



5025-4. EL IMPLANTE PRECOZ DE ASISTENCIA VENTRICULAR EN FALLO PRIMARIO DEL INJERTO GRAVE EN TRASPLANTE CARDIACO NO MEJORA EL PRONÓSTICO

Aleix Olivella San Emeterio¹, Raquel López Vilella², Francisco González Vilchez³, Carles Díez López⁴, Beatriz Díaz Molina⁵, Zorba Blázquez Bermejo⁶, José Manuel Sobrino Márquez⁷, Sara Lozano Jiménez⁸, Iris Paula Garrido Bravo⁹, Eduardo Barge Caballero¹⁰, Marta Farrero Torres¹¹, Dolores García Cosío¹², M. Teresa Blasco Peiro¹³, Antonia Pomares Varó¹⁴ y José González Costello⁴

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ²Hospital Universitario la Fe, Valencia, ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, ⁴Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, ⁵Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, ⁶Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ⁷Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ⁸Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, ⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ¹⁰Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, ¹¹Hospital Clínic, Barcelona, ¹²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ¹³Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza y ¹⁴Hospital 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 en el primer mes post-TC. En el FPI grave, que por definición requiere de soporte mecánico circulatorio (SMC), el beneficio del uso precoz de SMC tan solo ha sido descrito por un estudio con 38 pacientes, sugiriendo una mejoría del pronóstico frente a una estrategia más conservadora, generalmente tras salir de quirófano si no hay mejoría al cabo de unas horas.

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. Se compara implante precoz (3h) tras desclampaje aórtico. Los datos cualitativos se presentan como n (%) y los datos cuantitativos como media $\pm$ DE. Se analizó si el implante precoz se asociaba con menor mortalidad mediante análisis de regresión de Cox uni y multivariado.

Resultados: De 2.376 TC, 504 (21,1%) tuvieron FPI, 242 (48,0%) grave, 171 (70,7%) se implantó SMC precoz y 71 (29,3%) tardío. En implante precoz, el 95,4% salió de quirófano con SMC. Las características del donante no diferían. Los receptores con SMC precoz tendían a estar bajo SMC pre-TC, tiempos de CEC más largos, scores inotrópicos más bajos y mejor función renal en el momento de canulación (tabla). Se usó más frecuentemente ECMO VA en implante precoz. No se documentaron diferencias significativas en mortalidad ni en complicaciones en el análisis univariado (fig.) ni multivariado, con una supervivencia a los 3 meses del 43,82% en implante precoz vs 48,26% en tardío (*log rank* $p = 0,4953$).

Diferencias entre implante precoz y tardío de SMC

Implante precoz (n = 171)	Implante tardío (n = 71)	p
---------------------------	--------------------------	---

Edad (años)	171	52,39 ± 12,63	71	52,07 ± 12,62	0,786
Ventilación mecánica pre-TC	50/167	29,94%	14/70	20,00%	0,116
SMC pre-TC	94/169	55,62%	30/71	42,25%	0,059
Tiempo isquemia (min)	171	197,79 ± 76,36	71	210,28 ± 68,73	0,413
Tiempo CEC (min)	169	184,99 ± 83,87	70	156,7 ± 64,17	0,010
Score inotropos	81	56,2 ± 48,99	46	95,02 ± 71,81	0,001
Lactato preimplante (mmol/l)	87	7,75 ± 5,02	61	7,84 ± 5,15	0,994
Creatinina preimplante (mg/dl)	63	1,55 ± 1,01	67	1,75 ± 0,66	0,007
Uso ECMO VA	149/167	89,22%	52/70	74,29%	0,003
Canulación Central	76	45,51%	28	40,58%	0,488
Tiempo bajo SMC (días)	163	8,15 ± 8	69	7,28 ± 6,29	0,944
Estancia en UCI (días)	154	22,01 ± 19,43	66	21,74 ± 17,94	0,981
Días bajo ventilación mecánica	81	14 ± 17,05	43	16,14 ± 14,13	0,078
Infección mayor no relacionada con SMC	74/170	43,53%	38/71	53,52%	0,156
Sangrado mayor relacionado con SMC	55/169	32,54%	20/70	28,57%	0,547
Sangrado mayor no relacionado con SMC	77	45,03%	31	43,66%	0,846
Terapia de reemplazo renal	74/170	43,53%	36/71	50,70%	0,308

Muerte bajo SMC	47/168	27,98%	22/70	31,43%	0,593
Supervivencia 3 meses	171	43,82%	71	48,26%	0,5947



Curvas supervivencia de implante precoz vs tardío del SMC.

Conclusiones: El implante precoz de SMC en FPI grave frente a una estrategia conservadora no mejora el pronóstico ni disminuye las complicaciones relacionadas.