



Revista Española de Cardiología



7008-11. ORGANIZACIÓN MULTIDISCIPLINAR DEL TRASPLANTE BIPULMONAR EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

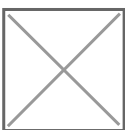
Carlos Andrés Quezada Loaiza¹, Alicia de Pablo Gafas², Maribel Real³, Lourdes Juarros⁴, Rodrigo Alonso², María Jesús López Gude⁵, Pilar Escribano-Subías⁶ y Pablo Antonio Gámez² de la ¹Unidad Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar, Servicio de Neumología, ²Unidad de Trasplante Pulmonar, ³Servicio de Anestesia y Reanimación, ⁴Servicio de Rehabilitación, ⁵Servicio de Cirugía Cardíaca, ⁶Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El momento de inclusión en lista de espera de trasplante pulmonar (TP) es un proceso complejo. Los objetivos del estudio son: analizar nuestra estrategia de selección para incluir pacientes con HAP en la lista de TP (urgente, electiva, puente para el trasplante), y describir los resultados de TP en pacientes con HAP.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con HAP consecutivos que fueron incluidos en lista de TP entre noviembre 2011 y diciembre 2014. Variables analizadas: Clasificación HAP, edad, tratamiento, clase funcional, test de 6 minutos, variables ecocardiográficas y hemodinámicas, TP urgente o electivo, puente con las estrategias de trasplante. Los datos continuos se expresaron como mediana y rango intercuartil. La supervivencia se estimó mediante el método Kaplan-Meier.

Resultados: 109 pacientes han sido incluidos en lista de TP. 24 pacientes tenían un diagnóstico de HAP o enfermedad venooclusiva pulmonar (EVOP). Edad: 43 ± 11 años, 71% mujeres, características se muestran en la tabla 1. La distribución de los pacientes se muestran en la figura. Tres de 4 pacientes con EVOP y 2 de HAP tenía formas hereditarias. Tiempo desde el diagnóstico hasta inclusión en lista fue 66 meses (rango 2-143); TP urgente (14; 3-66 meses) frente a TP electiva (86; 42-168 meses) ($p = 0,017$). 8 pacientes recibieron TP urgente (el 50% se refirió en situación de inestabilidad para la unidad de HAP). La estrategia puente hacia TP se realizó: 3 conexiones ECMO (12,5%), 1 atrioseptostomía y una colocación *stent* en arteria coronaria izquierda. La mediana de espera de TP fue 91 días (IQR 43-308 días). Tiempo de espera para TP urgente (26 días; IQR 4,5-200 días) fue más corto que TP electivos (169 días; IQR 68-453) ($p 0,001$). 3 pacientes fallecieron (12,5%) en la lista de espera electiva. La supervivencia a los 3 meses fue 95%, 3 años fue 84% después del TP. No hay diferencia entre TP electivo y TP urgente.



Distribución de pacientes

Características basales, hemodinámica y tratamiento

Características al momento de inclusión en lista de espera de TP	
Edad	43 ± 11 años
IMC	24 ± 3
Mujeres	17 (71%)
Tiempo de seguimiento (mediana -meses)	66
Etiología HAP	
Idiopática	15 (63%)
Enfermedad de tejido conectivo	2 (8%)
Enfermedad venooclusiva pulmonar	4 (17%)
Cardiopatía congénita	2(8%)
Aceite de colza	1 (4%)
Clase funcional III-IV	21 (87%)
PSAP	94 ± 24
Área AD	27 ± 12
TAPSE	17 ± 5
Índice cardiaco	2,66 ± 0,78
PAD	10,54 ± 5,96
RVP	13 ± 5,74
NTproBNP	959 ± 750

Uso de prostanoides	21 (87%)
Tiempo en tratamiento con prostanoides (mediana en meses)	26

Conclusiones: La mortalidad con ECMO fue baja. Determinar el momento adecuado para incluir a los pacientes en lista de espera sigue siendo complejo. Los pacientes tenían una tasa de mortalidad baja 1^{er} mes después de TP y adecuada de supervivencia a largo plazo. La supervivencia de TP urgente ha sido buena después de un uso adecuado de las terapias previas al TP.