



6006-13. EL ECMO VA NO ES SUPERIOR A OTRAS ASISTENCIAS MECÁNICAS CIRCULATORIAS EN FALLO PRIMARIO DEL INJERTO GRAVE EN TRASPLANTE CARDIACO

Aleix Olivella San Emeterio¹, Víctor Donoso Trenado², Francisco González Vílchez³, Carles Díez López⁴, Beatriz Díaz Molina⁵, Zorba Blázquez Bermejo⁶, José Manuel Sobrino Márquez⁷, Sara Lozano Jiménez⁸, Iris Paula Garrido Bravo⁹, Eduardo Barge Caballero¹⁰, Marta Farrero Torres¹¹, Dolores García Cosío¹², M. Teresa Blasco Peiro¹³, Antonia Pomares Varó¹⁴ y José González Costello⁴

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ²Hospital Universitario la Fe, Valencia, ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, ⁴Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, ⁵Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, ⁶Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ⁷Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ⁸Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, ⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ¹⁰Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, ¹¹Hospital Clínic, Barcelona, ¹²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ¹³Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza y ¹⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

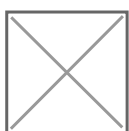
Introducción y objetivos: El fallo primario del injerto (FPI) en trasplante cardiaco (TC) se produce entre un 2 y 28% de los pacientes, causando más del 30% de mortalidad en el primer mes post-TC. En FPI grave, por definición se requiere de soporte mecánico circulatorio (SMC). Múltiples modalidades de soporte han sido descritas, pero algunos estudios han sugerido mejores resultados con ECMO VA frente otros SMC.

Métodos: Revisión de la base de datos de la Red Nacional de Trasplante Cardiaco de todos los trasplantes cardiacos en España con FPI grave entre 2010 y 2020 según la definición del 2014 de ISHLT. Se compara ECMO VA vs otros SMC. Los datos cualitativos se presentan como n (%) y se comparan con chi-cuadrado y los datos cuantitativos como media $\pm$ DS y se comparan con t-Student. Se compara ECMO-VA vs otros SMC mediante curvas de supervivencia Kaplan-Meier y el test *log rank*.

Resultados: De 2.376 TC, 504 (21,1%) tuvieron FPI, 242 (48,0%) grave. 201 pacientes (84,8%) recibieron ECMO VA y 36 (15,2%) otros SMC, siendo Centrimag BiV (4, 1,7%), Centrimag RVAD (13, 5,5%), ABIOMED BIV (1, 0,4%), ABIOMED RVAD (2, 0,8%) y otras (16, 6,8%). Comparando las dos estrategias (tabla) los pacientes con ECMO VA presentaron más sangrados mayores no relacionados con el SMC (49,3 vs 25,0%, p 0,01) y linforragia del punto de acceso (11,0 vs 0,0%, p 0,031). No se observaron diferencias en tiempo de intubación, infecciones, ictus, daño vascular periférico grave, embolias arteriales, trombosis venosa ni terapia de reemplazo renal. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las curvas de supervivencia (fig.), aunque ECMO VA presentó numéricamente mayor supervivencia a 3 meses (45,35 vs 38,89%, *log rank* p 0,5191) y a 1 año (41,50 vs 32,91%, *log rank* p 0,428).

Comparación complicaciones ECMO VA vs otros tipos de SMC

	ECMO (n = 201, 84,4%)		Otros tipos (n = 36, 15,2%)		p
Extubación con SMC	27/196	13,78%	10/33	30,30%	0,017
Tiempo de intubación (días)	100	15,31 ± 17,18	21	12,52 ± 10,14	0,816
Infección mayor relacionada con SMC	7/201	3,48%	1/35	2,86%	1,000
Infección mayor no relacionada con SMC	98	48,76%	13	36,11%	0,161
Ictus isquémico	12	5,97%	2	5,56%	1,000
Ictus hemorrágico	8	3,98%	0	0,00%	0,611
Embolia arterial no SMC	2	1,00%	1	2,78%	0,391
Sangrado mayor relacionado con SMC	61	30,35%	14	38,89%	0,310
Sangrado mayor no relacionado con SMC	99	49,25%	9	25,00%	0,010
Linforragia herida acceso	22	10,95%	0	0,00%	0,031
Trombosis venosa	20	9,95%	1	2,78%	0,215
Terapia renal sustitutiva	86/200	43,00	21/36	58,33	0,089



Curvas de supervivencia ECMO VA vs otros tipos de SMC.

Conclusiones: El ECMO VA no ofrece mejores resultados en supervivencia frente otros SMC, presentando mayor tasa de sangrados no relacionados de SMC y linforragia en el punto de acceso.