

## P73

## 212. INCIDENCIA DE COMPLICACIONES GRAVES EN TRASPLANTES CARDÍACOS URGENTES Y NO URGENTES. 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

Doñate Bertolín L, Mata Cano D, Heredia Cambra T, Bel Mínguez AM.<sup>a</sup>, Pérez Guillén M, Margarit Calabuig JA, Valera Martínez FJ, Torregrosa Puerta S, Castelló Ginestar A, Serrano Martínez F, Montero Argudo JA  
*Hospital La Fe, Valencia*

Objetivo: analizar la diferente incidencia de complicaciones graves en los trasplantes urgentes y no urgentes.

Material y métodos: entre enero de 2001 y febrero de 2010 se estudiaron 301 pacientes sometidos a trasplante cardíaco, excluyendo trasplantes combinados cardiopulmonares y re-trasplantes. Se consideraron dos grupos (trasplantes urgentes y trasplantes no urgentes), y se comparó la supervivencia entre ambos, así como la aparición de infección, fallo primario del injerto, fallo renal y hepático, complicaciones respiratorias, taponamiento cardíaco, arritmias, reintervención y estancia en cuidados intensivos.

Resultados: 74 pacientes (24,58%) se trasplantaron de forma urgente, y 227 (75,42%) fueron no urgentes, con un tiempo medio de permanencia en lista de espera de 66,29 días (0-966 días). Entre las características basales del grupo de

trasplantes urgentes, destaca una mayor incidencia de cardiopatía de base isquémica, siendo en este grupo más prolongado el tiempo de *bypass* cardiopulmonar. La mortalidad global en la unidad de cuidados intensivos (UCI) fue del 2,6%, sin diferencias significativas entre ambos grupos. Los trasplantes urgentes se asociaron significativamente a mayor incidencia de fallo agudo del injerto (FAI), necesidad de balón de contrapulsación intraaórtico y ventilación mecánica más prolongada, así como a mayor número de infecciones bacterianas y estancia en UCI significativamente mayor.

Conclusiones: en nuestra serie, el trasplante urgente no presentó una mayor mortalidad perioperatoria. Sin embargo, observamos mayor número de complicaciones graves, asociadas a mortalidad a más largo plazo, como FAI, infección bacteriana y ventilación mecánica prolongada.

## P74

## 213. EVOLUCIÓN DEL FALLO PRIMARIO DEL INJERTO EN LOS 25 AÑOS DE TRASPLANTE CARDÍACO

Martínez P, López J, Ramis S, Castedo E, Serrano-Fiz S, García-Montero C, Burgos RJ, Gómez-Bueno M, Segovia J, Pulpón L, Ugarte J  
*Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda*

Objetivos: en la historia del trasplante cardíaco siempre ha estado inmerso el fallo primario del injerto. Curiosamente, a medida que han ido pasando los años ha sido una entidad que ha ido en aumento debido a los cambios en receptores y donantes.

Métodos: se definió como fallo primario del injerto (FPI) a la disfunción sistólica grave uni o biventricular del injerto con compromiso hemodinámico grave en las primeras horas tras el trasplante. Vamos a intentar analizar las características de los pacientes que han sufrido FPI en nuestro centro tras los 783 trasplantes realizados hasta este momento

Resultados (Tabla 1):

Conclusiones: a pesar de los avances en los últimos años se observa un aumento de la incidencia de FPI. Sin embargo, la mortalidad temprana del FPI ha disminuido con la experiencia, lo que podría estar asociado con el tratamiento más temprano y agresivo de soporte circulatorio mecánico de los últimos tiempos.

TABLA 1.

	1984-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	p	
Incidencia FPI	8,9%	5,9%	11,9%	13,1%	15,2%	0,038	
Mortalidad a 30 días	100%	90,9%	79,2%	65,2%	66,7%	0,01	
Asistencia mecánica circ	42,9%	54,5%	54,2%	78,3%	100%	0,037	
Edad > 60 años en receptor	2,6%	11,8%	28,9%	27,8%	33,7%	< 0,001	
Diabetes <i>mellitus</i> (DM) en receptor	5,1%	7,5%	13,4%	18,2%	22,2%	< 0,001	
Terapia inotrópica en receptor	29,1%	34,2%	37,3%	50,6%	48%	< 0,001	
Presión aurícula derecha (AD) receptor > 10 cm	32,9%	33,2%	44,3%	53,3%	67,8%	< 0,001	
Edad donante mayor > 30 años	16,5%	28,9%	46,8%	55,1%	65,1%	< 0,001	
Donante mujer	11,7%	11,7%	27,2%	20,7%	32,5%	36,7%	0,011
Tiempo isquemia > 240 min	5,1%	5,1%	20,3%	28,8%	21,8%	43,7%	0,007