



## 6034-425. DAÑO ORGÁNICO EN EL PRIMER AÑO POSTRASPLANTE CARDIACO TRAS LA UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVO DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA TIPO ECMO. ANÁLISIS COMPARATIVO CON EL TRASPLANTE PROGRAMADO

Herminio Morillas Climent<sup>1</sup>, Ignacio Sánchez Lázaro<sup>1</sup>, José Miguel Rivera Otero<sup>2</sup>, Luis Almenar Bonet<sup>1</sup>, Manuel Portoles Sanz<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Paz Fuset Cabanes<sup>1</sup>, Salvador Torregrosa Puerta<sup>1</sup> y Luis Martínez Dolz<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia y <sup>2</sup>Fundación para la Investigación del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La utilización del oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO) está claramente establecida en el contexto del *shock* cardiogénico refractario. Sin embargo, su empleo como puente a trasplante cardiaco parece estar cada vez más en duda. En este estudio pretendemos analizar la influencia del ECMO en el desarrollo de fallo orgánico a corto-medio plazo (primer año postrasplante), lo que puede suponer un problema por ejemplo en el ajuste de la medicación inmunosupresora.

**Métodos:** Seleccionamos a todos los pacientes trasplantados en nuestro hospital desde comienzos de 2007. Establecimos 3 grupos de forma arbitraria: trasplante urgente con uso de ECMO, trasplante urgente sin utilización de asistencia y trasplante programado. Recogimos diversas variables clínicas, analíticas, microbiológicas y de imagen tanto del receptor como del donante y del procedimiento quirúrgico. Observamos la evolución a 1 año de la aparición de diversas complicaciones en distintos órganos.

**Resultados:** Los pacientes trasplantados en código urgente sin utilización de asistencia circulatoria eran más jóvenes (5 años de media) y con mayor IMC (2 puntos) respecto al resto de grupos. El subgrupo de ECMO presentaba una CF más avanzada, un mayor requerimiento de inotropos y una mayor tasa de insuficiencia hepática. Los trasplantes programados tenían una mayor carga de FRCV (DM, DL, tabaquismo) y portaban más dispositivos (tanto DAI como TRC). El subgrupo de ECMO requirió un mayor número de donantes de grupo sanguíneo 0. En lo relativo al procedimiento quirúrgico, el tiempo de isquemia fue menor en el trasplante electivo. El subgrupo de ECMO presentó una mayor tasa de complicaciones neurológicas (19,41 frente a 16 y 5,22% en trasplante urgente y programado, respectivamente;  $p = 0,018$ ) y digestivas (26,85 frente a 4 y 10,53%;  $p = 0,010$ ), así como un mayor deterioro de la función renal (Cr de 1,40 frente a 1,02 y 1,07;  $p = 0,038$ ). No existieron diferencias significativas entre subgrupos en la aparición de DM, HTA, DL, complicaciones óseas o depresión de la FEVI.

Complicaciones en el seguimiento a 1 año en los distintos subgrupos

|  | TC electivo | TC con ECMO | TC urgente | p |
|--|-------------|-------------|------------|---|
|  |             |             |            |   |

|              |             |             |             |       |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| HTA          | 66 (56,90%) | 23 (6,10%)  | 13 (50%)    | 0,81  |
| DM           | 63 (51,72%) | 27 (67,5%)  | 21 (84%)    | 0,13  |
| DL           | 80 (68,38%) | 20 (48,78%) | 17 (65,38%) | 0,079 |
| Neurológicas | 6 (5,22%)   | 8 (19,41%)  | 4 (16%)     | 0,018 |
| Óseas        | 10 (8,77%)  | 6 (14,63%)  | 1 (4%)      | 0,33  |
| Digestivas   | 12 (10,53%) | 11 (26,83%) | 1 (4%)      | 0,01  |
| Marcapasos   | 1 (0,83%)   | 0           | 4 (14,81%)  | 0,001 |
| Creatinina   | 1,07 ± 0,31 | 1,40 ± 1,22 | 1,02 ± 0,49 | 0,038 |
| FE deprimida | 3 (2,27%)   | 1 (2,13%)   | 0           | 0,48  |

**Conclusiones:** La utilización del ECMO como puente al trasplante cardiaco se asocia a candidatos de peor perfil clínico al inicio del tratamiento y a una mayor tasa de complicaciones digestivas, neurológicas y renales a corto-medio plazo respecto al trasplante urgente sin asistencia o al trasplante programado.