 1989; 261: 2.205-2.210.
7. Escalante JL, Escudero MD, Nolla M, Navarro A y Grupo de Trabajo de Trasplantes de la SEMICYUC. Muerte encefálica en UCI. Estudio multicéntrico. *Rev Portuguesa de Medicina Intensiva* 1998; 7 (Supl. 1): 127.
8. Escalante JL, Escudero MD, Nolla M, Navarro A y Grupo de Trabajo de Trasplantes de la SEMICYUC. Diagnóstico de muerte encefálica. Estudio multicéntrico. *Rev Portuguesa de Medicina Intensiva* 1998; 7 (Supl. 1): 107.
9. García OD. Una reformulación completa y precisa de la muerte humana. *Rev Neurol* 1998; 26: 1.048-1.053.
10. Wijdicks EFM. Determining brain death in adults. *Neurology* 1995; 45: 1.003-1.011.