



15. ¿ES LA ESCALA SOFA UN PREDICTOR DE FALLO GRAVE DEL INJERTO EN EL POSTRASPLANTE INMEDIATO DE LOS PACIENTES CON DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA CIRCULATORIA DE CORTA-MEDIA DURACIÓN?

Sara Martín Paniagua¹, Raquel Ramos Martínez¹, Alexander Stepanenko¹, Javier Tobar Ruíz¹, Gonzalo Cabezón Villalba¹, José Alberto San Román Calvar¹, Luis de la Fuente Galán¹ y María Plaza Martín²

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España y ²Unidad de Cuidados Agudos Cardiovasculares. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En la actualización de los nuevos criterios de inclusión en lista de trasplante cardiaco (TxC) urgente de 2023 se aboga por excluir aquellos pacientes con fracaso multiorgánico, siendo orientativo de ello una puntuación de escala SOFA ≥ 12 por asociarse a una mortalidad superior al 49%. No obstante, no existe evidencia sobre el valor pronóstico de la puntuación SOFA en el trasplante de órganos sólidos.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes sometidos a TxC urgente con un dispositivo de asistencia circulatoria (DAC) de corta o media duración desde octubre de 2020 hasta abril de 2023. Analizamos la correlación entre la situación clínica en las últimas 24 horas pre-TxC según la escala SOFA y la aparición de disfunción grave del injerto (FSI) que requiera soporte circulatorio mecánico en el post-TxC inmediato.

Resultados: En el estudio se han incluido 14 pacientes, un 78,6% (11) varones, con una edad media de $55,5 \pm 10,2$ años. En la figura se muestra el tipo de DAC, siendo el 57,1% (8) biventriculares y el 35,7% (5) quirúrgicos. La puntuación media de la escala SOFA preoperatoria fue del $3,6 \pm 2,2$ (RIC 2,0-5,0), siendo el fallo más frecuente el hemodinámico (92,9%, 13) con un *score* VIS medio de $9,8 \pm 15,6$. En la figura se muestra la distribución de cada una de las puntuaciones del *score* SOFA como variable dicotómica de la serie analizada. El FSI fue del 35,7% (5) con un SOFA medio en este grupo de $4,4 \pm 3,0$ vs $3,2 \pm 1,6$ en el grupo de supervivientes ($p = 0,359$). No se observaron diferencias entre ambos grupos en cada una de las puntuaciones del SOFA de forma individual (tabla). Los pacientes con FSI habían precisado soporte biventricular de forma mayoritaria (80,0 vs 20,0%, $p = 0,301$). Además, el 100% (5) de los pacientes con FSI presentaban fallo hemodinámico con un VIS medio de $14,6 \pm 25,5$ vs $7,1 \pm 6,8$, $p = 0,552$. La mortalidad en el grupo de FSI fue del 60,0% (3), mientras que todos los pacientes sin FSI sobrevivieron al postoperatorio inmediato siendo dados de alta a planta de hospitalización.

Comparativa puntuación componentes escala SOFA

FPI

p

		No	Sí	
SOFA		3,2 ± 1,6	4,4 ± 3,1	0,359
Renal	No	6 (66,7%)	4 (80,0%)	0,999
	Sí	3 (33,3%)	1 (20,0%)	
Hepático	No	7 (77,8%)	4 (80,0%)	0,999
	Sí	2 (22,2%)	1 (20,0%)	
Coagulación	No	7 (77,8%)	4 (80,0%)	0,999
	Sí	2 (22,2%)	1 (20,0%)	
Respiratorio	No	7 (77,8%)	2 (40,0%)	0,266
	Sí	2 (22,2%)	3 (60,0%)	
Cardiovascular	No	1 (11,1%)	0 (0%)	0,999
	Sí	8 (88,9%)	5 (100%)	



Conclusiones: El valor del SOFA del receptor no parece relacionarse de forma significativa con el FSI en los pacientes que se someten a TxC urgente con DAC de corta o media duración con puntuaciones SOFA 12. El FSI confiere elevada mortalidad en el posoperatorio inmediato de estos pacientes.