



4036-2. SOPORTE CIRCULATORIO CON ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DE CRÍTICOS. ¿PODEMOS SOBREVIVIR SIN ÉL?

María Cristina Castrillo Bustamante, Marta Ruiz Lera, Virginia Burgos Palacios, Miguel Llano Cardenal, Manuel Cobo Belaustegui, Ángela Canteli Álvarez, Natalia Royuela Martínez y J. Francisco Nistal Herrera del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción: Los dispositivos de asistencia ventricular a corto plazo suponen el último escalón terapéutico para los pacientes en *shock* cardiogénico refractario. En España existen pocos centros con programa de soporte mecánico circulatorio establecido. Nuestro objetivo es analizar los resultados con el uso de dispositivos de asistencia ventricular izquierda en nuestro hospital.

Métodos: El programa de SC comenzó en Abril de 2009. Hemos implantado 117 dispositivos (29 asistencias ventriculares con Levitronix Centrimag[®], 13 izquierdas y 16 biventriculares). Describimos las características y evolución de los pacientes que recibieron asistencia ventricular izquierda.

Resultados: Edad media 51,8 años, porcentaje de varones 61,5%. Patología de base: post-IAM 76,9% (n = 10), miocardiopatía dilatada 7,7% (n = 1), miocarditis 7,7% (n = 1), miocardiopatía restrictiva 7,7% (n = 1). Escala INTERMACS 1 en 46,15% (n = 6), 2 en 15,4% (n = 2), ECMO previa en 38,4% (n = 5). El objetivo fue el puente al trasplante cardiaco en el 69,2% (n = 9) y a la recuperación en 30,8% (n = 4). La duración media de soporte fue 21,99 (2,54-51,17) días. El tiempo medio de soporte con balón de contrapulsación fue de 1,58 (0,54-3,85) días. La anticoagulación con HNF se inició con un retraso medio de 13,54 (4-25) horas. La duración media de la ventilación mecánica fue de 10,01 (3,88-27,44) días. Las principales complicaciones fueron la insuficiencia renal 46,2% (n = 6), el ACVA isquémico 38,5% (n = 5), la infección 61,5% (n = 8), el fallo derecho 15,4% (n = 2) y la hemorragia 42,9% (n = 6) la más frecuente fue el taponamiento cardiaco (n = 4). El 46,1% (n = 6) precisó reintervención por sangrado. Se consiguió éxito, entendido como retirada del dispositivo por recuperación o trasplante, en el 76,9% (recuperación n = 3, trasplante n = 7). La principal causa de muerte fue el bajo gasto cardiaco (n = 2) seguido por el ACVA (n = 1). La supervivencia fue del 69,2% (n = 9).

Conclusiones: El soporte circulatorio con asistencia ventricular es una técnica segura y que permite alcanzar cifras de supervivencia cercanas al 70% en un grupo de pacientes en las que la no utilización de este tipo de dispositivos condiciona una mortalidad cercana al 100%. Nuestra experiencia apoya el uso de estos dispositivos no sólo como puente al trasplante si no también como puente a la recuperación.