**ARTÍCULO DE OPINIÓN**
Rev Méd Urug 2023; 39(3): e501
doi: 10.29193/RMU.39.3.9

# Bioética en donantes en asistolia controlada

## Bioethics in controlled asystole donor
## Bioética no doador em assistolia controlada

Armando Mario Cacciatori Castro[1], Enrique Mario Olivares Durán[2]

**Resumen**

Las campañas de prevención y promoción de salud, así como los avances en las medidas terapéuticas destinadas a los pacientes neurocríticos, han logrado reducir la incidencia de pacientes con injuria encefálica aguda (IEA) que evolucionan a la muerte encefálica (ME). Sin embargo, en la mayoría de los países de América Latina, los órganos perfusibles aptos para trasplante (TX) provienen de donantes fallecidos en ME. La donación en asistolia (DA), y en particular la donación en asistolia controlada (DAC), constituye una opción aceptada y válida para la obtención de órganos que contribuiría a la disminución de las listas de espera para trasplante. Durante el proceso de DAC, se aplican conceptos con fuerte impronta bioética cuya aplicación resulta fundamental en el momento de la toma de decisiones.

El presente artículo tiene el objetivo de analizar dichos conceptos con la finalidad de otorgar herramientas válidas al equipo asistencial para aquellos procesos en los que existe deliberación moral, como ocurre en la donación de órganos en asistolia controlada, considerada parte integral de los cuidados al final de la vida.

**Palabras clave:** Asistolia
Donación en asistolia
Donación en asistolia controlada
Trasplante de órganos

**Key words:** Heart arrest
Donation in asystole
Donation in controlled asystole
Organ transplant

**Palavras chave:** Parada cardíaca
Doação em assistolia
Doação em assistolia controlada
Transplante de órgão

1. Médico especialista en Medicina Intensiva.
Ex Profesor Adjunto del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos (INDT). Universidad de la República. Ministerio de Salud Pública. Montevideo. Uruguay.
Coordinador de Trasplante. Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos (INDT). Ministerio de Salud Pública. Montevideo. Uruguay.
Adjunto a la Dirección Técnica del Círculo Católico de Obreros del Uruguay. Montevideo. Uruguay.
2. Unidad Médica de Alta Especialidad Nº 1, Centro Médico Nacional del Bajío. Instituto Mexicano del Seguro Social. León, México.
Profesor invitado del Departamento de Enfermería y Obstetricia de León. División de Ciencias de la Salud. Universidad de Guanajuato. León, México.
Correspondencia: armataba@gmail.com
Los autores declaran no tener conflictos de intereses.
Recibido: 6/7/23
Aprobado: 18/9/23
Creative Commons - Attribution 4.0 International - CC BY 4.0

## Introducción

En este artículo de opinión nos referiremos a la Bioética en el donante en asistolia controlada (DAC) tipo III de Maastricht, en quien la donación se efectúa luego de la espera del paro cardíaco en pacientes a los que se aplica adecuación de las terapias de soporte vital (ATSV), tras el acuerdo entre el equipo sanitario y de éste con los familiares o representantes del enfermo[1]. Las campañas de prevención y promoción de salud, así como los avances en las medidas terapéuticas destinadas a los pacientes neurocríticos, han logrado reducir la incidencia de pacientes con injuria encefálica aguda (IEA) que evolucionan a la muerte encefálica (ME). Esta es actualmente la forma de obtención de órganos en la mayoría de los países de América Latina. Existen otros países en que los donantes de órganos perfusibles (OP) -riñón, pulmón e hígado- proceden no sólo de individuos fallecidos en ME, sino también de individuos fallecidos en asistolia. El donante en asistolia (DA), o donante a corazón parado, es un donante cadáver en el que la muerte se produce primariamente por el cese irreversible de la función de bomba cardíaca[2]. En el año 2020, a partir de datos reportados por el Global Observatory on Donation and Transplantation, en cuatro países miembros de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (Fepimcti), España, Canadá, Estados Unidos y Portugal, el porcentaje de DA fue de 34,95%, 26,70%, 25,61% y 4,35%, respectivamente[3]. En el año 2020, más del 95% de las DA en España y en Estados Unidos fueron DAC[3].

## Marco de referencia

Debemos partir del concepto de que la muerte no es un fracaso de la medicina sino un límite irrebatible. El DAC tipo III de Maastricht integra varios conceptos importantes, con implicaciones en el campo de la Bioética, a saber, ATSV y los cuidados al final de la vida. DAC y ATSV son dos tópicos que se vinculan, otorgándole una concepción holística al tema. Van transitando de la mano de otro concepto, el de cuidados al final de la vida, con el cual se complementan totalmente[4]. La ATSV se basa en el principio de autonomía (derechos de los pacientes a planificar los cuidados al final de su vida) y en el de no maleficencia (evitando la futilidad y la obstinación terapéutica). La publicación de artículos, consensos, recomendaciones, guías y protocolos, así como la actividad práctica desarrollada por algunos países líderes, han permitido consolidar un marco teórico-práctico del paradigma de "la donación de órganos como parte integral de los cuidados al final de la vida". Los dilemas éticos a considerar resultan fundamentalmente de la combinación de los problemas éticos planteados en la discusión multidisciplinaria de ambos temas: muerte digna y donación de órganos. En torno al tema de la muerte digna se plantean valores, principios y derechos, considerados en la decisión y en el desarrollo de las diversas modalidades de ATSV, así como también de la aplicación y cumplimiento de los principios de la Bioética. Desde una perspectiva bioética, la evaluación del proceso de la donación está centrada fundamentalmente en los conceptos de respeto a la voluntad expresa del donante, o a la presunción de no negativa a la donación, la no maleficencia al donante, el derecho de los pacientes a trasplantarse, la beneficencia al receptor y la equidad en el acceso al trasplante[5]. Independientemente del modelo bioético preferido -bioética principialista, de la responsabilidad o basada en los derechos humanos-, siempre es necesario contemplar de forma equilibrada los principios básicos y los derechos del donante y del receptor, así como de sus familias y entorno. El paradigma de la donación como parte integral de los cuidados al final de la vida propone la necesidad de considerar y posibilitar la donación de órganos y tejidos de la persona que fallece, siempre que no hubiera una voluntad contraria previa, desde la perspectiva de la atención de derechos exigiendo la promoción de condiciones, entre otras, materiales, de personal y organizativas, para darle cumplimiento[5]. Este marco conceptual disponible a nivel internacional abarca, entre otros aspectos, el tratamiento de requerimientos éticos, regulatorios, técnicos y logísticos, que deben ser analizados en cada realidad particular[5]. El gran desarrollo de la medicina intensiva en los últimos 30 años ha posibilitado el alargamiento inadecuado de los procesos inevitables de muerte de forma poco razonable, con el consiguiente incremento del sufrimiento de pacientes, familias y profesionales[4]. En el transcurso de este camino se ha desarrollado el debate acerca de los límites razonables que deben introducirse para que el uso de la tecnología siga sirviendo a los intereses de las personas enfermas[4]. La reunión de todos estos aspectos conduce hoy en día a la ATSV[4]. Este concepto consiste en retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que en la situación concreta del paciente son inútiles o fútiles, ya que tan solo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima[6]. Cuando el estado de estos pacientes se deteriora hasta un punto de irreversibilidad o irrecuperabilidad, se procede de manera consensuada entre los profesionales y los familiares a retirar medidas desproporcionadas. La práctica de la ATSV es muy común en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de todo el mundo, existiendo consenso ético suficiente en torno a su práctica[7]. Incluso se la considera estándar de calidad[8]. En nuestra región existe un antecedente en el tema, resultado de la iniciativa de un grupo de especia-

listas en medicina intensiva de Argentina, Brasil y Uruguay, que en 2009 comenzaron a unir esfuerzos con el objetivo de optimizar la atención de pacientes críticos terminales. Constituyó uno de los primeros pasos para el desarrollo de los cuidados paliativos, identificando objetivos para reducir las tensiones éticas asociadas con las enfermedades terminales de enfermos ingresados en UCI, con especial énfasis en las medidas de confort. El II Foro del Grupo de Estudio sobre el Fin de la Vida del Cono Sur de América se llevó a cabo en octubre de 2010, y, en efecto, estuvo destinado al desarrollo de recomendaciones de cuidados paliativos para enfermos críticos[9]. En los últimos años, el tema de la ATSV en la UCI ha sido motivo de una publicación de un grupo de médicos intensivistas uruguayos. El estudio fue de tipo observacional, multicéntrico de corte transversal, analizándose las historias clínicas de ocho UCI polivalentes públicas y privadas del país, relevándose 210 pacientes fallecidos. En dicho trabajo se identificó ATSV en 63 (30%) y el 75% de las decisiones consistió en el retiro de medidas terapéuticas. A la luz de esta publicación, se objetivó que un tercio de los pacientes falleció con algún tipo de ATSV[10]. Para la implementación de la DAC es necesaria la existencia de un protocolo de actuación sobre ATSV consensuado, conocido y utilizado por las UCI y todo el complejo hospitalario. La decisión debe preceder y ser independiente de la posibilidad de la donación de órganos[11]. Todos los pacientes a los que se limitan los tratamientos de soporte vital y reúnen criterios para donación deberán considerarse donantes potenciales de órganos[11].

**Pregunta pico.** *¿Para aumentar las tasas de donación, la DAC mejorará la obtención de donantes de OP contribuyendo así a mejorar las listas de espera?*
La DAC es una alternativa real para aumentar el *pool* de donantes de OP, desde el momento en que el universo de potenciales donantes engloba no solo a pacientes con IEA (causal de muerte), sino también a individuos con otras patologías. Incluso incluirá a pacientes neurocríticos graves, con pronóstico funcional catastrófico y en los que la evolución a ME no sea previsible. Entre estas patologías, se encuentran pacientes en coma o en estado vegetativo por lesiones cerebrales de causa isquémica, hemorrágica o traumática, lesiones medulares altas o enfermedades neuromusculares avanzadas. Otros pacientes pueden provenir de patologías médicas respiratorias o cardiológicas, o ambas, con evolución y pronóstico desfavorables, en los que las medidas terapéuticas aplicables han resultado ineficaces[12]. La evaluación de los órganos a extraer y sus criterios de validez no difieren de los donantes en ME, aunque se tiende a ser más selectivo, especialmente en el caso del hígado[12]. Los órganos extraídos con más frecuencia son los riñones[12]. Existen grandes series publicadas que confirman que el pronóstico funcional y de supervivencia del injerto a los cinco años es comparable a los riñones extraídos de donantes en ME[12]. Por todo lo expuesto, la DAC seguramente mejorará la obtención de donantes de OP y contribuirá a perfeccionar las listas de espera.

## Conclusiones

La DAC constituye al momento actual una opción de significativa validez para la obtención de órganos perfusibles para TX. Durante el desarrollo de su proceso tienen lugar aspectos que involucran a la Bióetica. Esos aspectos que comprenden la ATSV y los cuidados al final de la vida han permitido consolidar un marco teórico-práctico del paradigma de "la donación de órganos como parte integral de los cuidados al final de la vida". Los dilemas éticos a considerar incluyen todo lo relacionado a la discusión transdisciplinaria de dichos temas y a su vinculación con algo tan importante como la muerte digna y el concepto de cultura de final de vida.

## Recomendaciones

1. Analizar formalmente en los diversos países latinoamericanos la posibilidad de planear, organizar y poner en marcha programas activos de DAC[13].
Justificación. *Debido al aumento de las indicaciones y a los buenos resultados terapéuticos obtenidos con los trasplantes, los programas de DAC optimizarán la generación de donantes de OP y de tejidos, teniendo siempre presente la debida atención de la voluntad del donante expresada de manera anticipada, aplicando el principio de autonomía.*

2. Una vez implantados dichos programas, implementar procesos de mejora continua de éstos en las UCI para la obtención de OP por esta vía, así como promover la formación continua de los médicos intensivistas en dicho proceso, facilitando el trabajo colaborativo con el coordinador hospitalario de trasplante.
Justificación. *La mejora continua permitirá el cumplimiento de los objetivos. La integración del concepto de cultura de final de vida constituirá un insumo invalorable para la formación del intensivista, incorporando asimismo las buenas prácticas de la comunicación del equipo asistencial entre sí y con las familias de los donantes.*

3. Promover las mejores prácticas de la ATSV y de los cuidados al final de la vida, incluyendo la donación de órganos como parte integral de dichos cuidados.
Justificación. *El fin último de la ATSV es permitir el alcance de la muerte digna, otorgando a los pacientes continencia, soporte emocional y físico en su tránsito*

*final. Los cuidados intensivos orientados a la donación deberán incluirse de manera rutinaria dentro de los cuidados al final de la vida.*


## Abstract

Campaigns for health prevention and promotion, along with advancements in therapeutic measures for neurocritical patients, have succeeded in reducing the incidence of patients with acute brain injury (ABI) progressing to brain death (BD). However, in most Latin American countries, suitable perfusable organs for transplantation (TX) come from deceased donors in brain death (BD). Donation after circulatory death (DCD), particularly controlled donation after circulatory death (cDCD), represents an accepted and valid option for organ procurement that would contribute to reducing transplant waiting lists. During the cDCD process, strong bioethical principles are applied, and their implementation is crucial when making decisions. The purpose of this article is to analyze these concepts, aiming to provide valid tools to the healthcare team for processes involving moral deliberation, such as controlled circulatory death organ donation, considered an integral part of end-of-life care.

## Resumo

As campanhas de prevenção e promoção da saúde, bem como os avanços na medidas terapêuticas voltadas para pacientes neurocríticos conseguiram reduzir a incidência de pacientes com lesão cerebral aguda que evoluem para morte encefálica (ME). No entanto, na maioria dos países latino-americanos, os órgãos que podem ser perfundidos adequados para transplante (TX) vêm de doadores falecidos em ME. A doação em assistolia e em particular a doação em assistolia controlada (DAC),é uma opção aceita e válida para a obtenção de órgãos, o que contribuiria para a redução das listas de espera para transplantes. Durante o processo DAC, são aplicados conceitos com forte cunho bioético, que são fundamentais na o momento da tomada de decisão. Este artigo tem como objetivo analisar esses conceitos, com o objetivo de oferecer ferramentas válidas à equipe de saúde, para os processos em que há deliberação moral como ocorre na doação de órgãos em assistolia controlada considerada parte integrante dos cuidados de fim de vida.


## Bibliografía


1. Documento de Consenso de la ONT sobre donación en asistolia. Disponible en: http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/DONACI%C3%93N%20EN%20ASISTOLIA%20EN%20ESPA%C3%91A.%20SITUACI%C3%93N%20ACTUAL%20Y%20RECOMENDACIONES.pdf [Consulta: 16 enero 2022].

2. Donantes a corazón parado: conceptos generales. En: ONT. Hospital Clínico San Carlos, Unidad de Coordinación de Trasplantes. I Curso Donación a Corazón Parado. Madrid, 14-16 mar 2005:2-4.

3. Global Observatory on Donation and Trasplantation. Disponible en: http://www.transplant-observatory.org/summary/ [Consulta: 16 febrero 2022].

4. Simón Lorda P, López E, Sagrario M, Cruz Piqueras M, coords. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos/auditoría. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014:9-67.

5. Bengochea M, Cacciatori A, Godino M, Carámbula A. Cambios para incorporar la donación de órganos en los cuidados al final de la vida. En: World Medical Assembly. El Médico en la donación y el trasplante de órganos: implicaciones éticas (Sesión científica virtual) 17 Septiembre 2021.

6. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, Barbero Gutiérrez J, Couceiro A, Hernando Robles P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. Rev Calid Asist 2008; 23(6):271-85. doi: 10.1016/S1134-282X(08)75035-8.

7. Cabré Pericas L, Solsona Durán JF. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Med Intensiva 2002; 26(6):304–11. Disponible en: https://www.medintensiva.org/es-pdf-13036165 [Consulta: 19 enero 2023].

8. Sociedad Española de Medicina Intensiva Critica y Unidades Coronarias; Martín MC, Saura RM, Cabré L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, et al. Quality indicators in critically ill patients. SEMICYUC, 2005. Disponible en: http://www.semicyuc.org/calidad/quality_indicators_SEMICYUC2006.pdf [Consulta: 16 enero 2022].

9. Duarte Moritz R, Deicas A, Capalbo M, Neves Forte D, Kretzer LP, Lago P, et al. II Fórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. Rev Bras Ter Intensiva 2011; 23(1):24-9. doi: 10.1590/S0103-507X2011000100005.

10. Frache B, Moreira E, Carámbula A, Pan C, Barbato M, Alzugaray P, et al. Características de la limitación de terapia de soporte vital en pacientes fallecidos en unidades de medicina intensiva. Rev Méd Urug 2018; 34(4):5-25. doi: 10.29193/rmu.34.4.1.

11. Complexo Hospitalario Universitario a Coruña. Oficina de Coordinación de Trasplantes. Protocolo de donación en Asistolia Controlada (Tipo III Maastricht). Servizo Galego de Saude, octubre 2012. Disponible en: http://trasplantes.net/images/PDF/Protocolo%20_CHUAC_donacion_asistolia_tipo_III.pdf [Consulta: 16 febrero 2022].

12. de la Calle Reviriego B, Corral Lozano E, Manzano Ramírez A. Donación en asistolia controlada. En: Masnou Buralló N, Escalante Cobo JL, coords. Medicina Clínica Práctica. Donación de órganos y tejidos en Medicina Intensiva. Buenos Aires: SEMICYUC, 2013:147-61.

13. Cacicato A, Bengochea M. Proyecto donación en asistolia controlada en el Hospital Universitario. (Póster). En: Semana Académica del Hospital de Clínicas, 2021. Disponible en: https://www.semanacademica.hc.edu.uy/index.php/galeria-eposters-2021?start=24 [Consulta: 11 enero 2022].

**Contribución de los autores**
Todos los autores contribuyeron en igual medida en las distintas etapas de elaboración del artículo.

**ORCID**
Armando Mario Cacciatori Castro 0000-0003-0697-5557
Enrique Mario Olivares Durán 0000-0002-3973-9190