



Revista Española de Cardiología



6003-204. SOPORTE CIRCULATORIO CON ASISTENCIA BIVENTRICULAR. A GRANDES MALES GRANDES SOLUCIONES

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

Resumen

Introducción: Los dispositivos de asistencia biventricular a corto plazo son el último escalón terapéutico en los pacientes portadores de disfunción biventricular severa que presentan *shock* cardiogénico refractario. La experiencia en SC en nuestro país es limitada. Nuestro objetivo es analizar los resultados del uso de dispositivos de asistencia biventricular 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 biventricular.

Resultados: Edad media 48,31 años, porcentaje de varones 68,8%. Patología de base: miocardiopatía dilatada 50% (n = 8), post-IAM 12,5% (n = 2), miocarditis 6,3% (n = 1), miocardiopatía hipertrófica 6,3% (n = 1). INTERMACS 1 en 18,75% (n = 3), 2 en 25% (n = 4), ECMO previa 56,25% (n = 9). El objetivo fue el puente al trasplante cardiaco en 56,3% (n = 9) y a la recuperación en 43,8% (n = 7). La duración media del soporte fue 9,76 (0,21-43,88) días. El tiempo medio de soporte con balón de contrapulsación fue de 2,9 (0,21-8,5) días. La anticoagulación con HNF se inició con un retraso medio de 32,54 (2-91) horas. La duración media de la ventilación mecánica fue de 7,59 (0,21-19) días. Las principales complicaciones fueron la insuficiencia renal 56,3% (n = 9), complicaciones neurológicas (25%): ACVA isquémico (n = 1), encefalopatía anóxica (n = 2), infección 50% (n = 8) y hemorragia 68,75% (n = 11) siendo la más frecuente el taponamiento cardiaco (n = 8). El 68,75% (n = 11) precisó reintervención por sangrado. Se consiguió éxito, entendido como retirada del dispositivo por recuperación o trasplante, en el 43,75% (recuperación n = 4, trasplante n = 4). La principal causa de muerte fue la infección (n = 3) seguida por FMO (n = 2), embolia gaseosa (n = 2), bajo gasto cardiaco (n = 1) y hemorragia (n = 1). La supervivencia fue del 43,74% (n = 7).

Conclusiones: En un escenario muy desfavorable como es el *shock* cardiogénico refractario en el seno de disfunción biventricular grave, la utilización de dispositivos de asistencia biventricular permite rescatar un porcentaje razonable de pacientes que parten de una probabilidad de supervivencia cercana a 0 en ausencia de medidas de soporte mecánico de esta envergadura.