

## P-30 - TRASPLANTE PULMONAR CON DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA: EXPERIENCIA Y RESULTADOS

*Yara Vale Olmo, Gabriela Tatiana Rodas Bustamante, Magdalena Tejero Pérez, María Álvarez Arias, Ignacio Iriso Castro, José Carlos Meneses Pardo, José Alberto García Salcedo, Iván Martínez Serna, José Luis Campo-Cañaveral de la Cruz y Antonio Pablo Gámez García*

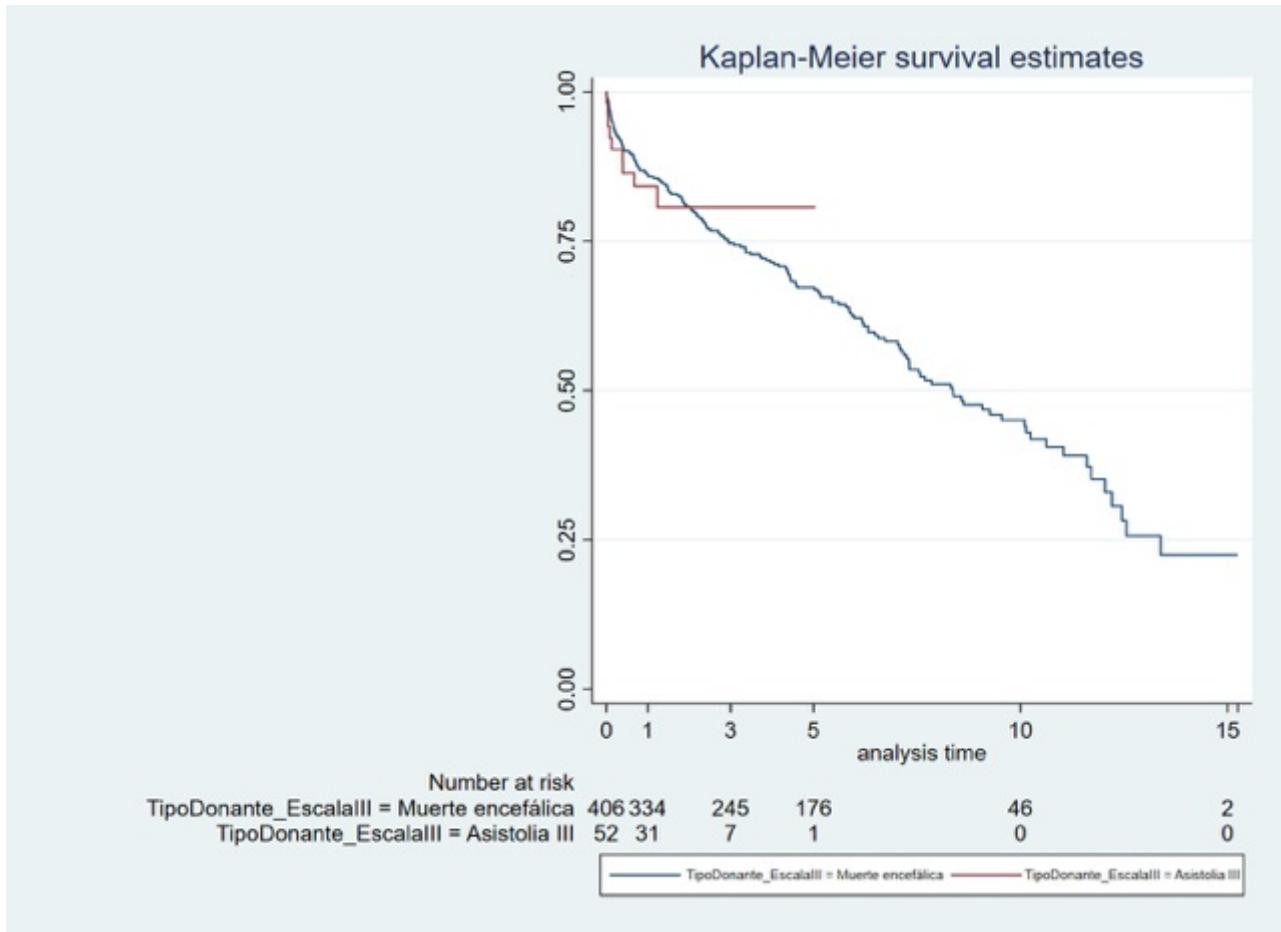
*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

### Resumen

**Objetivos:** La donación en asistolia controlada (cDCD) se ha consolidado como fuente válida de donantes pulmonares para paliar la creciente demanda de órganos. El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia y comparar sus resultados frente al donante estándar en muerte encefálica (DBD).

**Métodos:** Estudio retrospectivo que incluye los trasplantes pulmonares realizados entre octubre 2008 y diciembre 2023. Se recogieron variables demográficas de donantes y receptores, variables intra y posoperatorias y de supervivencia, utilizando el método Kaplan-Meier y regresión de Cox, comparándose entre los dos grupos.

**Resultados:** Se realizaron un total de 458 trasplantes en dicho periodo, 52 (11%) de ellos de donantes en cDCD. La mediana de edad de los donantes fue similar entre los dos grupos (54 en DBD y 55 en cDCD), al igual que la distribución por sexos (55% varones en DBD, 60% en cDCD). El grupo de cDCD se asoció a un mayor tiempo de ventilación mecánica (84 horas [IQR 24-264] vs. 24 [IQR 24-48] p = 0,003). La mediana de edad de los receptores (57 en el grupo DBD, 58 en cDCD) y la distribución de sexo en los grupos fueron similares. Se realizaron 90 trasplantes (22%) unilaterales en el grupo DBD y 11 (21%) en cDCD. Se observó que es significativamente más frecuente el diagnóstico de enfermedades restrictivas en el grupo cDCD (53,8 vs. 40%. p = 0,041), la presencia preoperatoria en el receptor de hipertensión pulmonar (p = 0,003) y dilatación del ventrículo derecho (p 0,001). No existen diferencias significativas en cuanto al Lung Allocation Score (mediana 35 [IQR 32,7-38,9] en DBD y mediana 34,29 [IQR 32,4-37,2] en cDCD. p = 0,14), y al uso intraoperatorio de circulación extracorpórea (38% en DBD vs. 26% en cDCD. p = 0,11). Del mismo modo, no se encontraron diferencias significativas en relación a la necesidad de traqueotomía (29% en DBD vs. 17% en cDCD. p = 0,73), a los días de ventilación mecánica (mediana de 2 [IQR 1-5] en DBD y 3 [IQR 1-5] en cDCD. p = 0,43), a la estancia en reanimación (6 en DBD [IQR 4-14] vs. 7 en cDCD [IQR 5-13]. p = 0,34) y a los días de ingreso en planta (28 [IQR 22-36] en DBD vs. 27 [IQR 24-48] en cDCD. p = 0,26). Asimismo, no se observan diferencias significativas en relación a la disfunción primaria del injerto (19% en DBD vs. 14% en cDCD. p = 0,36), siendo de grado 3 en el 11% en ambos grupos (47 casos en DBD, 6 en cDCD), a la mortalidad a 30 (2,9% en DBD vs. 7,6% en cDCD. p = 0,08) y a 90 días (7,6% en DBD vs. 9,6% en cDCD. p = 0,57). La supervivencia a 1 y 3 años se estima del 86% y 74% en DBD y del 84% y 80% en cDCD respectivamente (p = 0,93) (fig.).



**Conclusiones:** El donante en asistolia puede ser utilizado con seguridad para aumentar el *pool* de donantes con resultados a corto y medio plazo superponibles a trasplantes utilizando donantes en muerte encefálica.