

Traslado extrahospitalario de pacientes candidatos a donantes tras la prestación de ayuda a morir: a propósito de tres casos

Ambulance transfer for organ donors after a medically assisted death: a report of 3 cases

Alonso A. Mateos Rodríguez^{1,2}, Cristina Oria Ponce³, Aizea Olasategui Ruiz de Gauna⁴, Miriam González Barea², M. Belén Pagalday Eraña⁴

La prestación de ayuda para morir (PAM) es un procedimiento mediante el cual se le proporcionarán a un paciente los medicamentos necesarios para provocar su muerte. Este procedimiento está regulado por la Ley Orgánica el 24 de marzo de 2021¹. Algunos de estos pacientes manifiestan su deseo de ser donantes de órganos y tejidos. En este sentido, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) ha redactado unas recomendaciones². La donación de órganos tras la realización de la PAM se ha reconocido como una categoría específica (categoría V) dentro de la clasificación de donantes en asistolia³. Si el paciente expresa interés en la donación de órganos, el médico responsable (MR) del proceso de la PAM debe notificarlo a coordinación de trasplantes de su centro hospitalario de referencia (CHT). La CHT debe

proporcionar toda la información al paciente sobre el proceso de donación tras la PAM.

Es probable que haya pacientes decididos a ser donantes de órganos tras la PAM que quieran tener como última visión su hogar. En estas situaciones, es preciso organizar esta modalidad sin ingresar consciente en el hospital para recibir la PAM. Para ello será necesario gestionar la despedida y sedación en el domicilio y la aplicación de la PAM con posterior donación en el hospital. Para organizar este circuito será preciso que el CHT, el MR y la coordinación autonómica articulen con los servicios de emergencias (SEM) los procedimientos necesarios para el traslado. Los equipos de emergencias implicados en el procedimiento deben conocer y aceptar este traslado. Sería recomendable que el equipo de

emergencias que realice el traslado no forme parte del dispositivo ordinario. Previo al traslado, se debe planificar entre el equipo de emergencias, el EA y el CHT cómo se realizará cada caso (Figura 1). Los profesionales de los SEM y CHT harán una valoración individualizada. Si se llega al consenso de que el manejo óptimo del paciente incluye la sedación profunda seguida de intubación y ventilación mecánica, la familia y el paciente deben ser conocedores de los detalles del proceso y consentir a su realización en el domicilio⁴⁻⁶. El objetivo de este artículo es describir los tres primeros casos de traslado de este tipo de pacientes con el objetivo de donar órganos y tejidos.

Caso 1

Mujer de 52 años que padecía una epidermólisis ampollosa. La paciente ha-

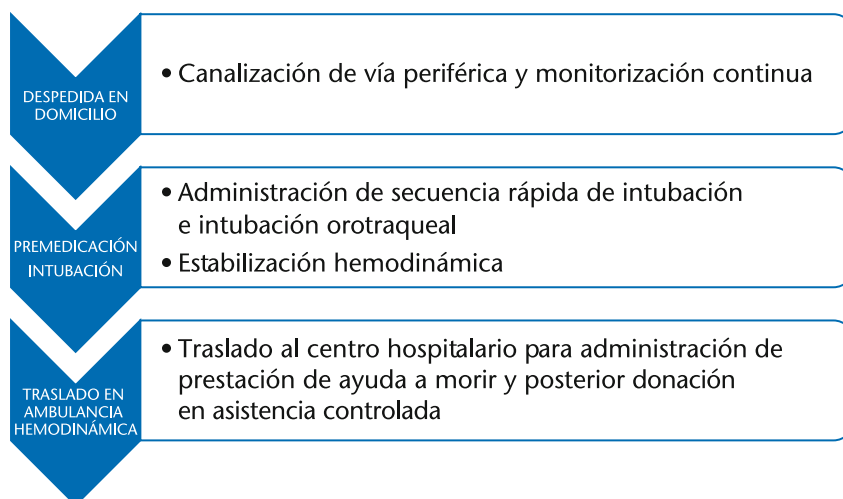


Figura 1. Fases de la prestación de ayuda a morir en el caso de posible donante. (Tomado de Protocolo nacional de donación de órganos tras la aplicación de la prestación de ayuda para morir. Organización Nacional de Trasplantes. Junio 2022).

bía solicitado la PAM y su deseo de ser donante. El equipo de coordinación de trasplantes realizó varias entrevistas con la paciente. Se objetivó una gran dificultad para poder trasladar a la paciente sin infringirle un sufrimiento inaceptable, además de por la situación clínica causada por la enfermedad, el domicilio tenía un acceso muy complejo. La paciente aceptó que fuera un equipo de emergencias el que procediera a su sedoanalgesia. Dada la dificultad para poder evacuarla del domicilio, se decidió a una intubación orotraqueal electiva. Se canalizó una vía venosa y se administró analgesia y oxigenación a la paciente y posteriormente se aisló la vía aérea con el protocolo de inducción rápida. Una vez estabilizada se trasladó a la unidad de cuidados intensivos del hospital, sin ningún tipo de complicación.

Caso 2

Varón de 66 con una fibrosis pulmonar terminal. Al ser avisado el equipo de coordinación de trasplantes de su deseo de ser donante por su MR, se mantuvieron varias entrevistas en el domicilio del mismo. Al valorar con el paciente cómo era su deseo de realizar el traslado hasta el hospital, éste manifestó su preferencia de hacerlo tras despedirse de su familia en el domicilio. Se le planteó la posibilidad de la sedación e incluso de la intubación en el domicilio. Al paciente y su familia les pareció la mejor opción. Revalorando la situación clínica del paciente en los días previos al traslado, el equipo sanitario consideró que sedar al paciente e intubarlo en el domicilio podría generar una inestabilidad que pondría en serio peligro un traslado exitoso. Se planteó al paciente la posibilidad real de poder fallecer antes de llegar al hospital y perder así la oportunidad de ser donante. Tanto el paciente como su familia aceptaron hacer el traslado consciente y

sin sedación. Acudió al domicilio una unidad de soporte vital básico con apoyo de un facultativo de la coordinación de trasplantes y se trasladó al paciente con oxigenoterapia desde su domicilio a la unidad de cuidados intensivos donde se procedió a su intubación y posterior PAM.

Caso 3

Varón de 57 años seguido por cuidados paliativos con un diagnóstico de atrofia multisistémica. El paciente había manifestado su derecho a ejercer la PAM y su deseo de ser donante. El CHT mantuvo varias reuniones con el paciente en las que manifestó la opción de ser sedado en el domicilio. El servicio de emergencias gestionó un equipo específico compuesto por médico, enfermero y dos técnicos en emergencias sanitarias. Se mantuvo una reunión previa entre el MR, el CHT, el SEM y el resto de profesionales que interpondrían tanto en la PAM como en la donación. Se establecieron una serie de pasos como que la premedicación como método de sedación correría a cargo del MR y su equipo y que, una vez sedado, entraría en juego el equipo del SEM para la monitorización, aislamiento de la vía aérea y traslado al centro sanitario. Debido a la patología del paciente, surgieron dudas en cuanto a la viabilidad de conseguir un acceso venoso de suficiente calibre, por lo que se optó como segunda opción por una vía yugular externa. En cuanto al aislamiento de vía aérea, se objetivó cierta dificultad en la apertura bucal por lo que se preparó, igualmente, una mascarilla laríngea como método alternativo de vía aérea. Una vez en domicilio, se consiguió, con la ayuda de la enfermería del SEM, un acceso venoso en el miembro superior izquierdo que permitió la infusión de midazolam 10 mg. Una vez sedado, el resto del equipo del SEM, entró en escena. Se procedió a la monitorización del paciente manteniendo satura-

ciones de 92-94%, con un aporte de oxígeno con mascarilla V Mask 4 litros por minuto 24% y una frecuencia cardíaca en torno a 70-75 lpm. Se decidió trasladar al paciente en estas condiciones hasta la ambulancia. Dada la estabilidad hemodinámica, se decidió demorar la intubación hasta la llegada al hospital. El traslado se efectuó sin incidencias. En este caso, el CHT acompañó en todo momento al equipo del SEM.

Es obligación del sistema sanitario, visto de una manera integral, hacer todo lo posible para garantizar el derecho de todo paciente a ser donante de órganos. Este derecho ha de mantenerse en aquellos pacientes que han solicitado la PAM, teniendo en cuenta que muchos de ellos se encuentran en una situación clínica y anímica muy vulnerable. Aun así, no deja de ser un traslado con muchas implicaciones en relación a la correcta comunicación a la familia y a los propios profesionales sanitarios que deben estar perfectamente informados del procedimiento.

Consideramos que las recomendaciones más importantes en este tipo de traslados deben ser que se conozca y se haya comentado previamente el procedimiento con el equipo interviniente, que se usen para el traslado recursos humanos y materiales específicos para el mismo, que haya una reunión previa entre todos los actores intervinientes (equipo responsable de la PAM, coordinación hospitalaria de trasplantes y equipo del servicio de emergencias) donde se valoren todos los detalles del traslado y las posibles complicaciones y soluciones. El objetivo final es respetar los deseos y derechos de los pacientes, de sus familias y al mismo tiempo cuidar los órganos para que la donación pueda ser un éxito.

Bibliografía

- 1 Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. (Consultado 3 Enero 2023). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>
- 2 Protocolo nacional de donación de órganos tras la aplicación de la prestación de ayuda para morir. Organización Nacional de Trasplantes. Junio 2022. (Consultado 3 Enero 2023). Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/PROTOCOLO%20NAC%20DON%20%20C3%93RGANOS%20TRAS%20PAM%20PARA%20ENVIAR%20AL%20CIT.pdf>
- 3 Thuong M, Ruiz A, Ervard P, Kuiper M, Boffa C, Akhtar MZ, et al. New classification of donation after circulatory death donors defi-

nitions and terminology. *Transpl Int.* 2016;29:749-59.
4 Mulder J, Sonneveld H, Healey A, Van

Raemdonck D. The first international roundtable on "organ donation after circulatory death by medical assistance in dying" de-

monstrates increasing incidence of successful patient-driven procedure. *Am J Transplant.* 2022;22:999-1000.

Filiación de los autores: ¹Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes, Comunidad de Madrid, España. ²Servicio de Urgencias Médicas de Madrid, SUMMA112, Madrid, España. ³Coordinación de Trasplantes, Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Donostia, España. ⁴Emergentziak Osakidetza, Coordinación de Trasplantes, Hospital Universitario Donostia, España.

Correo electrónico: Alonso.mateos@salud.madrid.org

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación con el presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS. Ha sido enviado como comunicación al Congreso SEMES de 2023.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa.

Editor responsable: Xavier Jiménez Fábrega.

Correspondencia: Alonso Mateos Rodríguez. Paseo de la Castellana 280, 3 planta. 28046 Madrid.
