

## Monográfico Muerte encefálica en UCI (I)

### Introducción

J.L. ESCALANTE COBO Y D. ESCUDERO AUGUSTO\*

Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes. Madrid.

\*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

La muerte encefálica (ME) representa el evento final de un importante número de enfermos ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Diversos estudios epidemiológicos han constatado que alrededor del 14% de los pacientes que fallecen en las camas de intensivos lo hacen en situación de muerte encefálica, pudiendo llegar este porcentaje al 30% si la UCI es centro de referencia para patología neuroquirúrgica.

La importancia de su conocimiento reside en que casi la totalidad de los órganos que se trasplantan (el 96%) en la actualidad proceden de donantes fallecidos en ME y de que, en caso de no donación, podemos retirar todas las medidas de soporte, acortando en lo posible el tiempo de incertidumbre y sufrimiento de los familiares y evitando la sensación de esfuerzo inútil en tiempo, costes y tensión por parte del personal sanitario.

Durante los años 1995 y 1996, el Grupo de Trabajo de Trasplantes de la SEMICYUC llevó a cabo un estudio multicéntrico en hospitales españoles sobre la muerte encefálica en UCI. Se pretendía conocer entre otros datos su incidencia, características epidemiológicas, qué métodos diagnósticos instrumentales se utilizaban, las cargas asistenciales que representaban para la UCI este tipo de pacientes y qué decisiones clínico-asistenciales se tomaban una vez que se confirmaba el diagnóstico de ME. El estudio incluyó un total de 1.295 muertes encefálicas recogidas en 37 hospitales de nuestro país, lo que proporciona una idea muy exacta de lo que ocurre en nuestras UCI.

Algunos de los resultados más importantes de dicho estudio muestran que: a) la incidencia de ME oscila entre un 7% y un 16% de los fallecidos en intensivos, dependiendo de si el hospital dispone o no de servicio de Neurocirugía; b) cuando se sospecha el diagnóstico de ME, el 31% de los pacientes llevan algún tipo de sedación y sólo el 13% barbitúricos; c) el electroencefalograma (EEG) es la prueba instru-

mental más utilizada, en un 86% de los casos (como era de esperar ya que se necesita para llevar a cabo el diagnóstico legal de ME), seguida de Doppler transcraneal (16%), gammagrafía cerebral (6%), potenciales evocados (6%) y angiografía cerebral (6%), y d) de los diagnosticados de ME que no donan sus órganos (por contraindicación médica o por negativa familiar a la donación) sólo se desconectan de la ventilación mecánica el 39% de los casos.

Reflexionando sobre algunos de los datos obtenidos en este estudio, se planteó la necesidad de realizar una Conferencia de Consenso sobre "Muerte encefálica en UCI", con dos objetivos fundamentales:

1. Elaborar unas recomendaciones diagnósticas de ME, tanto para adultos como para niños, que incluyesen la exploración clínica neurológica y los diferentes métodos diagnósticos instrumentales utilizados (Doppler transcraneal, angiografía cerebral, técnicas electrofisiológicas y gammagrafía cerebral).

2. Profundizar en los aspectos ético-legales del diagnóstico, y tratar de unificar criterios de actuación postdiagnóstico de ME en las UCI españolas.

En noviembre de 1998 tuvo lugar la III Conferencia de Consenso de la SEMICYUC sobre "Muerte encefálica en UCI", en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Una de las características metodológicas claves de las Conferencias de Consenso de la SEMICYUC es la utilización de la *medicina basada en la evidencia*, por lo que las conclusiones del Jurado están elaboradas según la jerarquización de la evidencia de los trabajos en los que se fundamentaron las diferentes ponencias (tabla 1). En este caso, hay que tener en cuenta que existe una particularidad paradójica debido a la naturaleza de la entidad clínica estudiada, y es que algo tan evidente como la propia muerte no ha podido ser apoyado por estudios tipo I, ya que no es posible realizar estudios aleatorizados y controlados.

**TABLA 1. Clasificación de la evidencia (clase de datos)**

<p><b>Clase I</b> Evidencia proporcionada por uno o más ensayos clínicos, bien diseñados, aleatorizados y controlados</p> <p><b>Clase II</b> Evidencia proporcionada por uno o más estudios clínicos, bien diseñados, como son los estudios caso control y de cohortes</p> <p><b>Clase III</b> Evidencia proporcionada por opiniones de expertos, controles históricos no aleatorizados o uno o más casos clínicos</p>
--

Esta monografía, que aparecerá en dos números recoge todas las ponencias allí presentadas, así como las Conclusiones del Jurado sobre el tema.

Aunque quizás se nos han quedado algunas cosas en el tintero, hemos pretendido una revisión en profundidad del tema desde una óptica multidisciplinaria, seleccionando cuidadosamente a los ponentes, dando participación además de a médicos intensivistas, a todos aquellos especialistas que de alguna manera pueden llegar a intervenir en el diagnóstico de ME (electrofisiólogos, neurorradiológicos, médicos nucleares, etc.). También se contó con la aportación de un experto en bioética, un médico forense y un magistrado-juez para la elaboración de los aspectos ético-legales que inevitablemente van unidos a este diagnóstico. Por último, e independientemente de actuaciones individuales, en el último trabajo de esta

monografía, se recogen las recomendaciones y decisiones clínico-asistenciales ante un paciente diagnosticado de ME. Una vez asumida y reconocida tanto científica como legalmente que la ME es igual a la muerte del individuo la actuación en las UCI ha de ser clara: retirar las medidas de soporte (ventilación mecánica) evitando el consumo inútil de recursos materiales y humanos o valorar el cadáver como donante potencial de órganos para trasplante.

Como coordinadores de este monográfico queremos manifestar nuestro sincero agradecimiento: al Dr. Albino Navarro, de quien partió la idea de esta Conferencia de Consenso; al Dr. Miguel A. de la Cal por sus inestimables recomendaciones; a todos los miembros del Jurado quienes soportaron con buen humor las largas sesiones de debate-encierro, por su gran entusiasmo y excelente trabajo; a todos los ponentes y moderadores por su gran interés y alto nivel científico demostrado; a todos aquellos colegas y amigos que nos han ayudado en la organización de esta Conferencia de Consenso, y al Grupo de Trabajo de Trasplantes de la SEMICYUC por su inestimable colaboración en la realización del estudio multicéntrico de referencia.

Esperamos que la III Conferencia de Consenso sobre "Muerte encefálica en UCI", y este número monográfico que ahora ve la luz contribuya y facilite la labor del médico intensivista ante un paciente con sospecha de ME, facilitándole tanto el protocolo diagnóstico como los criterios para actuaciones posteriores. En ello hemos puesto nuestro empeño y entusiasmo.