



4010-7. PUENTE A TRASPLANTE CON LA ASISTENCIA VENTRICULAR HEARTWARE, EXPERIENCIA A LARGO PLAZO DE UN CENTRO

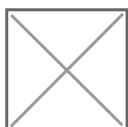
Aida Suárez Barrientos, Karl Norrington, Anton Sabashnikov, Maya Abayalingam, Andre Simon y Nicholas Banner del Harefield Hospital, Royal Brompton and Harefield Hospital NHS Foundation Trust, Reino Unido.

Resumen

Introducción y objetivos: Las asistencias ventriculares (LVAD) ofrecen una alternativa a los pacientes en espera de un donante cardíaco y mejoran algunas de las posibles contraindicaciones para el futuro trasplante. El objetivo del estudio es presentar nuestra experiencia con la asistencia tipo Heartware (HVAD) como puente a trasplante.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes a los que se implantó una HVAD entre 2009 y 2014, centrado en las variables relevantes para este población como candidatos a trasplante.

Resultados: Se incluyeron 74 pacientes (tabla). El tiempo medio de soporte fue 16 ± 2 meses y de seguimiento 19 ± 2 meses. La mortalidad global fue 29,7%, 4,1% se explantaron electivamente y 7% se recambiaron. El 10,8% fue trasplantado con éxito (espera media 15 ± 4 meses), sin diferencias significativas en la supervivencia de este grupo (fig.). El 55,5% mantiene la HVAD in situ: 45% en lista de trasplante rutinaria, 5% en lista urgente, 12,5% suspendidos y 37,5% no incluidos. La causa más frecuente de no inclusión fue recuperación postquirúrgica o problemas sociales/psicológicos, y de suspensión el sobrepeso. Post-HVAD la presión capilar pulmonar (PCP) disminuyó una media de 15 ± 1 mmHg ($p < 0,001$), la presión arterial pulmonar (PAP) media 18 ± 1 mmHg ($p < 0,001$) y la resistencia vascular pulmonar 1 ± 1 UW ($p < 0,002$). 7% presentaban una RVP basal > 5 , en los que la reducción media post-HVAD fue de 4 UW; En el 7% el gradiente transpulmonar (GTP) inicial era > 15 mmHg, 60% de ellos mejoraron a un GTP 11 mmHg; La PAP sistólica basal era > 60 mmHg en el 28% y se redujo por debajo de dicho valor en el 60% de casos. De los pacientes con insuficiencia renal pre-HVAD (45%) solo un 21% la mantuvo a largo plazo ($p < 0,006$). El índice de masa corporal (IMC) medio aumentó significativamente: basal 26 ± 1 y post-HVAD 28 ± 1 ($p < 0,0001$). 11% tenía IMC pre-HVAD > 32 , de los cuales 80% persisten en dicho nivel. Los valores espirométricos no presentaron diferencias significativas preimplante ni en el seguimiento. El aumento postquirúrgico de pacientes con anticuerpos anti-HLA $> 10\%$ (de 15 al 19%) no fue significativo y se redujo al 5% posteriormente.



Curva de supervivencia Kaplan-Meier.

Características basales	
N	74
Edad	47 ± 1
Sexo (varones)	84%
Enfermedad basal (no-isquémicos)	76%
Fracción de eyección	17 ± 2%
INTERMACS	1-2 40%; 3-4 55%
Soporte mecánico de corto plazo pre-LVAD	16%
Asistencia ventricular de corto plazo derecha post-LVAD	12%
Índice de masa corporal	26 ± 1
PicoVO2	12 ± 1
PCP	26 ± 1 mmHg
PAPs	50 ± 2 mmHg
PAPm	36 ± 2 mmHg
RVP	3 UW
Índice cardiaco	1,6 L/min/m ²
FEV1 (% predecible)	71 ± 3%
CVF (% predecible)	74 ± 3%
Cr Cl	45%

Anticuerpos anti-HLA > 10%	15%
PAPs: presión arterial pulmonar sistólica; PAPm: presión arterial pulmonar media; RVP: resistencia vascular pulmonar; FEV1: volumen espirado forzado en el primer segundo; CVF: capacidad vital forzada.	

Conclusiones: La asistencia Heartware es segura y eficiente como puente a trasplante cardiaco, destacando durante el soporte una significativa reducción de las presiones pulmonares y resistencia vascular pulmonar.