



ORIGINAL

Estimación de potenciales donantes en muerte cardiocirculatoria en el Hospital General Universitario de Elche

E. Tenza^{a,*}, R. Valero^b y V. Arraez^a

^a Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

^b Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 17 de marzo de 2016; aceptado el 25 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Donación en asistolia;
Potenciales donantes;
Limitación de
tratamientos de
soporte vital;
Muerte
cardiocirculatoria

Resumen

Objetivo: Estimar el número y las características de potenciales donantes de órganos de personas fallecidas por muerte cardiocirculatoria.

Diseño y ámbito: Estudio retrospectivo observacional de los fallecidos entre 15-65 años entre el 2006 y 2014 en el Hospital General Universitario de Elche.

Intervención: Realización de análisis univariante y modelo predictivo de regresión logística binaria para discriminar los factores relacionados con la contraindicación para la donación.

Variables de interés: Identificar los pacientes con contraindicaciones para la donación.

Resultados: De los 1.510 pacientes fallecidos se excluyeron 1.048 por criterios crónicos de exclusión, 86 por evolucionar a muerte encefálica y 20 por pérdidas. Se analizaron 356 pacientes en 2 grupos: 288 en donación en asistolia II y 68 en donación en asistolia III, lo que podría incrementar la actividad de donación en 8-9 donantes/año. Los pacientes fallecieron en: UCI, reanimación, urgencias, medicina interna, digestivo y neurología. Resultaron variables protectoras frente a contraindicación para la donación: fallecer en urgencias, parada cardiorrespiratoria previa o durante el ingreso, la enfermedad cardiológica, respiratoria y neurológica como causa de ingreso. Fallecer en el servicio de medicina interna se asoció a un mayor riesgo de contraindicaciones para la donación.

Conclusiones: Poner en marcha un protocolo de donación en asistolia en nuestro hospital podría incrementar el potencial de donación en unos 8-9 donantes/año.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evitatl@hotmail.com (E. Tenza).

KEYWORDS

Cardiocirculatory donors;
Potential donors;
Limitation of life-sustaining treatments;
Cardiocirculatory death

Estimation of potential donors after cardiocirculatory death in Elche University General Hospital (Alicante, Spain)

Abstract

Objective: To evaluate the number and characteristics of potential organ donors among cardiocirculatory death cases.

Design and setting: A retrospective observational study was made of individuals between 15-65 years of age who died in the period 2006-2014 in Elche University General Hospital (Alicante, Spain).

Intervention: A univariate analysis and binary logistic regression predictive model were performed to discriminate factors related to donation contraindication.

Variables of interest: Identification of patients with donation contraindication.

Results: Of the 1510 patients who died in the mentioned period, 1048 were excluded due to the application of exclusion criteria; 86 due to evolution towards brain death; and 20 due to losses. A total of 356 patients were analyzed, divided into two groups: 288 in non-heart beating donation II and 68 in non-heart beating donation III. Seventy patients were found to be potential non-heart beating donation II and 10 were found to be potential non-heart beating donation III, which could increase donation activity by 8-9 donors a year. The patients died in the ICU, Resuscitation, Emergency Care, Internal Medicine, Digestive Diseases and Neurology. The following protective factors against organ donation contraindication were identified: death in Emergency Care, cardiorespiratory arrest before or during admission, and heart, respiratory and neurological disease as the cause of admission. Death in Internal Medicine was associated to an increased risk of donation contraindication.

Conclusions: Implementing a non-heart beating donation protocol in our hospital could increase the donation potential by 8-9 donors a year.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. All rights reserved.

Introducción

La disminución de posibles donantes en muerte encefálica por accidentes de tráfico que hemos objetivado en los últimos años, junto con el aumento progresivo de las indicaciones para la realización de trasplantes de órganos, han determinado un aumento progresivo de pacientes que necesitan el trasplante de un órgano y están en lista de espera. Ello nos obliga a la optimización de todos los recursos disponibles para aumentar el número de donaciones, como es el caso de la donación en muerte cardiocirculatoria, ya ampliamente realizada a nivel internacional desde hace décadas.

Los donantes en muerte cardiocirculatoria o donantes en asistolia (DA), de los que se pueden extraer tejidos y órganos (riñones, hígado, pulmones, etc.), constituyen una gran fuente potencial de donantes, junto a los donantes en muerte encefálica (ME), que hasta ahora representan la mayoría de las donaciones en nuestro entorno, y de los que se pueden obtener tejidos y órganos (riñones, hígado, páncreas, corazón, pulmones, etc.).

Con el fin de ofrecer un marco adecuado para el desarrollo de múltiples programas de DA en nuestro país, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) realizó un Documento de consenso para la donación en asistolia¹ en 2012, con las consideraciones éticas y legales oportunas y necesarias. Se define la muerte cardiocirculatoria como el cese irreversible de la función cardíaca, manifestada por la ausencia de latido cardíaco, demostrado por la ausencia de pulso central o por el trazado electrocardiográfico y de

ausencia de respiración espontánea, ambas cosas durante un periodo de 5 min^{2,3}. Se hace hincapié en el reconocimiento de que el fallecimiento de la persona no viene determinado por la pérdida irreversible de la función cardíaca, sino por la pérdida irreversible de la función circulatoria (y respiratoria).

Para clasificar a este tipo de donantes la ONT aconseja utilizar la clasificación propuesta en la Conferencia de Maastricht de 1995⁴ con la modificación realizada en la última reunión de Consenso Nacional en 2011 en Madrid¹ (Maastricht modificada), por la importancia de discernir si la parada cardiorrespiratoria (PCR) acontece en el medio extra o intrahospitalario. El tipo I son víctimas de una muerte súbita, traumática o no, acontecida fuera del hospital que, por razones obvias, no son resucitables. El tipo II son pacientes que sufren una PCR y son sometidos a maniobras de resucitación que no tienen éxito; se clasifican a su vez en IIa (PCR extrahospitalaria) y en IIb (intrahospitalaria). El tipo III son pacientes en los que se espera PCR por la gravedad de su enfermedad y en los que se decide limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV), de acuerdo con su voluntad o la de su familia. Es importante separar la LTSV de la donación como 2 procesos independientes; en primer lugar se decide la LTSV de acuerdo con el paciente y/o familiares y el equipo médico, y una vez decidida se plantea al paciente o a su familia la posibilidad de la donación tras el fallecimiento. Y por último, el tipo IV son aquellos pacientes que sufren una PCR durante o tras el diagnóstico de muerte encefálica. Igualmente se pueden clasificar en donantes controlados o

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5637186>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5637186>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)