



Revista Española de Cardiología



5. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL PERFIL DE RIESGO SEGÚN LA ESCALA SOFA EN LOS PACIENTES CON ASISTENCIA BIVENTRICULAR PREVIO AL TRASPLANTE CARDIACO URGENTE?

María Plaza Martín, Sara Martín Paniagua, Javier Tobar Ruíz, Gonzalo Cabezón Villalba, Raquel Ramos Martínez, Alexander Stepanenko, José Alberto San Román Calvar y Luis de la Fuente Galán

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En la actualización de los nuevos criterios de inclusión en lista de trasplante cardiaco (TxC) urgente de 2023 se aboga por excluir aquellos pacientes con puntuación de escala SOFA ≥ 12 . Además, los pacientes que precisan soporte biventricular presentan más frecuentemente complicaciones en el postoperatorio inmediato de TxC urgente.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes sometidos a TxC urgente con un dispositivo de asistencia circulatoria (DAC) de corta o media duración desde octubre de 2020 hasta abril de 2023. Comparamos la situación clínica en las últimas 24 horas pre-TxC según la escala SOFA entre los pacientes con DAC uni y biventricular.

Resultados: Se han incluido 14 pacientes, un 78,6% (11) varones, con una edad media de $55,5 \pm 10,2$ años. La puntuación media de la escala SOFA preoperatoria fue del $3,6 \pm 2,2$ (RIC 2,0 - 5,0), siendo el fallo más frecuente el hemodinámico (92,9%, 13) con un VIS medio de $9,8 \pm 15,6$. En relación con el tipo de DAC, más de la mitad (57,1%, 8) fueron biventriculares y el 35,7% (5) quirúrgicos. Los pacientes con DAC univentricular se sometieron a implante mínimamente invasivo en el 83,3% (5) de los casos frente a un 50% (4) en los biventriculares (3 ECMO-VA y 1 Bipella). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el SOFA medio ($4,5 \pm 2,4$ vs $2,5 \pm 1,2$, $p = 0,093$), pero sí una mayor frecuencia de fallo respiratorio en el grupo de DAC biventricular (62,5 vs 0%, $p = 0,031$) (tabla). A destacar que el 100% (8) de los pacientes con DAC biventricular presentaron fallo hemodinámico, con un VIS medio de $12,6 \pm 19,7$ (vs $6,0 \pm 7,4$, $p = 0,453$ en los univentriculares). El shock hemorrágico y el fallo grave del injerto ocurrieron en la mitad (4) de los pacientes con DAC biventricular frente a solo un 16,7% (1) de los DAC univentricular. La mortalidad en el grupo de DAC biventricular fue del 37,5% (3), mientras que todos los pacientes con DAC univentricular sobrevivieron al postoperatorio inmediato.

Comparativa puntuación componentes escala SOFA

DAC biventricular

p

		No	Sí	
SOFA		2,5 ± 1,2	4,5 ± 2,4	p = 0,093
Renal	No	4 (66,7%)	6 (75,0%)	p = 0,999
	Sí	2 (33,3%)	2 (25,0%)	
Hepático	No	5 (83,3%)	6 (75,0%)	p = 0,999
	Sí	1 (16,7%)	2 (25,0%)	
Coagulación	No	5 (83,3%)	6 (75,0%)	p = 0,999
	Sí	1 (16,7%)	2 (25,0%)	
Respiratorio	No	6 (100%)	0 (0%)	p = 0,031
	Sí	0 (0%)	5 (62,5%)	
Cardiovascular	No	1 (16,7%)	0 (0%)	p = 0,429
	Sí	5 (83,3%)	8 (100%)	

Conclusiones: No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el valor del SOFA de los pacientes sometidos a TxC urgente con DAC biventricular frente a los DAC univentricular. El grupo de DAC biventricular presentó mayor tasa de fallo respiratorio preTxC frente a los pacientes con DAC univentricular.