



3. PRESERVACIÓN CARDIACA EN EL TRASPLANTE CARDIACO: ¿HASTA DÓNDE PODEMOS LLEGAR?

Andrea Eixerés Esteve, Enrique Pérez de la Sota, Jorge Centeno Rodríguez, Juan Meca Aguirrezabalaga, Eva María Aguilar Blanco, Victoria Benito Arnaiz, Silvia Marina Torres Llaque, Christian Andrés Peralta Bravo, Archil Bachiashvili y María Jesús López Gude

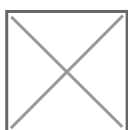
Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La mejora de las condiciones de preservación y transporte tienen el potencial de salvaguardar la calidad del órgano, optimizar los resultados del trasplante y prolongar el tiempo máximo aceptable de isquemia del injerto.

Métodos: Analizamos retrospectivamente 32 casos de preservación del corazón donado desde 2013 con tiempos de isquemia $\geq$ 5 h comparando preservación clásica con hielo y Celsior (19 casos) con preservación mediante el SherpaPak CTS (13 casos), dispositivo con monitorización continua de la cadena de frío basado en una conservación hipotérmica estática con control de temperatura.

Resultados: No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre las características basales de los receptores, encontrando en ambos grupos una alta proporción de pacientes reoperados (clásica: 74%, SherpaPak: 54%) y en urgencia 0 o 1 (clásica: 37%, SherpaPak: 61,5%). Con un tiempo mediano de isquemia similar cerca de las 5 h 45 min en ambos grupos (clásica: 343 min, SherpaPak 342 min), los pacientes del grupo SherpaPak presentaron mayor tendencia a la recuperación espontánea de ritmo tras el desclampaje (77 vs 53%), tasa similar de fallo aislado de ventrículo derecho (23 vs 26%), menor fallo primario agudo del injerto (8 vs 21%), menor necesidad de soporte circulatorio mecánico postrasplante (8 vs 21%) y menor mortalidad hospitalaria (8 vs 26%), aunque sin alcanzar la significación estadística dado el limitado tamaño muestral.



Dispositivo SherpaPak CTS.

Conclusiones: El SherpaPak CTS proporciona una temperatura de almacenamiento fiable y clínicamente adecuada incluso con tiempos de isquemia prolongados en comparación con el almacenamiento convencional donde desconocemos la temperatura de preservación. Un correcto control de la temperatura durante la isquemia fría parece disminuir el daño cardíaco y el fallo primario del injerto, pudiendo resultar especialmente útil en caso de transporte en largas distancias o para receptores complejos con tiempos de cirugía muy prolongados.