



6000-381. FALLO PRIMARIO DEL INJERTO TRAS EL TRASPLANTE CARDIACO. ¿PODEMOS MODIFICAR SU ELEVADA MORTALIDAD?

Manuel Cobo Belaustegui, Virginia Burgos Palacios, Marta Ruiz Lera, Miguel Llano Cardenal, Natalia Royuela Martínez, Ángela Canteli Álvarez, Jenny M. Gómez Delgado y José Aurelio Sarralde Aguayo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción: La prevalencia del fallo primario del injerto (FPI) tras la realización de una trasplante cardíaco (TC) oscila entre 1,4 y el 30,7%, siendo responsable del 40% de la mortalidad en el primer mes post-TC. Durante las últimas 2 décadas, la única alternativa terapéutica para pacientes con FPI refractario a inotrópicos y balón de contrapulsación (BIAC) era la realización de re-TC en situación de urgencia. Pretendemos analizar el impacto que ha tenido sobre la mortalidad de estos pacientes el desarrollo de dispositivos de soporte circulatorio tipo ECMO.

Métodos: Desde 1984 se han realizado en nuestra institución un total de 556 TC. Realizamos un análisis uni y multivariable de los determinantes de mortalidad en los pacientes que desarrollaron FPI.

Resultados: Se diagnosticaron 101 pacientes con FPI (18%). Edad media de 54 años (75% varones). 80 pacientes fueron manejados con inotrópicos y BIAC, 8 con un dispositivo de asistencia ventricular (VAD), 7 con re-TC urgente y 6 con implante de ECMO veno-arterial. Al mes de seguimiento permanecían con vida el 38,8% de los pacientes estabilizados con tratamiento médico y BIAC; el 42,9% de los pacientes sometidos a re-TC; el 83,3% de los pacientes con ECMO y ninguno de los pacientes con VAD. En el análisis univariable los factores predictores de mortalidad fueron la edad del donante, la cardiopatía de base del receptor, la presencia de insuficiencia renal, las resistencias vasculares pulmonares, la necesidad de soporte circulatorio antes del TC, la cirugía cardíaca previa y el tipo de manejo del PFI. Tras la realización del análisis multivariable mantenían la significación estadística la causa de exitus del donante, la necesidad de VAD antes del TC, la cirugía cardíaca previa y el tipo de manejo del FPI. La utilización de ECMO V-A para el manejo de FPI disminuyó de forma significativa la mortalidad hospitalaria (odds ratio = 0,3; p = 0,001). Estos resultados se mantienen a medio plazo (fig.). Los 6 dispositivos pudieron retirarse por recuperación del injerto, falleciendo uno de los pacientes en el seguimiento por rechazo agudo.

Conclusiones: En un escenario clínico con una mortalidad superior al 50%, el soporte circulatorio con ECMO resulta en un aumento significativo de la supervivencia, permitiendo la recuperación del injerto cardíaco y evitando el re-TXC en una época en la que la disponibilidad de donantes idóneos está en declive.

6000-381.tif

Supervivencia a 6 meses de los pacientes con fallo primario del injerto estratificada en función del manejo médico-quirúrgico que recibieron.