



6043-621. FRACASO PRIMARIO DEL INJERTO GRAVE: DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA

Jorge Vázquez López-Ibor, Francisco José Hernández Pérez, Josebe Goirigolzarri Artaza, Manuel Gómez Bueno, Jessica García Suárez, Alberto Forteza Gil, Luis Alonso-Pulpón y Javier Segovia Cubero, del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: El fracaso primario del injerto (FPI) es la primera causa de mortalidad en el primer mes postrasplante cardiaco (40% de la mortalidad). Aunque la mortalidad del FPI grave (FPIG) es elevada, el uso del soporte mecánico circulatorio (SMC) podría disminuir su mortalidad en los últimos años. Nuestro objetivo fue describir la incidencia, tratamiento y pronóstico del FPI grave (FPIG) en una cohorte contemporánea.

Métodos: Definimos el FPIG según el consenso de la ISHLT 2014. Analizamos de forma retrospectiva la cohorte de pacientes con FPIG tras trasplante cardiaco (TxC) atendidos en nuestro centro en los últimos 3 años (enero 2015-diciembre 2017).

Resultados: De enero 2015 a diciembre 2017 atendimos en nuestro centro 6 casos de FPIG sobre un total de 58 TxC (incidencia 10%). Las características de la serie se muestran en la tabla. Tras el diagnóstico de FPIG, el 100% de los pacientes precisó SMC siendo en su mayoría ECMO central (83%). El 50% de los implantes se realizaron en el mismo acto quirúrgico. El tiempo medio de soporte fue 7 ± 5 días. A pesar de que el 83% (5) de los pacientes se destetó del MCS, únicamente el 33% (2) sobrevivieron al alta. La figura muestra la curva de supervivencia. La causa más frecuente de muerte fue la infección (2 pacientes). 1 paciente falleció por FMO y otro por anoxia cerebral por imposibilidad para mantener buena perfusión con el ECMO.



Características de la serie

Variables

Fracaso primario del injerto grave (FPIG) (n = 6)

Características previas al FPIG

Edad del receptor (años) y género (n,% varones)	44 ± 18/4 (67%)
IMC, kg/m ²	24 (RIQ 21-27)
Código TC urgente, n (%)	2 (33%)
Dependiente inotropos	2 (33%)
Portador de LVAD	1(17%)
HTP al menos moderada (PAPm> 35 mmHg)	1 (17%)
Esternotomía previa, n (%)	2 (33%)
Tiempo isquemia del órgano, min	220 ± 89
Edad del donante (años)	45 ± 10
Score RADIAL ^a	2,5 (RIQ 2-4)
Evolución posterior al FPIG	
SOFA a su llegada a UCI	13 (RIQ 11-15)
Necesidad de MCS (no incluye BCIAo)	6 (100%)
Necesidad de terapia sustitución renal	6 (100%)
Tiempo ventilación mecánica, días	30 (RIQ 7-76)
Sepsis	2 (33%)
Ac. láctico al diagnóstico	9,2 (RIQ 3,5-11,6)
Cr a las 24 h del diagnóstico	1,6 (RIQ 1,2-2,2)

^aScore RADIAL. Otorga 1 punto a cada una de las siguientes variables: RAP > 10 mmHg, edad receptor > 60 años, diabetes mellitus, dependiente de inotropos, edad del donante > 30 años y tiempo de isquemia > 240 min.

Conclusiones: El FPIG es una forma de *shock* cardiogénico con elevada mortalidad. En esta serie, el empleo sistemático de SMC no ha permitido mejorar significativamente el pronóstico.