



5037-5. ¿ES EL TRASPLANTE CARDIACO URGENTE UNA BUENA OPCIÓN PARA PACIENTES EN *SHOCK* CARDIOGÉNICO CON SOPORTE CIRCULATORIO MECÁNICO DE CORTA DURACIÓN?

Carolina Parra Esteban¹, Francisco José Hernández Pérez¹, Manuel Gómez Bueno¹, Jorge Vázquez López-Ibor¹, Santiago Serrano Fiz García², María Reyes Iranzo Valero³, Luis Alonso Pulpón¹ y Javier Segovia Cubero¹, del ¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Cirugía Cardíaca y ³Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La reciente publicación de los resultados del registro español ASIS-TC ha hecho replantear los criterios de distribución de órganos en Urgencia 0 en España, ya que la supervivencia al alta desde la inclusión en lista de pacientes trasplantados con ECMO (soporte mayoritario) o asistencia biventricular temporal (T-BiVAD) apenas superaba el 50%. El objetivo es analizar en nuestro centro la incidencia y los resultados del trasplante cardíaco (TxC) como salida de pacientes en *shock* cardiogénico (SC).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo (septiembre 2014-marzo 2018) de pacientes atendidos en nuestra Unidad de SC cuyo destino fue la inclusión en lista de TxC «Urgencia 0». Se recogieron las características basales, tratamiento hospitalario, así como supervivencia y eventos tras la inclusión en lista.

Resultados: De 104 pacientes en SC atendidos durante el periodo estudiado (81 con soporte circulatorio mecánico de corta duración [SCM]), 27 fueron incluidos en lista de TxC «Urgencia 0» (42 ± 14 años; 63% varones). En el momento de la inclusión, 16 pacientes (59%) se encontraban con T-BiVAD, 6 (22%) con una asistencia ventricular izquierda temporal (T-LVAD) y 5 (19%) con ECMO-VA (4 centrales). Cinco de los pacientes habían tenido otro SCM previo al que tenían en el momento de su inclusión en lista de TxC. La mediana de tiempo de soporte fue de 13 días (RIQ 9-25) y el tiempo en lista 5 días (RIQ 3-10). Finalmente, 23 pacientes (85%) fueron trasplantados, 3 (11%) fallecieron en espera: 1 ECMO-VA por fracaso multiorgánico, 1 T-LVAD por ACV isquémico y 1 T-BiVAD por hemorragia incoercible, y un paciente fue sacado de lista por recuperación tras 2 días. Tres pacientes fallecieron tras el TxC durante el ingreso (13% mortalidad intrahospitalaria tras el TxC), y el resto permanecen vivos tras el alta con una mediana de seguimiento de 124 (RIQ 29-744) días. Desde la inclusión en lista, la supervivencia global al alta hospitalaria fue del 78% y por dispositivos del 88% con T-BiVAD, 67% con T-LVAD y 60% con ECMO-VA ($p = \text{NS}$).

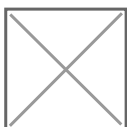


Diagrama de flujo y curva de supervivencia global de los pacientes en shock cardiogénico incluidos en lista urgente de trasplante cardíaco.

Características de los pacientes incluidos en lista urgente de trasplante cardiaco comparadas con los no incluidos en lista urgente como salida al *shock* cardiogénico

Variable	Total (n = 104)	Alerta 0 (n = 27)	Control (n = 77)	p
Edad, años	52 ± 15	42 ± 14	55 ± 14	0,0002
Género, n (% varones)	77 (74)	17 (63)	60 (78)	0,135
SOFA score	11 (9-14)	10 (7-13)	12 (10-14)	0,015
PCR, n (%)	31 (30)	5 (19)	26 (34)	0,152
INTERMACS 1, n (%)	62 (60)	8 (30)	54 (70)	0,0001
Lactato, mmol/L	3,7 (2,0-9,0)	2,1 (1,3-3,0)	5,0 (2,6-10,5)	0,0004
BCIAo, n (%)	65 (63)	11 (41)	54 (70)	0,010
VMI, n (%)	92 (88)	23 (85)	69 (90)	0,504
Tiempo de VMI, horas	244 (96-564)	156 (72-768)	288 (96-480)	0,460
TRS, n (%)	45 (43)	10 (37)	35 (45)	0,504
Tiempo de TRS, días	14 (4-30)	14 (11-38)	14 (3-27)	0,378
Tiempo ingreso UCI, días	19 (14-34)	29 (25-51)	17 (12,5-27,5)	0,0424
Tiempo ingreso hospital, días	30,5 (15-55)	42 (31-64)	22 (12-46)	0,002
Etiología <i>shock</i> cardiogénico				0,0001
SCA, n (%)	25 (24)	5 (19)	20 (26)	

ICAD, n (%)	34 (33)	19 (70)	15 (19)
Postcardiotomía, n (%)	24 (23)	2 (7)	22 (29)
FPI, n (%)	10 (10)	0 (0)	10 (13)
Otros, n (%)	11 (11)	1 (4)	10 (13)

PCR: parada cardiorrespiratoria; VMI: ventilación mecánica invasiva; TRS: terapia renal sustitutiva; SCA: síndrome coronario agudo; ICAD: insuficiencia cardíaca aguda descompensada; FPI: fallo primario del injerto.

Conclusiones: Uno de cada 4 pacientes en SC atendido en nuestra Unidad es incluido en lista de Tx C «Urgencia 0». A diferencia de lo observado en el registro español ASIS-TxC, la mayoría lo hacen con T-BiVAD, y los resultados con este soporte son los mejores de esta serie y comparables a los del Tx C electivo.