

Estudio piloto sobre la influencia de la procedencia del donante en los resultados del trasplante cardiaco mediante donación en asistolia controlada

Carmen Agulló López(1), Joaquín Salinas García(1), Alfonso Vidal López(1), Luis Fernando Abrego Vaca(1), Claudio Piqueras Sánchez(1), Antonio Pujante Martínez(1), Jorge Moreno Fernández(1), Pablo Jesús Navarro Gómez(1), Beatriz Poyatos Herráiz(1), Rubén Jara Rubio(2), Sergio Cánovas López(3), Francisco José Pastor Pérez(1), Noelia Fernández Villa(1), Domingo Andrés Pascual Figal(1) y Iris Paula Garrido Bravo(1) de (1)Servicio de Cardiología, (2)Servicio de Cuidados Intensivos y (3)Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España

Introducción: La donación en asistolia controlada (DAC) se ha consolidado como vía para ampliar el pool de donantes en trasplante cardiaco (TC). La logística del traslado puede prolongar los tiempos de isquemia cuando el donante procede de un centro distinto al implantador, con un potencial impacto pronóstico. El objetivo fue comparar los resultados del TC mediante DAC según la procedencia local o no local del donante.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, unicéntrico de pacientes sometidos a TC mediante DAC desde junio 2020 hasta diciembre 2025. Se compararon dos grupos según la procedencia del órgano: donante del propio centro (local) frente a donante de otro centro (no local). Se analizaron tiempo de isquemia, tiempo de circulación extracorpórea (CEC), tasa de fracaso primario del injerto (FPI), necesidad de soporte mecánico circulatorio (SMC) en el postrasplante inmediato, supervivencia hospitalaria y supervivencia al año. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rango intercuartílico (RIC) y las cualitativas como n (%); se consideró significativo $p<0,05$.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes (21 con donante local y 16 con donante no local). El tiempo de isquemia fue mayor en el grupo no local (182 [RIC=125] vs 67 [RIC=29] min; $p<0,001$), sin diferencias en el tiempo de CEC (98 [RIC=70] vs 90 [RIC=22] min; $p=0,083$). No hubo diferencias en la tasa de FPI (18,8% vs 19%; $p=1$) ni en la necesidad de SMC (18,8% vs 19%; $p=1$). La supervivencia hospitalaria fue del 100% en el grupo local y del 81,3% en el no local ($p=0,072$) y la supervivencia al año del 95% y 73,3%, respectivamente ($p=0,141$) (Tabla 1). De los 5 fallecidos en el primer año, ninguno del grupo local tuvo relación con la función del injerto, mientras que en el no local 2 de 4 sí (uno por FPI y otro por rechazo agudo grave). En 2 pacientes aún no se dispone de seguimiento al año por TC reciente.

Conclusiones: En esta cohorte piloto, el TC mediante DAC con donante no local se asoció a tiempos de isquemia significativamente mayores, sin traducirse en diferencias en la tasa de FPI ni en la supervivencia intrahospitalaria ni a un año. Estos hallazgos sugieren que la procedencia del donante en la DAC no influye en los resultados clínicos, si bien, el reducido tamaño muestral pudo limitar la detección de diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 1. Comparación de los principales resultados del trasplante cardiaco mediante donación en asistolia controlada según la procedencia del donante.

Donantes asistolia	Donante local (n=21)	Donante no local (n=16)	Valor de p
Tiempo de isquemia (min)	67 (RIC=29)	182 (RIC=125)	<0,001
Tiempo de CEC (min)	90 (RIC=22)	98 (RIC=70)	0,083
Tasa de FPI	4/21 (19%)	3/16 (18,8%)	1
Necesidad de SMC postrasplante inmediato	4/21 (19%)	3/16 (18,8%)	1
Supervivencia hospitalaria	21/21 (100%)	13/16 (81,3%)	0,072
Supervivencia a 1 año	19/20* (95%)	11/15* (73,3%)	0,141

Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rango intercuartílico (RIC) y las cualitativas como n (%). *En 2 pacientes aún no se dispone de supervivencia a 1 año por trasplante reciente, por lo que se excluyen del denominador en esa fila. CEC: circulación extracorpórea; FPI: fracaso primario del injerto; SMC: soporte mecánico circulatorio.