

2. Syeda B, Roedler S, Schukro C, Yahya N, Zuckermann A, Glogar D. Transplant coronary artery disease: Incidence, progression and interventional revascularization. *Int J Cardiol.* 2005;104:269–74.
3. Estorch Cabrera M, Flotats Giralte A, Camprecios Crespo M, Aparici CM, Berna Roqueta L, Catafu Alcantara AM. Reinervación simpática del corazón trasplantado. Estudio realizado con metayodobenzilguanidina marcada con yodo-123. *Rev Esp Cardiol.* 1998;51:369–74.
4. Schnetzler B, Drobinski G, Dorent R, Camproux AC, Ghossoub JJ, Thomas D, et al. The role of percutaneous transluminal coronary angioplasty in heart transplant recipients. *J Heart Lung Transplant.* 2000;19:557–65.

F.J. Romero Bermejo^{a,*}, M.J. Domínguez Rivas^a,
P. Martínez García^{a,b} y M. Ruíz Bailén^b

^a Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, España

^b Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: romerobermejo@gmail.com
(F.J. Romero Bermejo).

Disponible en Internet el 15 de mayo de 2010

doi:10.1016/j.medin.2010.04.002

Donantes a corazón parado tipo III de Maastricht: una opción real

Non-beating heart donors - Maastricht type III: A real option

Sr. Director:

Para alcanzar los objetivos de mejora en donación es fundamental optimizar la calidad de los protocolos existentes y buscar nuevas líneas de trabajo.

Los donantes tipo III de Maastricht o donantes a corazón parado controlados (DCPC)¹ son aquellos pacientes con patologías graves no recuperables, que no están en situación de muerte encefálica, que son dependientes de ventilación mecánica en los que se decide de forma consensuada la limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV), esperando a que fallezca en asistolia.

El primer protocolo implementado para este tipo de donación fue de la Universidad de Pittsburg en 1996². A partir de él se han desarrollado la mayoría de los hoy existentes. Actualmente es una alternativa válida y eficaz en Canadá, Australia, Reino Unido y EE.UU.³.

En nuestro centro se ha desarrollado un protocolo de DCPC consensuado con el Comité de Ética Asistencial y la Organización Nacional de Trasplantes.

Presentamos el primer caso de DCPC en un paciente con daño cerebral grave e irreversible sin perspectiva de evolución a muerte encefálica en el que, junto con la familia, se decidió la LTSV. En ese escenario, la familia aceptó la donación tras el paro circulatorio, con consentimiento de canulación ante-mortem de arteria y vena femorales para perfusión *in situ* de los riñones. El tiempo transcurrido desde la extubación terminal hasta el paro circulatorio fue de 90 min. La perfusión renal, con líquidos de preservación fríos, se inició tras 5 min de registro de paro circulatorio, a través de un catéter multiperforado de doble balón

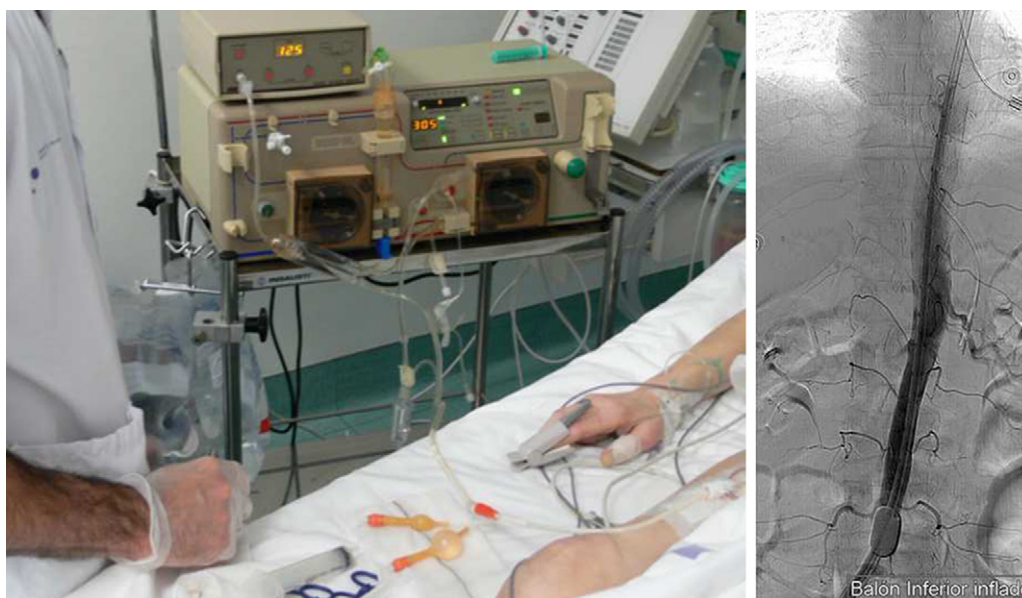


Figura 1 Sistema de perfusión de líquidos de conservación fríos y angiografía digital con catéter arterial con balón distal inflado.

intra-aórtico (fig. 1). La extracción renal se llevo a cabo sin problemas, siendo exitoso el seguimiento de los órganos transplantados.

En el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Santiago, trabajamos desde hace años con un protocolo de LTSV y de cuidados del paciente al final de la vida, consensuado por médicos y enfermería, basado en las recomendaciones publicadas por el Grupo de Bioética de la SEMICYUC⁴. Es importante recalcar que la decisión de LTSV es previa al planteamiento de donación de órganos y que en ningún caso puede ser la justificación de la misma.

En artículo de revisión de Del Río-Gallego et al⁵ destacan que en España no había en ese momento ningún procedimiento de DPC con donantes tipo III de Maastricht, y concluyen que sería necesario un abordaje muy cuidadoso para no interferir con la excelente acogida que los programas de trasplante tienen en España. Coincidimos parcialmente con sus afirmaciones, creemos que inicialmente este programa se debe llevar a cabo en hospitales seleccionados y con el seguimiento de la ONT, con el objeto de que el modelo español continúe siendo una referencia mundial.

Aunque no podemos extrapolar los datos de otros países a España, no parece que los donantes tipo III supongan traba alguna en la marcha de otros programas.

A lo anteriormente comentado hay que añadir que este proyecto ha podido cristalizar en la primera donación de estas características en nuestro país, gracias al apoyo de nuestro coordinador autonómico, Joseba Aranzabal, y del personal de los servicios implicados de nuestro hospital.

Bibliografía

1. Koostera G. Statements on non-heart-beating donor programs. *Transplant Proc.* 1995;27:2965.
2. Spielman B, McCarthy CS. Beyond Pittsburg: Protocols for controlled non-heart-beating cadaver organ recovery. *Kennedy Inst Ethics J.* 1995;5:323–33.
3. Reich DJ, Mulligan DC, Abt PL, Pruett TL, Abecassis MMI, D'Alessandro A, et al. ASTS recommended practice guidelines for controlled donation after cardiac death organ procurement and transplantation. *Am J Transplant.* 2009;9:2004–11.
4. Monzon JL, Saralegui I, Abizanda I, Campos SA, Cabré L, Iribarren S, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Grupo de Bioética de SEMIYUC. *Med Intensiva.* 2008;32:121–33.
5. Del Río F, Escalante JL, Núñez JR, Calvo E. Donación tras la muerte cardiaca. Parada cardiaca en el mantenimiento del donante en muerte encefálica. *Med Intensiva.* 2009;33:327–35.

E. Corral*, J. Maynar, I. Saralegui y A. Manzano

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santiago, Vitoria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esther.corrallozano@osakidetza.net (E. Corral).

Disponible en Internet el 13 de diciembre de 2010

doi:10.1016/j.medin.2010.09.004