

4011-3. LA FRAGILIDAD DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LISTA DE TRASPLANTE CARDIACO ES REVERSIBLE CON EL TRASPLANTE Y NO INFLUYE EN EVENTOS ADVERSOS A LARGO PLAZO

Ana Ayesta López¹, María Jesús Valero Masa², Javier Segovia Cubero³, María Dolores García-Cosío⁴, Raquel Luna López⁴, Jorge Vázquez López-Ibor³, Pedro J. Caravaca Pérez⁴, María Teresa Vidán Astiz⁵, Laura Pérez Gómez³, Juan Francisco Delgado Jiménez⁴, Clara Fernández Cordón², Manuel Gómez Bueno³, Javier Martínez Díaz¹ y Manuel Martínez-Selles²

¹Área del Corazón. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, ²Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ³Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y ⁵Servicio de Geriátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías recomiendan evaluar la fragilidad antes de la inclusión en lista de trasplante cardiaco (TxC). Nuestro objetivo fue estimar la prevalencia de fragilidad en el momento de inclusión y valorar su evolución durante la estancia en lista y tras el TxC.

Métodos: Estudio prospectivo en todos los adultos incluidos en lista electiva y en urgencia de grado 1 en tres centros con TxC desde enero de 2017 hasta abril de 2019. Se definió fragilidad como una puntuación ≥ 3 en Fried Frailty Phenotype (FFP).

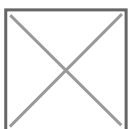
Resultados: Se incluyeron 99 pacientes en el registro, con una edad mediana de 54,8 años siendo la mayoría varones (70,7%). 29 eran frágiles (29,3%) en el momento de inclusión en lista. Un total de 85 pacientes recibieron un TxC, relacionándose la fragilidad con empeoramiento en lista que conllevó exclusión o aumento de prioridad para el TxC ($p = 0,003$). La fragilidad en el momento de inclusión en lista no influyó en la mortalidad total al año postrasplante ($p = 0,761$, fig.), ni en otros eventos como la infección ($p = 0,972$), incluida la infección por CMV ($p = 0,675$) y rechazo ($p = 0,848$). Se observó una tendencia hacia una asociación con la necesidad de reintubación ($p = 0,052$). Fallecieron 16 de los trasplantados y de los 69 pacientes restantes, 65 realizaron test de fragilidad en el seguimiento. De estos, 17 (26,15%) eran frágiles antes del TxC revirtiendo la fragilidad en 15 (88,2%), $p = 0,001$. Ninguno de los pacientes sin fragilidad antes del TxC la desarrolló en el postrasplante.

Influencia de la fragilidad en el momento de inclusión en lista en los eventos postrasplante

	Frágiles	No frágiles	p
Mortalidad, exclusión o aumento de prioridad durante su estancia en lista	75,0%	17,1%	0,003

Aumento prioridad	38,5%	20,3%	0,079
Eventos peritrasplante (trasplantados n = 85)			
Necesidad de reintubación	20,0%	5,3%	0,052
Estancia UCI (días)	7,0 (5-10)	8,5 (5-20)	0,412
Estancia hospitalaria (días)	21,0 (16-37)	22,5 (17-33)	0,974
Fallo primario del injerto	26,9%	15,5%	0,240
Eventos al año postrasplante (trasplantados n = 85)			
Mortalidad	20,0%	16,9%	0,761
Infección	52,0%	50,8%	0,972
Infección por CMV	36,0%	33,9%	0,675
Rechazo	20,0%	22,03%	0,848

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; CMV: citomegalovirus. *En estancia UCI y hospitalaria es mediana (Q1-Q3).



1. a) *Mortalidad al año postrasplante cardiaco*; b) *Evolución de la fragilidad tras el trasplante cardiaco*.

Conclusiones: La fragilidad medida en el momento de inclusión en lista de TxC es frecuente pero no influye en la mortalidad en el seguimiento a un año postrasplante. En casi el 90% de los casos la fragilidad es reversible tras el TxC. La fragilidad no debe considerarse un criterio de exclusión para terapias avanzadas.