

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



“DONACIÓN EN ASISTOLIA EN UCI PEDIÁTRICA: CUIDANDO AL FINAL DE LA VIDA”

Primer Autor : Miriam Jiménez Martínez - Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Coautor2 : Patricia del Pilar Martínez Pina - Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Coautor3 : Francisco Javier Cano Padilla - Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Coautor4 : Raquel Montosa García - Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Coautor5 : Irene Martínez Muñoz - Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Coautor6 : María José Frutos Flores - Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Coautor7 : Ana Isabel Guerrero Díaz - Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Coautor8 : Laura Ramirez Monreal - Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Coautor9 : Rubén Bernal Marrufo - Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Coautor10 : Purificación Yepes García - Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



1. RESUMEN

A pesar del elevado número de trasplantes de órganos que se realizan en España, en la edad pediátrica continúa siendo muy limitado. Tradicionalmente se han realizado, únicamente, tras el diagnóstico de muerte encefálica pero dado el aumento de la morbimortalidad en la lista de espera y la dificultad de obtención de donantes pediátricos se han impulsado el desarrollo de nuevas alternativas como la donación en asistolia. Dentro de la clasificación de Maastricht modificada (París 2013); la donación en asistolia controlada tipo III incluye a pacientes que han fallecido, por criterios cardiocirculatorios, tras la retirada de medidas de soporte vital tras una decisión previa e independiente de adecuación de las medidas terapéuticas (AMT).

Presentamos el primer caso de este tipo de donación en nuestra unidad. Lactante de 16 meses trasladada a UCIP por parada cardiorrespiratoria reanimada en contexto de síndrome de inmersión. Tras varias semanas y debido al mal pronóstico, se decidió AMT activándose el protocolo de donación. Fue valorada por el equipo de coordinación de trasplantes y los familiares manifestaron su deseo de donación. La valoración por parte del equipo de trasplantes fue positiva para donación renal y cardíaca.

Dentro de todo el proceso, el papel de la enfermería junto con el resto de equipo multidisciplinar es garantizar una muerte digna del niño así como brindar unos cuidados integrales y centrados en la familia.

Donación en asistolia; Pediatría; Unidad de Cuidados Intensivos.



2. CONTEXTO

A pesar del elevado número de trasplantes de órganos que se realizan en España, en la edad pediátrica continúa siendo muy limitado¹. Tradicionalmente se han realizado, únicamente, tras el diagnóstico de muerte encefálica pero dado el incremento de la morbimortalidad en la lista de espera y la dificultad de obtención de donantes pediátricos, se ha impulsado el desarrollo de nuevas alternativas como la donación en asistolia pudiendo, con ello, aumentarse el número de posibles donantes¹⁻⁴. Según estudios en países con tasas de mortalidad infantil similares a las de España, se estima que la donación en asistolia puede aumentar el potencial de donación infantil entre un 20-58%; estimándose que se encuentra entre un 9-20% en las unidades de intensivos pediátricos (UCIP) y entre el 8-36% en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN)¹.

Hablamos de donación en asistolia en aquella que tiene lugar a partir de personas fallecidas por parada cardiorrespiratoria^{2,3}. Dentro de la clasificación de Maastricht modificada (París 2013); la donación en asistolia controlada tipo III incluye a pacientes que han fallecido, por criterios cardiocirculatorios, tras la retirada de medidas de soporte vital tras una decisión previa e independiente de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET)².

Este es el primer caso de donación en asistolia controlada realizado en nuestra unidad, y consideramos de gran interés su comunicación ya que es un procedimiento aún desconocido para muchos profesionales, siendo escasas las guías clínicas existentes sobre este proceso en el paciente pediátrico.

3. PRESENTACIÓN DEL CASO

Lactante de 16 meses que, sin ningún antecedente médico de interés, es trasladada por UME a UCIP del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) por parada cardiorrespiratoria reanimada en contexto de síndrome de inmersión.

Refieren que, estando en el domicilio familiar, los padres la encuentran inconsciente en la piscina. Intentan reanimarla durante unos 5 min, sin éxito, por lo que acuden al SUAP más cercano. Allí constatan asistolia e inician maniobras de RCP durante 10 minutos más hasta la llegada de UME con inicio de RCP avanzada; canalización de vía venosa periférica e intraósea, IOT, masaje cardíaco y varias dosis de adrenalina (no se especifica número) consiguiendo salida a ritmo sinusal a los 20 minutos de RCP avanzada, estimándose un tiempo total de RCP de 30-35 minutos.

Durante su estancia en UCI presenta un shock refractario e IRA aguda resuelta, insuficiencia hepática, coagulopatía, ITU asociado al sondaje vesical, estatus epiléptico e HIC resuelta bajo la inducción de coma barbitúrico con tiopental.

Tras 20 días de ingreso en UCIP se realiza una reunión multidisciplinar con los padres explicándose, que dada la estabilidad clínica, se va a proceder a la retirada de ventilación mecánica y que, debido al mal pronóstico neurológico (sin respuesta cortical a estímulos) y datos de exploración física



(pupilas arreactivas, no apertura ocular, ausencia de reflejo corneal y tusígeno), es muy probable que ésta fracase y que en tal caso no se realizarían medidas de soporte vital por la futilidad de los mismos, consensuándose con la familia la adecuación de medidas terapéuticas.

El día 21, previo a la extubación reglada y por petición de los padres de ser donantes sí fracasara, se realiza una entrevista con el coordinador de trasplantes y se explica el procedimiento a seguir siendo la única posibilidad la donación en asistolia controlada. A las 12:30 se realiza el primer intento de extubación que resulta fallido precisando intubación reglada, con los padres presentes, para terapia de soporte vital para mantenimiento de órganos. El día 22 a las 12:00 horas, la paciente baja a quirófano acompañada de sus padres y tras la retirada de soporte vital para iniciar procedimiento de donación en asistolia controlada, nuestra paciente fallece a las 14:40 horas.

Al mes, los padres recibieron una carta como muestra de agradecimiento mencionándose que finalmente la donación fue positiva, tanto cardíaca como renal, para tres niños de Madrid.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Tras la adecuación de las medidas terapéuticas, y cómo buena práctica clínica, se consideró a la paciente como una potencial donante siendo esta decisión de adecuación, previa e independiente de la posible donación de órganos y tejidos³. Por petición de la familia de ser donantes en caso de extubación fallida, se tuvo lugar una reunión junto con el equipo coordinador de trasplantes que fue quién valoró la idoneidad del paciente tal y cómo marcan las guías¹⁻⁴.

El equipo asistencial de UCIP, responsable de la paciente y ajeno a todo el proceso de donación, fue quién proporcionó los cuidados al final de la vida garantizando una muerte digna para la paciente y el bienestar y confort de su familia. En este aspecto, se considera de vital importancia la elaboración de protocolos para la formación del personal sanitario multidisciplinar en cuanto a los cuidados centrados en la familia con tal de reducir la variabilidad clínica que pudiera darse ya que al tratarse de un tema poco instaurado en pediatría podría afrontarse según las necesidades físicas, psicológicas y espirituales de cada profesional.

La donación en asistolia controlada tipo III se ha implementado con éxito en las unidades de cuidados intensivos de adultos, suponiendo hasta el 30% de las donaciones³. A pesar de que en pediatría este tipo de donación ha aumentado significativamente en los últimos años en países como Estados Unidos y Canadá, en nuestro país continúa siendo anecdótico^{3,4}.

Como conclusión podemos decir que la donación en asistolia controlada en pediatría debe considerarse en cualquier paciente en el que se prevé una adecuación de las medidas terapéuticas¹⁻⁴. Se trata de una medida que puede tener una buena aceptación por parte de las familias y formar parte de los cuidados al final de vida, mejorando la calidad de los mismos y dando sentido a la muerte². Su implementación podría incrementar la cifra de potenciales donantes, pero es necesario protocolizarlo y conocer sus peculiaridades para que pueda extenderse su desarrollo en el ámbito pediátrico^{1,3-4}.

XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



5. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Pediatría y Organización Nacional de Trasplantes. Recomendaciones nacionales sobre donación pediátrica. Madrid: ONT; 2020. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/Recomendaciones%20Nacionales%20sobre%20Donacion%20Pediátrica.%20Mayo%202020.pdf>
2. González-Méndez MI, López-Rodríguez L. La donación de órganos en asistolia controlada tipo III de Maastricht: implicaciones éticas y cuidados al final de la vida. *Enferm Clin*. 2017.
3. Rodríguez Núñez A, Pérez Blanco A, Balcells Ramírez J. Recomendaciones nacionales sobre donación pediátrica. *Anales de Pediatría*; Volume 93, Issue 2; 2020. Pag 134.e1-134.e9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.04.024>.
4. Butragueño Laiseca L, Sancho González M, López-Herce Cid J, Mencía Bartolomé S. Donación en asistolia controlada en el paciente pediátrico. *Anales de Pediatría*. Volume 92, Issue 5; 2020. Pag 299-300. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.06.006>