

Jesús López-Herce^{a,b,c,d,*}, Ignacio Manrique^{c,e},
Ángel Carrillo^c, Custodio Calvo^c
y Gema Manrique^{a,d},
en representación del Grupo Español de RCP Pediátrica
y Neonatal

^a Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital
General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de
Investigación Sanitaria del Hospital Gregorio Marañón,
Madrid, España

^b Departamento de Salud Pública y Maternoinfantil,
Facultad de Medicina, Universidad Complutense de
Madrid, Madrid, España

^c Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar
Pediátrica y Neonatal, España

^d Red de Salud Maternoinfantil y del Desarrollo
(RedSAMID), RETICS financiada por el Instituto de Salud
Carlos III (ISCIII), España

^e Instituto Valenciano de Pediatría, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pielvi@hotmail.com (J. López-Herce).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.017>

1695-4033/ © 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en
nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo
Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND ([http://
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)).

Donación en asistolia controlada. ¿Qué opinan los profesionales de cuidados intensivos pediátricos?



Donation after circulatory death. What is the opinion of pediatric intensive care professionals?

Sr. Editor:

La donación tras la determinación de la muerte por criterios circulatorios, también denominada «donación en asistolia controlada» (DAC) constituye un nuevo modo de donación que se suma al modo clásico, realizado tras la constatación de la muerte cerebral. En nuestro país la DAC está establecida en pacientes adultos, encontrándose en una fase inicial de aplicación en pediatría^{1,2}. La DAC se plantea en pacientes críticos en los que tras comprobar la futilidad de los tratamientos realizados se acuerda la adecuación de las medidas terapéuticas (AMT)². Ambos procesos (decisión compartida de AMT y planteamiento de DAC) deben realizarse de modo objetivo, independiente y coordinado entre los profesionales que atienden al niño crítico y el equipo de trasplantes de cada centro.

Dado que se trata de una actividad novedosa, y considerando las posibles dudas y conflictos éticos, se ha realizado una encuesta anónima y no normalizada a profesionales de las UCIP españolas. El objetivo de la misma ha sido conocer las opiniones y actitudes clínicas relacionadas con la donación y la DAC en particular entre las personas que atienden a los niños críticamente enfermos.

Dicha encuesta fue enviada a pediatras y enfermeras de las UCIP a través de la página web de la SECIP y redes sociales (Twitter®), estando activa los meses de enero y febrero de 2020.

Se analizan 86 respuestas válidas, correspondientes a 66 pediatras (76,7%), 10 enfermeras y 10 residentes de pediatría. Trabajan en unidades pediátricas o mixtas (63,6% con 10 o menos camas). La mayoría (69,7%) eran mujeres, siendo predominantes los rangos de edad entre 30 y 40 años (45,3%) y entre 40 y 50 años (31,4%). En la [tabla 1](#) se muestran los principales resultados, mientras que en la [tabla 2](#)

se presenta el grado de acuerdo con la donación en 3 situaciones posibles (tras muerte cerebral, tras la retirada de las medidas soporte vital en un paciente ingresado en la UCIP y en un paciente en cuidados paliativos).

Se observa que el perfil del participante en la encuesta fue el de pediatra de sexo femenino con edad entre 30 y 50 años y trabajo en la UCIP con menos de 10 camas. Aunque en general los encuestados trabajan en unidades en las que se realizan muy pocas donaciones, la mayoría han partici-

Tabla 1 Encuesta sobre los procesos de DAC al personal de las UCIP

Ítem	Número	Porcentaje
¿Has participado en alguna donación de órganos? (Sí/No)	69/17	80,2/19,8
N.º de donaciones anuales en tu UCIP	65/21	75,6/24,4
(≤ 1 por año/> 1 por año)		
¿Estás satisfecho/a con tu formación al respecto? (Sí/No)	21/65	24,4/75,6
¿Existe un protocolo específico en la UCIP? (Sí/No)	60/16	69,7/30,3
¿Has participado alguna vez en la información en caso de donación? (Sí/No)	63/23	73,2/26,8
¿Sabes en qué consiste la muerte cerebral? (Sí/No)	82/4	95,3/4,7
¿Sabes en qué consiste la muerte por criterios circulatorios? (Sí/No)	57/29	66,3/33,7
¿Conoces el tiempo que debe transcurrir en asistolia para determinar la muerte por criterios circulatorios? (Sí/No)	52/34	60,5/39,5
¿Tiene tu UCIP un protocolo de adecuación de medidas de soporte vital? (Sí/No)	38/48	44,2/65,8
¿Desearías ser donante si se diera el caso? (Sí/No me lo he planteado)	82/4	95,4/4,6

DAC: donación en asistolia controlada; UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Tabla 2 Grado de acuerdo con que se pueda realizar una donación de órganos y trasplante en 3 situaciones clínicas posibles (resultados en número y porcentaje)

	De acuerdo	Tengo dudas	En desacuerdo
Muerte encefálica	86 (100)	0 (0)	0 (0)
Retirada de terapias de soporte vital en un niño ingresado en la UCIP	78 (90,7)	5 (5,8)	3 (3,5)
Retirada de terapias de soporte vital en un niño en cuidados paliativos	67 (77,9)	11 (12,8)	5 (5,8)

UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátricos.

pado alguna vez en ese proceso y desearían ser donantes si se diera el caso en el futuro. La mayoría refieren que en su UCIP existe un protocolo de donación y de adecuación de terapias de soporte vital (ATSV). A pesar de que han participado alguna vez en el proceso de información a la familia, 3 de cada 4 profesionales no están satisfechos con su formación al respecto. Casi la totalidad conoce el concepto de muerte cerebral, mientras que uno de cada 3 desconoce cómo se determina la muerte por criterios circulatorios. Si bien la totalidad de los participantes aceptan que tras la muerte cerebral un niño pueda ser donante, el 9,3% muestra dudas o está en desacuerdo en caso de que esto se plantee tras la ATSV. Dicha opinión asciende al 18,6% si esto ocurriera en un paciente con asistencia en cuidados paliativos.

La DAC supone un reto en la asistencia pediátrica. Se enmarca en una nueva realidad asistencial, en la que, con una mortalidad pediátrica muy baja, es frecuente que el fallecimiento se produzca en el contexto de decisiones compartidas con la familia y vinculadas a la AMT³. Este nuevo enfoque no es exclusivo de los pacientes en situación crítica, sino que también podría ser considerado en niños que recibían de forma previa cuidados paliativos y mostraban pronóstico vital acortado y muy mala calidad de vida⁴. Estos hechos pueden dar lugar a dudas y conflictos éticos asistenciales que condicionen un desasosiego moral en los profesionales⁵.

De la encuesta realizada se puede concluir que los pediatras de las UCIP muestran interés en la formación y demandan conocimientos tanto sobre los procesos de adecuación terapéutica (AMT y ATSV) como de DAC. Para que la atención a los niños afectados se realice con la mayor calidad científica, técnica y ética, será fundamental la colaboración de forma activa con la coordinación de trasplantes de cada centro². En consecuencia, consideramos fundamental la implicación tanto de la Asociación Española de Pediatría como de la Organización Nacional de Trasplantes en la puesta en marcha de actividades formativas y de apoyo a este respecto.

Bibliografía

1. Weiss MJ, Hornby L, Rochweg B, van Manen M, Dhanani S, Sivajaran VB, et al. Canadian guidelines for controlled pediatric donation after circulatory determination of death - Summary report. *Pediatr Crit Care Med.* 2017;18:1035-46.

2. Rodríguez Núñez A, Pérez Blanco A, y Grupo de Trabajo de la AEP-ONT. Recomendaciones nacionales sobre donación pediátrica. Documento de consenso de la AEP y la ONT. *An Pediatr (Barc).* 2020.

3. Agra Tuñas C, Rodríguez Ruiz E, Rodríguez Merino E, on behalf of the MOMUCIP-2 study group of the Spanish Society of Pediatric Intensive Care (SECIP). How do children die in PICUs nowadays? A multicenter study from Spain. *Pediatr Crit Care Med.* 2020. <http://dx.doi.org/10.1097/PCC.0000000000002359>.

4. García Salido A, Santos Herranz P, Puertas Martín V, García Teresa MA, Martino Alba R, Serrano González A. Estudio retrospectivo de pacientes derivados de cuidados intensivos pediátricos a cuidados paliativos: por qué y para qué. *An Pediatr (Barc).* 2018;88:1-3.

5. Larson CP, Dryden-Palmer KD, Gibbons C, Parshuram CS. Moral distress in PICU and Neonatal ICU practitioners: A cross-sectional evaluation. *Pediatr Crit Care Med.* 2017;18:318-26.

María Carme Agra-Tuñas^{a,b,*}, Fernando Gómez-Sáez^{c,d}, Alberto García-Salido^{d,e} y Antonio Rodríguez-Núñez^{a,b,d}

^a Área de Pediatría, Sección de Pediatría Crítica, Cuidados Intermedios y Paliativos Pediátricos, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, La Coruña, España

^b Grupos de Investigación Soporte Vital y Simulación (Instituto de Investigación de Santiago) y CLINURSID (Universidad de Santiago), A Coruña, España

^c Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

^d Grupo de trabajo de Ética de Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos, España

^e Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carmeagra@hotmail.com (M.C. Agra-Tuñas).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.04.026>
1695-4033/ © 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).