



6033-389. TRASPLANTE CARDIACO ELECTIVO Y URGENTE: DOS ESCENARIOS, DOS REALIDADES

Guillermo Morales Varas, M.A. Angélica Corres Peiretti, Marcos Valiente Fernández, J. Luis Pérez Vela, Julián Gutiérrez Rodríguez, Juan Delgado Jiménez, Emilio Renes Carreño y Juan Carlos Montejo González del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El trasplante cardiaco es una opción terapéutica consolidada para pacientes con insuficiencia cardiaca crónica terminal o *shock* cardiogénico refractario, donde la prioridad urgente o electiva puede influir en los resultados.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes sometidos a trasplante cardiaco desde marzo del 2010 a febrero del 2015. Analizamos variables demográficas y clínicas incluyendo grado de prioridad (electivo/urgente), tipo de soporte mecánico: balón de contrapulsación intraórtica (BCIA) u oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO), complicaciones mayores, estancia postrasplante en UCI y hospitalaria y mortalidad. Estudio estadístico mediante SPSS. Los datos se expresan como media, desviación típica o porcentaje.

Resultados: Se analizaron 83 pacientes, 79,5% varones, con una edad media de 48 ± 14 años y con una estancia media global en UCI de 11 ± 14 días (8 en electivo y 16 en urgentes, $p < 0,01$). La patología de base más frecuente fue la miocardiopatía (MCD) dilatada idiopática (39,8%) seguida de la MCD isquémica (26,5%). El 59% se trasplantó de forma electiva (49 pacientes) y el 41% de forma urgente (34 pacientes), de estos últimos el 41% (14 pacientes) fueron soportados con ECMO y el 59% con BCIA. Las técnicas quirúrgicas realizadas fueron la de Lower Shumway (96%) y la técnica Bicava (4%). El 11% presentaron sangrado quirúrgico que requirió reintervención: 10% en electivos frente a 11% en urgentes (NS). El 17% presentó fracaso renal agudo que requirió terapia de reemplazo renal: 8% frente a 30% ($p < 0,01$). Presentaron sepsis el 19,5%: 6 frente a 39% ($p < 0,001$). Fracaso multiorgánico (FMO) 22%: 14 frente a 32% ($p < 0,05$). La mortalidad global en la UCI fue del 6%. En los trasplantes electivos fue del 8% frente a 0% en los urgentes con BCIA y 7% con ECMO (NS). La supervivencia global al año fue de 85,5%: en los electivos 82% y urgentes 92% (NS).

Conclusiones: En nuestra serie, la mortalidad al alta de la UCI y la supervivencia en el seguimiento al año del trasplante cardiaco no presenta diferencias significativas entre los realizados de forma electiva y los urgentes, con independencia en estos últimos de los soportados con BCIA o ECMO. Sin embargo, los trasplantes urgentes presentaron mayor incidencia de fracaso renal, sepsis y FMO, así como una estancia media en UCI que duplica a la de los electivos.