

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 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.

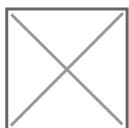
Resumen

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 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.