



7010-5. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA Y FALLO AGUDO DEL INJERTO EN EL TRASPLANTE CARDIACO URGENTE SEGÚN EL TIPO Y LA DURACIÓN DE LA ASISTENCIA CIRCULATORIA/VENTRICULAR

Raquel López Vilella, Ignacio Sánchez Lázaro, M. Paz Fuset Cabanes, Ricardo Gimeno Costa, Iratxe Zarragoikoetxea Jáuregui, Salvador Torregrosa Puerta, Luis Martínez Dolz y Luis Almenar Bonet del Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años se ha incrementado el porcentaje de trasplantes urgentes, extendiéndose la utilización de dispositivos de asistencia mecánica de corta/media duración. El objetivo de este estudio es analizar la mortalidad hospitalaria en el trasplante cardiaco urgente según el tipo y la duración de la asistencia.

Métodos: Desde el 21 de octubre de 2007 hasta el 20 de diciembre de 2016 se incluyó, de forma retrospectiva y consecutiva, a todos los pacientes sometidos a trasplante cardiaco urgente con Oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) y con bomba centrífuga. Se excluyeron los retrasplantes y los trasplantes pediátricos. Dividimos los pacientes en 3 grupos: Grupo 1 (asistencia con ECMO durante menos de 5 días), Grupo 2 (asistencia con ECMO durante 5-10 días), Grupo 3 (asistencia con ECMO durante más de 10 días), Grupo 4 (asistencia con ECMO y posteriormente bomba centrífuga) y Grupo 5 (bomba centrífuga).

Resultados: El número total de pacientes fue de 72, 52 varones (72%) y 20 mujeres (28%). Edad media 51 ± 13 años. La cardiopatía de base más frecuente fue la miocardiopatía dilatada de origen isquémico (28 pacientes, 39%) seguida de la idiopática (25 pacientes, 35%). La tabla describe la indicación de tratamiento, los días de estancia en Reanimación/UCI, la mortalidad intrahospitalaria y la incidencia de fallo primario del injerto en los pacientes de cada uno de los grupos. El mayor porcentaje de pacientes con ventilación mecánica corresponde a los pacientes con asistencia tipo ECMO hasta 10 días (94% en el Grupo 1 y 100% en el 5, $p < 0,001$). La mortalidad intrahospitalaria global del trasplante urgente con asistencia ventricular fue del 25% (18 de los 72 pacientes); fue mayor en el cupo de pacientes con ECMO durante más de 10 días (9 pacientes, 35%), probablemente en relación con una mayor incidencia de fallo agudo del injerto en este grupo (14 pacientes, 54%, $p < 0,01$).

Grupos	Número de pacientes	Cardiopatía de base	Días en Reanimación	Ventilación mecánica (n, %)	Mortalidad intrahospitalaria (n, %)	Fallo primario del injerto
1	16	MCD idiopática (50%)	$10,5 \pm 8$	14 (94%)	2 (12,5%)	1 (6,3%)

2	18	MCD isquémica (40%)	22 ± 15	17(100%)	4 (22%)	9 (80%)
3	26	MCD isquémica (46%)	18 ± 11	17 (65%)	9 (35%)	14 (54%)
4	3	MCD isquémica (33%)	15 ± 18	1 (33%)	1 (33%)	1 (33%)
5	9	MCD idiopática (67%)	9 ± 8	3 (33%)	2 (22%)	1 (12%)
p		0,001	0,74	0,001	0,42	0,011

Conclusiones: La mortalidad hospitalaria es alta en el trasplante cardiaco urgente con asistencia circulatoria prolongada, sobre todo a expensas de una mayor incidencia de fallo agudo del injerto en estos pacientes. El implante directo de bomba centrífuga como puente a trasplante urgente podría identificar un subgrupo con mejor pronóstico.