

7. Filozof C, Fernández Pinilla MC, Fernández-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev.* 2004;5:95-103.
8. Sayon-Orea C, Martínez-González MA, Bes-Rastrollo M. Alcohol consumption and body weight: A systematic review. *Nutr Rev.* 2011;69:419-31.
9. Meseguer CM, Galán I, Herruzo R, Zorrilla B, Rodríguez-Artalejo F. Actividad física de tiempo libre en un país mediterráneo del sur de Europa: adherencia a las recomendaciones y factores asociados. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:1125-33.

Honorato Ortiz^{a,*}, Iñaki Galán^b, Belén Zorrilla^a
y Mercedes Martínez-Cortés^c

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.09.025>

^aServicio de Epidemiología, Dirección General de Atención Primaria, Consejería de Sanidad, Madrid, España

^bCentro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^cServicio de Prevención y Sanidad Ambiental, Instituto de Salud Pública, Madrid-Salud, Ayuntamiento de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: honorato.ortiz@salud.madrid.org (H. Ortiz).

Evolución del injerto hepático procedente de donante en asistolia



Evolution of the liver graft from a asystole donor

Sr. Editor:

Los programas de donación en asistolia se basan en la obtención de órganos de pacientes que han sufrido una parada cardíaca irreversible¹. Los donantes tras la muerte cardíaca tienen que cumplir con los criterios predefinidos para la donación de órganos, que incluyen la muerte por el cese irreversible de los latidos del corazón^{2,3}. Los médicos de los servicios de emergencias están legal y éticamente capacitados para diagnosticar la muerte del paciente por criterios cardiocirculatorios, y activar el protocolo de donante⁴. En España, todas las personas cuyas voluntades sobre la donación de órganos no se conocen son consideradas como donantes de órganos⁵. El objetivo de este estudio es describir los resultados del trasplante hepático del programa de donación en asistolia.

Los datos del estudio están extraídos de una base de datos de donantes del SUMMA112 que incluye los datos del aviso, los tiempos, la causa del paro cardíaco, el número de órganos extraídos y la evolución de estos. Esta base ha sido completada con datos del Departamento de Trasplante Hepático del Servicio de Cirugía del Aparato Digestivo del Hospital 12 de Octubre. Se ha comparado el grupo de pacientes que donaron su hígado frente al grupo de pacientes que no lo donaron para comprobar si hay diferencias significativas.

Desde el año 2006 hasta el 2011 se han derivado 119 donantes, y en 43 (36%) de ellos se ha procedido a trasplante hepático. La edad media fue de 32 años (DE 9), frente a los 43 (DE 10) del grupo de no trasplante hepático, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t = 0,045$). El tiempo de llegada desde la alerta al lugar del suceso fue de 14'45" (DE 7'51") frente a 11'01" (DE 4'11") ($t = 0,015$). El tiempo desde la alerta a la llegada al hospital fue de 83'09" (DE 20'11") en el grupo de trasplante hepático frente a 87'24" (DE 25'44") en el grupo de no trasplante hepático ($t = 0,508$). El sexo más frecuente fue el masculino, tanto en el grupo de trasplante hepático (93,8%) como en el grupo de no trasplante hepático (96,3%).

El número medio de órganos y tejidos en el grupo de trasplante hepático fue significativamente mayor que en el grupo que no donó el hígado ($t = 0,0003$). En el grupo de donantes de hígado la media de órganos y tejidos alcanzó los 3,6 (DE 1,1), mientras que en el grupo de pacientes que no donaron el hígado fue de 1,5 (DE 1,3).

En 5 casos (10%) se produjo fallo primario del injerto, y en 14 casos (32%), colangiopatía isquémica. La supervivencia del injerto al año fue del 72,5%, y a los 3 años, del 62%. La supervivencia del receptor fue al año del 85,2%, y a los 3 años, del 69,3%.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.12.003>

Según nuestra serie, los donantes potenciales de hígado deben ser personas más jóvenes que los donantes habituales de otros órganos, existe una diferencia de casi 10 años en la media de edad de ambos grupos. El tiempo de llegada y el de transferencia hospitalaria, aunque son importantes, afectan poco a la posibilidad de trasplante de hígado frente a los otros. Las variables que entran en juego en los casos de trasplante de donante en asistolia hacen difícil que se pueda achacar a una sola variable el resultado del mismo. Lo que sí parece demostrarse es que el trasplante de hígado es favorable cuando el donante se encuentra en condiciones óptimas y es capaz de donar la mayoría de los órganos y tejidos.

El trasplante de injerto hepático procedente de donantes tras muerte cardíaca tiene unos buenos resultados a largo plazo, pero son mejorables. La supervivencia a los 3 años si sitúa en torno al 70%, lo que significa que uno de cada 4 receptores fallece antes de ese tiempo. Estos datos son similares a los de otras series de casos de supervivencia de este tipo de injertos⁶. Es importante que encontremos herramientas para mejorar la selección de los injertos hepáticos a fin de mejorar la supervivencia de los mismos.

Bibliografía

1. Mateos Rodríguez AA, Navalpotro Pascual JM, Ortega I, Moreno R, Barba Alonso C, Martín Maldonado ME, et al. Traslado en helicóptero de donantes tras muerte cardíaca. *Emergencias.* 2011;23:372-4.
2. Álvarez J, Sánchez Fructuoso A, del Barrio MR, Prats MD, Torrente J, Illescas ML, et al. Donación de órganos a corazón parado. Resultados del Hospital Clínico San Carlos. *Nefrología.* 1998;XVIII Supl 5:47-52.
3. Rosell Ortiz F, Mellado Vegel F, Fernández Valle P, González Lobato I, Martínez Lara M, Ruiz Montero MM, et al. Descripción y resultados iniciales del registro andaluz de parada cardíaca extrahospitalaria. *Emergencias.* 2013;25:345-52.
4. Mateos Rodríguez AA, Sánchez Brunete Ingelmo V, Navalpotro Pascual JM, Barba Alonso C, Martín Maldonado ME. Actitud de los profesionales de emergencia ante la donación de órganos tras una muerte cardíaca. *Emergencias.* 2011;23:204-7.
5. Boletín Oficial del Estado. Law 30/1979 on extraction and transplants of organs of October 27. Article 5. BOE, number 266 of November 6, 1979.
6. Callaghan CJ, Charman SC, Muiesan P, Powell JJ, Gimson AE, van der Meulen JH, UK Liver Transplant Audit. Outcomes of transplantation of livers from donation after circulatory death donors in the UK: A cohort study. *BMJ Open.* 2013;3:e003287.

Alonso A. Mateos Rodríguez^{a,*}, Jose María Navalpotro Pascual^a, Manuel Abradelo de Usera^b y Carlos Jimenez Romero^b

^aServicio de Urgencias Médicas de Madrid SUMMA112, Madrid, España

^bServicio de Cirugía del Aparato Digestivo, Departamento de Trasplante Hepático, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: alonso.mateos@salud.madrid.org, aamateosr@gmail.com (A.A. Mateos Rodríguez).