

DONACIÓN EN ASISTOLIA NO CONTROLADA: UNA OPORTUNIDAD ESTRATÉGICA PARA AUMENTAR LA DISPONIBILIDAD DE INJERTOS. IMPACTO EN EL TRASPLANTE RENAL.

María Ángeles Ballesteros^{1,2}, Sandra Campos Fernández³, Raquel Cruz⁴, Borja Suberviola¹, Nuria Lavid⁴, Paula Martínez Díaz⁵, María Hermoso Díez⁵, Rosa María Díaz Ruíz⁵, Eduardo Miñambres^{1,2}.

¹Coordinación de Trasplantes/UCI. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

²Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria

³Coordinación de Trasplantes/UCI. Hospital Universitario de Ourense.

⁴Coordinación de Trasplantes. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

⁵Servicio Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Antecedentes: La donación en asistolia no controlada (DANC) presenta una escasa implantación en nuestro país. El objetivo de este estudio es compartir nuestra experiencia con el trasplante renal procedente de donación en asistolia no controlada (DANC) y proponer criterios actualizados de selección de donantes para programas de DANC.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo durante el periodo 2013 y 2024. Se incluyeron receptores renales de donantes locales DANC. Como controles se incluyeron receptores renales procedentes de donantes locales en muerte encefálica con criterios de idoneidad (donantes > 60 años, o < 50 años si fueran hipertensos y/o diabéticos). La aceptación del donante se determinó utilizando una combinación de tres factores: edad del donante, periodo de ausencia de flujo y tiempo de isquemia caliente. La perfusión regional normotérmica fue el método de preservación en los casos de DANC.

Resultados: En el periodo de estudio hubo 29 procedimientos DANC con planteamiento de donación renal, siendo efectivos 26 de ellos. Finalmente fueron válidos y se incluyeron como casos 43 injertos renales de DANC. La tasa de descarte fue 17,3%. (Fig.1). Paralelamente se incluyeron 80 controles. La mediana del periodo de no flujo fue de 10 minutos (IQR, 5–13) y del tiempo de isquemia caliente fue de 101 minutos (IQR, 86–118). La prevalencia de función retardada del injerto fue significativamente mayor en el grupo DAC (46,5% vs. 21,3%; $p = 0,004$). No se observaron diferencias en el desarrollo de no función primaria (2,3% vs. 0%; $p = 0,35$). Los resultados a largo plazo, incluyendo los niveles de creatinina sérica y la tasa de filtrado glomerular estimada a los 5 años, fueron similares en ambos grupos. Las tasas de supervivencia del injerto al año (95,3% vs. 100%) y a los 5 años (92,1% vs. 95%) no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos (Fig. 2). El análisis multivariante reveló que los receptores de riñones DANC no presentaron un mayor riesgo de pérdida del injerto.

Conclusiones: El trasplante renal procedente de DAC presenta resultados comparables a los obtenidos con donantes estándar en muerte encefálica. Unos criterios estrictos de selección de donantes y minimizar el tiempo de isquemia caliente son esenciales para lograr resultados óptimos a largo plazo. La donación en asistolia no controlada debería formar parte de los programas de donación.

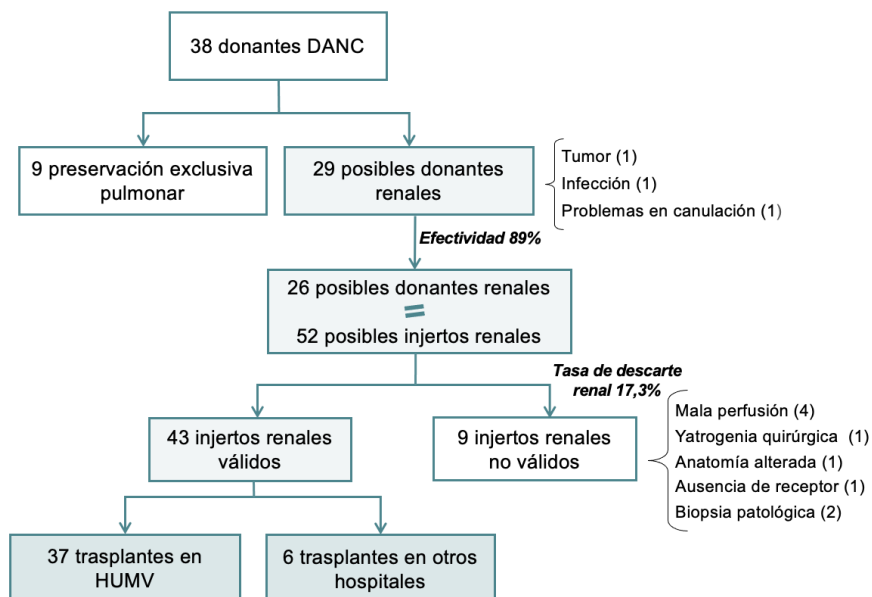
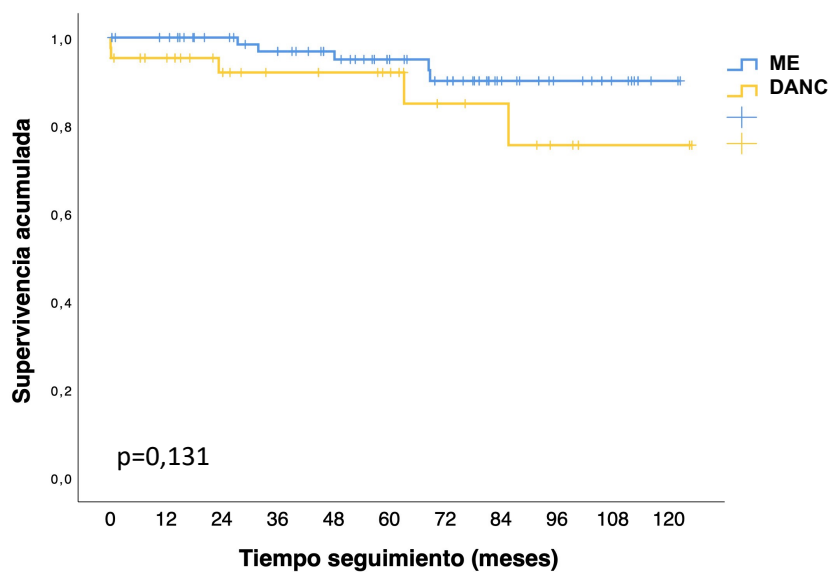


Figura 1. Flujograma de los procesos DANC durante el periodo de estudio



	ME (n=80)	DAnC (n=43)
Supervivencia 1º año	99,4% (IC95%; 95,4-99,9)	95,2% (IC95%; 88,8-99,9)
Supervivencia 5º año	95% (IC95%; 89,5-99,9)	91,9% (IC95%; 83,1-99,9)

Figura 2. Supervivencia de los trasplantados renales dependiendo del tipo de donación [muerte encefálica (ME) vs. donación en asistolia no controlada (DANC)].