

En respuesta a «Mantenimiento del donante de órganos: recomendaciones generales que precisan evidencia»



Reply to "Organ donor management: Common recommendations that require evidence"

Sr. Editor:

Compartimos la opinión de Gil-Salazar et al.¹ en la necesidad de realizar más estudios con rigor científico que apoyen o refuten la mayoría de recomendaciones publicadas sobre el manejo del donante de órganos. A la espera de estos estudios, las actuaciones sobre el donante deberían estar basadas en las que se realizan sobre cualquier otro paciente crítico, teniendo en cuenta las peculiaridades fisiopatológicas específicas de la situación de muerte encefálica².

Como apuntan los autores, no hay estudios que sugieran el mejor umbral de hemoglobina para indicar la transfusión sanguínea en el donante de órganos. Nuestra recomendación está basada en las recomendaciones actuales en el tratamiento del paciente crítico, como por ejemplo en el paciente séptico, es decir en 7 g/dl³. Obviamente habrá que valorar la situación específica de cada donante, en el que circunstancias como la isquemia miocárdica, la hipoxia tisular no controlada o el sangrado activo, justifica la transfusión con umbrales más altos. Salvo en estos casos puntuales, pensamos que en el donante de órganos, como en el resto de pacientes, hay que ser restrictivos. No se deben obviar las complicaciones que pueden producirse con una transfusión, complicaciones como el TRALI, etc., pueden abortar una posible donación en general o la de algún órgano en particular.

Otro aspecto en el que muestran su desacuerdo, es en nuestra recomendación de suspender o no iniciar la nutrición enteral. Para apoyar su desacuerdo citan el único estudio hasta ahora realizado sobre este aspecto⁴. Este trabajo demuestra que el 36% (13 de 36) de los donantes estudiados, absorbieron y metabolizaron el sustrato uracilo marcado con carbono 13, administrado por vía enteral, lo que sugiere el normal funcionamiento intestinal en este grupo de donantes. Sin embargo, y a pesar de la posibilidad teórica de absorción de la nutrición enteral administrada, los autores no encuentran ninguna diferencia en los parámetros metabólicos, ni nutricionales en los donantes teóricamente nutridos durante $12,6 \pm 4,4$ h, con respecto a los parámetros de los donantes a los que no se administró dieta. Tampoco

encontraron diferencias en la evolución de los trasplantados con órganos procedentes de los donantes supuestamente nutridos. Es importante reseñar que el trazador se administró a través de una sonda con colocación pospilórica comprobada radiográficamente (actuación poco habitual en el donante), lo que obvia el estómago, cuya falta de peristaltismo es la causa más frecuente de intolerancia a la nutrición enteral.

En este aspecto concreto y probablemente irrelevante, por el corto periodo de tiempo de mantenimiento del manejo del donante de órganos habitual, nos debemos guiar con criterios más pragmáticos. Será muy difícil que se repitan estudios para comprobar teóricos beneficios con la administración de nutrición enteral durante unas horas en una población con pocas posibilidades de asimilarla.

Bibliografía

1. Gil-Salazar T, Egea-Guerrero JJ, Martín-Villén L, Ruiz de Azua-López Z. Mantenimiento del donante de órganos: recomendaciones generales que precisan evidencia. *Med Intensiva*. 2018;42:513.
2. Chamorro-Jambrina C, Muñoz-Ramírez MR, Martínez-Melgar JL, Pérez-Cornejo MS. Organ donor management: Eight common recommendations and actions that deserve reflection. *Med Intensiva*. 2017;41:559–68.
3. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med*. 2017;43:304–77.
4. Hergenroeder GW, Ward NH, Yu X, Opekun A, Moore AN, Kozinetz CA, et al. Randomized trial to evaluate nutritional status and absorption of enteral feeding after brain death. *Prog Transplant*. 2013;23:374–82.

C. Chamorro-Jambrina^{a,*} y J.L. Martínez-Melgar^b

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlos.chamorroj@salud.madrid.org (C. Chamorro-Jambrina).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.03.006>
0210-5691/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.