



6069-430. EXTRACCIÓN CARDIACA MEDIANTE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA. EXPERIENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL CIRUJANO

Lucía García Alcalde¹, José Aurelio Sarraide Aguayo¹, José Francisco Gutiérrez Díez¹, J. Francisco Nistal Herrera¹, Mireia Fernández Gutiérrez¹, Eduardo Miñambres García², Manuel Cobo Belaustegui³, Borja Suberviola Cañas², María de los Ángeles Ballesteros Sanz², Hugo Sarraide Sánchez¹, Belén Gutiérrez Liaño¹, Inma García-Montesinos de la Peña⁴, Nuria Alonso Peña⁴ y José Manuel González de la Guerra⁴

¹Cirugía Cardiovascular, ²Medicina Intensiva, ³Cardiología y ⁴Perfusión Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La extracción de corazones de donantes en asistolia controlada (DAC) supone una innovación quirúrgica. Permite aumentar la obtención de corazones dada escasez de donantes. Nuestro objetivo es mostrar los resultados desde la implantación del programa en nuestro centro.

Métodos: Incluimos siete donantes (agosto 2020-julio 2023), edad media 33,57 años. 57% mujeres, 42% varones. 100% muerte encefálica, FEVI > 50%, sin antecedentes relevantes o cirugía cardíaca previa y estancia media de 10 días en UCI. El proceso de DAC se realizó según el protocolo establecido, con un tiempo medio desde el inicio de la esternotomía al pinzamiento de los troncos supraórticos (TSA) de 4 minutos (se realizó de manera independiente para asegurar su clampaje adecuado). Tiempo medio de ECMO 11 min (min 3, máx 23), flujo inicial 4 LPM. Tiempo isquemia caliente medio 10 min. Se consiguió una recuperación del latido cardíaco en 30 seg de media (min 10 seg, máx 1 min) tras la reperusión cardíaca, y se confirmó la ausencia de actividad cerebral mediante doppler transcraneal, doppler carotídeo y BIS. Durante el proceso de repercusión toracoabdominal se inició el procedimiento con el receptor de manera simultánea.

Resultados: Con DAC en nuestro centro se obtuvieron 7 corazones, 5 hígados, 3 pulmones, 10 riñones, 1 páncreas. El implante cardíaco se realizó en el mismo centro extractor. Los receptores cardíacos fueron 71% varones, 28%, edad media 56 años, 5 casos miocardiopatía dilatada, 1 miocardiopatía hipertrófica con aneurisma apical, 1 miocardiopatía arritmogénica. Los 7 corazones fueron implantados, tiempo de isquemia fría de 78,8 min. Supervivencia post trasplante 85,7%. Estancia media hospitalaria 19 días. Un caso precisó ECMO VA a los 4 días post TX por FPI (*exitus*).

Conclusiones: La escasez de donantes ha llevado al desarrollo de nuevas técnicas para incrementar el número de órganos como la DAC. En España se estima un incremento anual del 5-10% en trasplantes cardíacos. En nuestro hospital, se han conseguidos 7 corazones óptimos, supervivencia postrasplante 85,7%. Por tanto, es una técnica factible, cuya mayor complejidad deriva del clampaje de los TSA y su drenaje, lo que hoy en día se considera obligatorio. La extracción cardíaca no penaliza la extracción de otros órganos en el mismo procedimiento como hemos mostrado. Consideramos imprescindible un abordaje multidisciplinar para el éxito de dicho proceso.