



## CARTAS AL DIRECTOR

### Acerca de los donantes de pulmón en edad marginal

#### About marginal age lung donors

Sr. Director:

He leído con gran interés el artículo «Trasplante pulmonar con donantes de edad marginal» del Miñambres et al.<sup>1</sup> así como el editorial de Del Río Gallegos<sup>2</sup> que acompaña a dicho artículo. En ellos queda claramente plasmado el hecho de que, dada la disminución de donantes debida a múltiples causas registrada durante los últimos años, se ha hecho necesario reconsiderar la utilización de órganos que, en un primer momento, eran valorados como subóptimos. La experiencia reciente acumulada revela que dichos órganos son válidos<sup>3</sup>. En este sentido, tanto la edad como los tiempos han ido aumentando a medida que se ha comprobado que los órganos de este tipo de pacientes tienen buenos resultados.

En esta nueva búsqueda de donantes, los Sistemas de Emergencias Médicas, en coordinación con los servicios hospitalarios implicados entre los que destaca el de Medicina Intensiva, han de desempeñar un importante papel tanto en la detección precoz como en las maniobras iniciales y el traslado de los potenciales donantes en las mejores condiciones posibles. Así, y en consonancia con lo comentado en el párrafo anterior, se ha ampliado la edad para valorar a un paciente en parada cardiorrespiratoria como donante de los 55 años a los 60, y el tiempo máximo de isquemia caliente de 120 a 150 minutos. Este tipo de donantes clasificados como tipo II en la clasificación de Maastricht también son considerados como marginales en algunas publicaciones. El adjetivo marginal tiene cierto carácter peyorativo, parece denotar menor calidad de los órganos o peores resultados de los injertos. Nosotros tenemos recogida una experiencia en 20 donantes tras muerte cardiaca, con un total de 33 pulmones, y la supervivencia de los receptores al año es alta. En concreto, de los 20 donantes se extrajeron 40 pulmones, se desecharon 7 principalmente por mal aspecto macroscópico o bajo nivel en las pruebas realizadas previo al injerto.

Estos 33 pulmones se trasplantaron a 20 receptores, 13 en trasplante bipulmonar y 7 en unipulmonar. De los 20 pacientes receptores 2 fallecieron al año, 1 por neumonía y el segundo por *shock* hemorrágico. Además, en todo este contexto, los cardiocompresores mecánicos pueden contribuir al mantenimiento de estos pacientes en el medio extrahospitalario. En nuestra experiencia, el daño producido en los pulmones por los dispositivos de cardiocompresión mecánica es similar al producido por la compresión torácica manual y las lesiones que causan son leves y no interfieren con la donación<sup>4,5</sup>.

Por todo ello, tal y como demuestran Miñambres et al. y nuestros datos, cabe considerar los resultados con el donante marginal (incluido el procedente de muerte cardiaca) como satisfactorios. Por lo tanto, es muy importante seguir investigando para ampliar el intervalo de edad y tiempo entre los donantes tanto de muerte encefálica como tras muerte cardiaca.

#### Bibliografía

1. Miñambres E, Zurbano F, Naranjo S, Gonzalez Castro A, Mons R, Gonzalez Fernandez C, et al. Med Intensiva. 2011;35:403-9.
2. Del Río Gallego F. Med Intensiva. 2011;35:401-2.
3. Andrés A, Praga M, Ortuño T, Hernández E, Morales J. El donante marginal en el trasplante renal. Nefrología. 2001;XXI Supl 4:104-11.
4. Mateos Rodríguez AA, Navalpotro Pascual JM, Martín Maldonado ME, Barba Alonso C, Pardillos Ferrer L, Andrés Belmonte A. Aplicación de cardiocompresores mecánicos en el donante tras una muerte cardiaca extrahospitalaria. Emergencias. 2010;22:264-8.
5. Mateos Rodríguez A, Navalpotro Pascual JM, Ortega I, Moreno R, Barba Alonso C, Martín Maldonado ME, et al. Traslado en helicóptero de donantes tras muerte cardiaca. Emergencias. 2011;23:372-4.

A.A. Mateos Rodríguez

Summa 112, Madrid, España

Correo electrónico: [amateo.summa@salud.madrid.org](mailto:amateo.summa@salud.madrid.org)

doi:10.1016/j.medin.2011.10.004