



Revista Española de Cardiología



5029-3. LA ASISTENCIA CIRCULATORIA TIPO ECMO PERMITE RESCATAR PARA CIRUGÍA A LOS PACIENTES MÁS GRAVES CON *SHOCK* CARDIOGÉNICO POR COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POSINFARTO DE MIOCARDIO

Andrea Izquierdo Marquisá, Albert Ariza Solé, José Carlos Sánchez-Salado, Fabrizio Sbraga, Daniel Ortiz, José González Costello, Albert Miralles y Ángel Cequier-Fillat del Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: La comunicación interventricular (CIV) posinfarto tiene una mortalidad muy elevada, condicionada fundamentalmente por el tiempo hasta la cirugía y la gravedad del paciente al ingreso. El papel de los dispositivos de asistencia ventricular tipo ECMO en la estabilización de estos pacientes ha sido muy escasamente estudiado.

Métodos: Registro prospectivo unicéntrico de pacientes consecutivos entre mayo 2004 y abril 2017 ingresados en nuestro Hospital y diagnosticados de CIV posinfarto. Analizamos características basales, situación hemodinámica y metabólica al ingreso y previamente a la cirugía; la necesidad de ventilación mecánica (VM), de técnicas de remplazo renal (CRRT) y soporte circulatorio (SC). Finalmente analizamos la mortalidad según el tratamiento recibido.

Resultados: Incluimos 28 pacientes: edad media 69 años, 67,9% varones, 64,3% hipertensos, 32,1% diabéticos y 10,7% con neoplasia previa. Ingresaron en INTERMACS II y I el 53,6% y 28,6% respectivamente. 13 con infarto anterior y 15 inferior. Durante su ingreso 18 precisaron de VM, 8 de CRRT, se implantó balón de contrapulsación intraaórtico en 60,7% y una AV en 39,3% (8 ECMO veno arterial (VA) periférica, 2 Centrimag biventricular 1 Centrimag izquierda). Se intervino quirúrgicamente el 71,4%, siendo los pacientes no operados más mayores (74,7 frente a 67 años, $p = 0,066$), más diabéticos (50 frente a 25%), con más neoplasia previa (25 frente a 5%) y con mayores valores de lactato (7 frente a 3,5). Se intervino a 9 bajo SC, y eran más jóvenes (60,5 frente a 72,2 años, $p = 0,002$), con peor situación hemodinámica (INTERMACS 1 44,4 frente a 18,2%), con tendencia a menor tensión arterial sistólica (89 frente a 100 mmHg), mayor frecuencia cardíaca (98 frente a 88 lpm), mayor acidosis metabólica (HCO_3^- 18 frente a 25 mEq, $p = 0,002$), mayores valores de lactato (5,14 frente a 2,08, $p = 0,058$) y peor función ventricular (FEVI 40 frente a 49%). La mortalidad global hospitalaria fue del 46,4%, siendo del 25% en los pacientes intervenidos. A pesar de su peor perfil de riesgo, los pacientes intervenidos bajo SC presentaron una mortalidad ligeramente inferior (22,2%). La mortalidad en los pacientes intervenidos asistidos con ECMO VA fue de 0%.

Conclusiones: El uso de dispositivos de soporte ventricular en la fase aguda permite rescatar para cirugía a pacientes en situación más grave, con resultados muy favorables.