



## 4011-2. EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES DE LA DISFUNCIÓN GRAVE DEL INJERTO EN TRASPLANTE CARDIACO: REGISTRO ESPAÑOL DE TRASPLANTE CARDIACO

Aleix Olivella San Emeterio<sup>1</sup>, Víctor Donoso Trenado<sup>2</sup>, Francisco González Vílchez<sup>3</sup>, Elena García Romero<sup>4</sup>, Beatriz Díaz Molina<sup>5</sup>, Zorba Blázquez Bermejo<sup>6</sup>, José Manuel Sobrino Márquez<sup>7</sup>, Sara Lozano Jiménez<sup>8</sup>, Iris Paula Garrido Bravo<sup>9</sup>, Eduardo Barge Caballero<sup>10</sup>, Marta Farrero Torres<sup>11</sup>, Dolores García Cosío<sup>12</sup>, M. Teresa Blasco Peiro<sup>13</sup>, Antonia Pomares Varó<sup>14</sup> y José González Costello<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, <sup>2</sup>Hospital Universitario la Fe, Valencia, <sup>3</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, <sup>4</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, <sup>5</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, <sup>6</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, <sup>7</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, <sup>8</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, <sup>9</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, <sup>10</sup>Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, <sup>11</sup>Hospital Clínic, Barcelona, <sup>12</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, <sup>13</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza y <sup>14</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El fallo primario del injerto (FPI) en trasplante cardiaco (TC) se produce entre un 2 y 28% de los pacientes, con una mortalidad alrededor del 30%, aunque la ausencia de una definición consensuada del FPI hasta 2014 ha dificultado estimarla de forma fiable. Existen escasas series verdaderamente amplias que describan la evolución del FPI grave, que por definición requiere de soporte mecánico circulatorio (SMC) y cuya mortalidad se estima alrededor del 40%.

**Métodos:** Revisión de la base de datos de la Red Nacional de Trasplante Cardiaco de todos los trasplantes cardiacos en España con FPI grave entre 2010 y 2020 según la definición del 2014 de ISHLT. Los datos cualitativos se presentan como n (%) y los datos cuantitativos como media  $\pm$  DS.

**Resultados:** De 2.376 TC, 504 (21,1%) presentaron FPI, 242 (48,0%) grave (tabla). El perfil de los pacientes era de importante gravedad de base, con 47,5% bajo soporte inotrópico ambulatorio, 27,0% bajo ventilación mecánica preTC y 45,0% bajo algún tipo de SMC excluyendo balón de contrapulsación, con 49,8% ingresados en intensivos. Antes del implante de SMC, el score inotrópico medio fue del  $70,3 \pm 61,0$ , lactato  $7,8 \pm 5,1$  mmol/l, ALT  $635,3 \pm 1.472,7$  UI/l. El tipo de SMC fue en el 84,8% de los casos ECMO VA. La canulación fue central en el 44,1% y periférica en el 55,9%, con un tiempo de soporte de  $7,9 \pm 7,5$  días. El 86,3% recibió inducción en el trasplante. La evolución post-TC se caracterizó por estancias prolongadas en UCI ( $21,9 \pm 19,0$  días) y de intubación ( $14,7 \pm 16,1$  días), y las complicaciones fueron frecuentes, con 46,5% de infecciones mayores no relacionadas con el SMC, 3,4% relacionadas con el SMC, 31,4% de sangrados mayores relacionados con SMC, 44,6% no relacionados con SMC, 10,7% de complicaciones vasculares graves, 5,8% de ictus isquémicos, 3,31% ictus hemorrágicos, 1,2% embolias arteriales distintas a sistema nervioso central, 8,7% de trombosis venosa y 45,6% necesidad de terapia renal sustitutiva. El 29,0% falleció durante el SMC y la mortalidad a los 3 meses fue del 57,0%.

## Características del paciente con FPI grave

| Pacientes                                      | n       | %              |
|--|---------|----------------|
| Edad (años)                                    | 242     | 52,29 ± 12,6   |
| Ventilación mecánica pre-TC                    | 64/237  | 27,00          |
| SMC pre-TC                                     | 124/240 | 51,67          |
| Ingresados en UCI                              | 121     | 50,0           |
| Tiempo isquemia TC (min)                       | 242     | 201,45 ± 74,28 |
| Estancia en UCI post-TC                        | 220     | 21,93 ± 18,96  |
| Tiempo de intubación post-TC (días)            | 124     | 14,74 ± 16,08  |
| Tiempo soporte (días)                          | 232     | 7,89 ± 7,53    |
| Infección mayor relacionada con dispositivo    | 8/237   | 3,38           |
| Infección mayor no relacionada con dispositivo | 112/241 | 46,47          |
| Ictus isquémico                                | 14      | 5,79           |
| Ictus hemorrágico                              | 8       | 3,31           |
| Embolia arterial no sistema nervioso central   | 3       | 1,24           |
| Sangrado mayor relacionado con dispositivo     | 75/239  | 31,38          |
| Sangrado mayor no relacionado con SMC          | 108     | 44,63          |
| Trombosis venosa                               | 21      | 8,68           |

|                                |         |       |
|--------------------------------|---------|-------|
| Terapia renal sustitutiva      | 110/241 | 45,64 |
| Daño vascular periférico grave | 26      | 10,74 |
| Muerte durante soporte         | 69/238  | 28,99 |

**Conclusiones:** El FPI grave se produjo en el 10,2% de los TC, con una alta tasa de complejidad y complicaciones en estos pacientes, acarreado una mortalidad a los 3 meses del 57,0%. Es esencial establecer estrategias de mejora para este grupo de pacientes.