



## 4011-5. LA CANULACIÓN PERIFÉRICA DEL SOPORTE MECÁNICO CIRCULATORIO ES SUPERIOR A LA CENTRAL EN FALLO PRIMARIO DEL INJERTO GRAVE EN TRASPLANTE CARDIACO

Aleix Olivella San Emeterio<sup>1</sup>, Raquel López Vilella<sup>2</sup>, Francisco González Vilchez<sup>3</sup>, Carles Díez López<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.

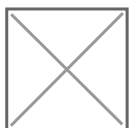
### Resumen

**Introducción y objetivos:** El fallo primario del injerto (FPI) en trasplante cardiaco (TC) se produce entre un 2 y 28% de los TC, causando más del 30% de mortalidad del primer mes post-TC. En FPI grave, por definición se requiere de soporte mecánico circulatorio (SMC), el cual puede canularse a nivel central o periférico. En síndrome poscardiotomía la evidencia es conflictiva, pero no se ha demostrado la superioridad de una estrategia frente la otra, y en el caso del TC tan solo se dispone de un estudio retrospectivo con solo 25 pacientes que compare los dos abordajes.

**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 se comparan con Chi-Cuadrado y los datos cuantitativos como media  $\pm$  DE y t-Student. Se compara canulación central vs periférica del SMC mediante curvas de supervivencia Kaplan-Meier y el test *log rank*.

**Resultados:** De 2.376 TC, 504 (21,1%) tuvieron FPI, 242 (48,0%) grave. 104 pacientes recibieron SMC con canulación central (44,1%) y 132 periférica (55,9%). En comparación con la central, la canulación periférica se asoció a más infecciones no relacionadas con el SMC (34,6 vs 56,8%, p 0,001), pero menos infecciones relacionadas con SMC (43,3 vs 22,7%, p 0,001) y menos sangrados mayores relacionados con SMC (43,3 vs 22,7%, p 0,001), sin diferencias en sangrados mayores no relacionados con SMC (tabla). Los pacientes con canulación periférica presentaron más daño vascular periférico grave (1,92 vs 18,18%, p 0,001) y mayor tasa de linforragia en el punto de acceso (1,9 vs 15,2%, p 0,02). No hubo diferencias significativas en tiempo de ventilación mecánica, ictus, embolias, trombosis venosas ni necesidad de terapia de reemplazo renal. La supervivencia fue superior en canulación periférica a los 3 meses (32,42 vs 52,74%, *log rank* p 0,001) y al año (28,19 vs 48,56%, *log rank* p 0,0007), con diferencias precoces en las curvas de supervivencia (fig.).

| Tipo canulación de SMC                 | Central (n = 104) |              | Periférica (n = 132) |               | p     |
|----------------------------------------|-------------------|--------------|----------------------|---------------|-------|
| Extubado bajo SMC                      | 12/100            | 12,00%       | 25/128               | 19,53%        | 0,126 |
| Días intubación                        |                   | 15,4 ± 13,65 |                      | 14,47 ± 17,94 | 0,124 |
| Infección mayor relacionada con SMC    | 2/103             | 1,94%        | 6/132                | 4,55%         | 0,471 |
| Infección mayor no relacionada con SMC | 36                | 34,62%       | 75                   | 56,82%        | 0,001 |
| Ictus isquémico                        | 8                 | 7,69%        | 6                    | 4,55%         | 0,407 |
| Ictus hemorrágico                      | 5                 | 4,81%        | 3                    | 2,27%         | 0,306 |
| Sangrado mayor relacionado con SMC     | 45                | 43,27%       | 30                   | 22,73%        | 0,001 |
| Sangrado mayor no relacionado con SMC  | 43                | 41,35%       | 65                   | 49,24%        | 0,227 |
| Linforragia punto acceso               | 2                 | 1,92%        | 20                   | 15,15%        | 0,001 |
| Daño vascular periférico grave         | 2                 | 1,92%        | 24                   | 18,18%        | 0,001 |
| Trombosis venosa                       | 4                 | 3,85%        | 17                   | 12,88%        | 0,020 |
| Terapia de reemplazo renal             | 53/104            | 50,96%       | 55/131               | 41,98%        | 0,170 |



**Conclusiones:** La canulación periférica del SMC en FPI grave ofrece mejor supervivencia frente a la central, con menos infecciones y sangrados relacionados con el SMC a expensas de más infecciones no relacionadas con el dispositivo, daño vascular y linforragia del punto de acceso.