



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



Donación en Parada Circulatoria: desafíos clínicos y éticos en el final de la vida

Dra. Magdalena Vera
Académica del Departamento de Medicina Intensiva,
Escuela de Medicina UC

CONTEXTO

La brecha en donación en Chile persiste



Déficit sostenido con listas de Espera que no disminuyen

Modelo centrado en DBD

Estrategias que no logran revertir la tendencia

🗉 ¿El sistema ya no crece con el modelo actual?

La donación en asistolia controlada (cDCD)

La donación en asistolia controlada (cDCD) se ha consolidado internacionalmente como una vía complementaria para ampliar el pool de donantes tras la decisión clínica de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET).

→ **Complementaria a DBD**
No reemplaza el modelo actual,
lo amplía

→ **Criterios circulatorios**
Muerte determinada por cese
irreversible de función cardíaca

→ **Evidencia internacional**
Adoptada en múltiples sistemas
de salud desarrollados

La cDCD cambia el punto de origen del proceso



La cDCD comienza luego de una decisión clínica previa: la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET).

El punto crítico del modelo

La cDCD exige una separación radical y verificable entre la decisión de limitar el tratamiento y la posibilidad de donar. Cuando ambos procesos convergen en el mismo equipo y espacio, se abre la posibilidad de conflictos de interés—reales o percibidos— que pueden erosionar la confianza de familias, profesionales y la sociedad.



Independencia entre AET y donación
Principio fundacional que debe garantizarse institucionalmente



Riesgo de conflicto de interés
Real o percibido, corroe la legitimidad del proceso



Interferencia en el morir
Riesgo de que la donación modifique el proceso natural de muerte

La UCI como *gatekeeper* del proceso

Cuidado al Final de la Vida (Responsabilidad exclusiva de UCI)

1. Paciente crítico en situación de futilidad o desproporción terapéutica: Evaluación multidisciplinaria.
2. Deliberación clínica de AET: Decisión basada únicamente en el mejor interés del paciente (proporcionalidad terapéutica).
3. Comunicación y acuerdo con la familia: Información sobre objetivos de confort y adecuación del soporte vital.



Transición y Coordinación (Zona de "Estrecha Independencia")

1. Consideración de la donación: Una vez aceptada la AET, se evalúa la posibilidad de donación.
2. Contacto con equipo de procuramiento: Coordinación técnica y logística (evaluación de viabilidad de órganos).
3. Consentimiento para la donación: Proceso relacional con la familia, separado de la decisión de AET.



Proceso de Fallecimiento y Procuramiento

1. Retiro de soporte vital: Realizado por el equipo de UCI en el entorno acordado (confort/acompañamiento).
2. Fallecimiento y Período No-Touch: Cese circulatorio irreversible y tiempo de observación legal (ej. 5 minutos).
3. Certificación de la muerte: Realizada por médicos de UCI.
4. Inicio de preservación y procuramiento: Entrada del equipo de procuramiento (ej. Perfusión Regional Normotérmica).

AET: Adecuación del Esfuerzo Terapéutico.

Esta secuencia es una representación esquemática y debe adaptarse a los protocolos institucionales y al marco legal vigente.

Base clínica aún inestable



Variabilidad en AET

Sin estándares uniformes a nivel nacional ni protocolos validados

Brechas comunicacionales

Dificultades persistentes en el abordaje de fin de vida con familias

Alta carga emocional

Equipos con escaso soporte institucional para procesos complejos

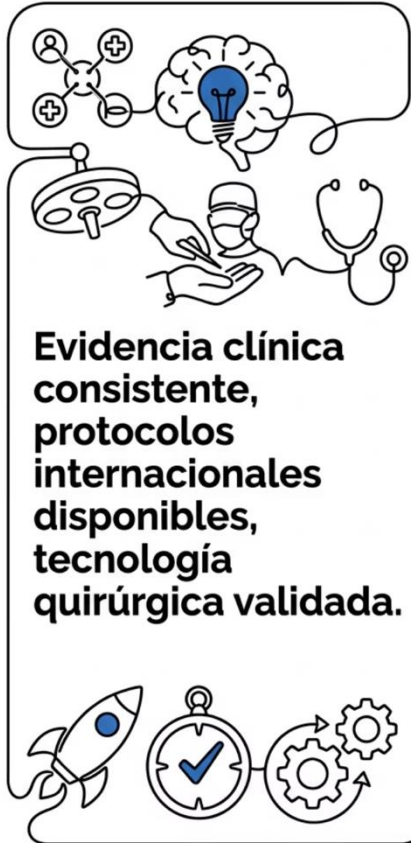
Vulnerabilidad ética y legal

Percepción de desprotección ante decisiones de alta complejidad

Pérez Castro P, Salas SP. Ethical issues of organ donation after circulatory death: Considerations for a successful implementation in Chile. *Dev World Bioeth.* 2022 Dec;22(4):259-266. doi: 10.1111/dewb.12338. Epub 2021 Nov 13. PMID: 34773430; PMCID: PMC9886168.

Palma A, Aliaga-Castillo V, Bascuñan L, Rojas V, Ihl F, Medel JN. An Intensive Care Unit Team Reflects on End-of-Life Experiences With Patients and Families in Chile. *Am J Crit Care.* 2022 Jan 1;31(1):24-32. doi: 10.4037/ajcc2022585. PMID: 34972854.

El problema no es técnico



Evidencia clínica consistente, protocolos internacionales disponibles, tecnología quirúrgica validada.



Cultura de fin de vida, independencia entre AET y confianza del equipo de UCI.

La evidencia clínica sobre cDCD es sólida y replicable.

Los protocolos quirúrgicos existen.

La barrera real no es técnica: es la capacidad organizacional y la solidez del entorno donde se implementa.

⊗ "Sin una cultura robusta de fin de vida, la cDCD pierde legitimidad."

Mensaje final

- **La cDCD obliga a reconocer una realidad clínica central: una proporción relevante de los fallecimientos en la UCI ocurre tras decisiones de AET en pacientes que no evolucionan a muerte encefálica.**
- **En este escenario, la cDCD no "crea" un proceso nuevo, sino que se superpone a la práctica habitual de fin de vida.**
- **El punto de mayor tensión continúa siendo la preservación de la independencia entre la decisión de AET y la posibilidad de donación.**
- **Esta separación funcional y cronológica no es solo un principio normativo, sino una condición operativa para sostener la legitimidad clínica y social del modelo.**
- **La viabilidad de la cDCD en Chile depende de la fortaleza de las capacidades clínicas propias de una medicina intensiva de alta calidad.**
- **El escenario actual ofrece una oportunidad única para un trabajo centrado en fortalecer la cultura clínica del final de la vida.**

Bienvenidos....