



Revista Española de Cardiología



6048-401. TRASPLANTE CARDIACO EN URGENCIA 0 DESDE OXIGENADOR EXTRACORPÓREO DE MEMBRANA PERIFÉRICO, ¿PODEMOS HACERLO?

Iago Sousa Casasnovas, Jorge García Carreño, Carlos Ortiz Bautista, Eduardo Zatarain Nicolás, María Jesús Valero Masa, Miriam Juárez Fernández, Carolina Devesa Cordero, Vanesa Bruña Fernández, Felipe Díez del Hoyo, Ricardo Sanz Ruíz, Enrique Gutiérrez Ibañez, Manuel Martínez Sellés y Francisco Fernández Avilés, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años, el trasplante cardiaco (TxC) en lista urgente ha crecido notablemente gracias al incremento exponencial en el uso de las asistencias ventriculares de corta duración, entre las que destaca el oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial periférico (ECMO-VAp), en los pacientes con *shock* cardiogénico.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en un centro terciario de pacientes que recibieron asistencia circulatoria mecánica de corta duración tipo ECMO-VAp, y fueron trasplantados en «urgencia grado 0».

Resultados: Desde noviembre de 2015 hasta noviembre de 2018, 8 pacientes fueron trasplantados en «urgencia 0» desde ECMO-VAp. El dispositivo se implantó por situación de *shock* cardiogénico secundario a infarto agudo de miocardio en 7 casos (87,5%). En 4 de los 7, la revascularización percutánea no consiguió un resultado óptimo (flujo TIMI 3) y los pacientes evolucionaron a *shock*. El caso restante era una miocardiopatía dilatada isquémica que recibió soporte con ECMO-VAp por tormenta arrítmica refractaria a medias convencionales. La edad media fue $60,1 \pm 4,63$ años y 7 eran varones (87,5%). Todos los pacientes presentaban disfunción ventricular izquierda grave, se encontraban intubados y recibían soporte hemodinámico con fármacos vasoactivos y balón de contrapulsación intraaórtico. Cabe señalar en el momento del trasplante: creatinina $1,05 \pm 0,535$ mg/dl; bilirrubina 0,6 mg/dl [0,4-0,9]; PAFI $242 \pm 58,5$, con una fracción inspiratoria de oxígeno en el respirador de $50 \pm 21,6$; ALT 29 U/l (6-70); INR $1,13 \pm 0,123$ y láctico previo al implante $1,1 \pm 0,57$ mmol/l (tabla). La mediana de tiempo con asistencia fue de 8,5 días (rango 5-15). Los 8 pacientes fueron trasplantados con éxito tras una mediana de tiempo en lista «urgencia 0» de 5 días (rango 2-10). La supervivencia después del trasplante fue de 100% a 30 días, y de 100% a 1 año.

Trasplantes desde ECMO-VA (%)

N = 8 (100%)

Variables relativas al implante de ECMO

Edad (años) (media, DE)

60,1 (4,63)

Sexo varón (%)	7 (87,5)
Hipertensión arterial (%)	4 (50,0)
Diabetes mellitus (%)	2 (25,0)
PCR previa al implante (%)	6 (75,0)
Lactato (mmol/l) (media, DE)	6,2 (4,11)
Variables relativas al momento del trasplante	
Días en ECMO (mediana, rango)	8,5 (5-15)
Días en lista 0 (mediana, rango)	5 (2-10)
PAFI (media, DE)	242 (58,5)
FiO2 (%) (media, DE)	50,0 (21,55)
Láctico (mmol/l (media, DE)	1,1 (0,57)
Creatinina (mg/dl) (media, DE)	1,05 (0,535)
Bilirrubina total (mg/dl) (mediana, rango)	0,6 (0,3-6,2)
ALT U/l (mediana, rango)	29 (6-70)
INR (media, DE)	1,13 (0,123)
Plaquetas (media, DE)	119.875 (44.043,6)
Hemoglobina (mg/dl) (media, DE)	9,1 (0,70)

DE: desviación estándar; PCR: parada cardio-respiratoria; PAFI: índice de Kirby; FiO2: fracción inspirada de oxígeno; ALT: alanina aminotransferasa; INR: razón internacional normalizada.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el trasplante cardiaco en «“urgencia grado 0»”desde ECMO-VA periférico es factible y los resultados se mantienen al año de seguimiento. La selección adecuada de pacientes, evitando la inclusión de aquellos casos con fallo multiorgánico establecido y mala perfusión tisular parece clave para conseguir los resultados presentados.