



6031-402. PUENTE AL TRASPLANTE CARDIACO CON DISPOSITIVOS DE SOPORTE MECÁNICO CIRCULATORIO DE CORTA DURACIÓN. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

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

Resumen

Introducción: Actualmente asistimos a un cambio en el escenario clínico del trasplante cardiaco (TC) en nuestro país. La mayor demora en lista de espera, así como el incremento de potenciales receptores, aumenta la posibilidad de sufrir deterioro clínico refractario a tratamiento médico que obligue al empleo de dispositivos de soporte circulatorio (DSC) como puente al TC. La experiencia en nuestro país es limitada. Describimos los resultados del empleo de los DSC como puente al TC en nuestro centro.

Métodos: Desde el 2009 se han implantado un total de 32 DSC a 30 pacientes (pac) como puente al TC. 27 pac con intención inicial de TC, 2 con intención de puente a la recuperación y 1 como puente a la decisión. Presentamos un estudio descriptivo de esta cohorte.

Resultados: Mediana edad 54,3 años (IQR: 50-60,5). 76% varones. 28% se implantaron por miocardiopatía (MCD) dilatada idiopática, 22% isquémica, 32% posinfarto, 6% poscardiotomía, 6% MCD hipertrófica, 6% otros. 2 pac habían tenido parada cardiaca reanimada previa al soporte. El 72% de los pac tenían implantado BIAC y un 80% estaban intubados antes del implante. Se implantaron 16 dispositivos de asistencia ventricular izquierda (Levitronix Centrimag[®]), 11 de asistencia biventricular (BiVAD) y 5 ECMO VA (Maquet-PLS[®]). 2 ECMO VA precisaron conversión a BiVAD por soporte inadecuado. Fue necesaria la reintervención en 16 casos (50% de los implantes), 5 por hemorragia y 11 por taponamiento cardiaco. Se empleó antibioterapia por infección en el 68% de los pac y terapia de sustitución renal en el 31%. Se detectaron ictus con secuelas en el 9%. Tras una mediana de soporte de 15 días (IQR: 5-24,3), alcanzaron el TC 19 pac (65,5%), sobreviviendo el 100% al mismo y permaneciendo vivos en la actualidad, con una media de seguimiento de $1,2 \pm 1,4$ años. Causas de muerte: infección (6,9%); fracaso multiorgánico (6,9%); soporte insuficiente (3,4%); encefalopatía posanóxica (3,4%); ictus (3,4%).



Supervivencia DSC como puente al trasplante cardiaco.

Conclusiones: El deterioro clínico refractario a tratamiento médico de los pac en lista de espera para TC obliga al empleo de medidas extraordinarias. Con una mediana de tiempo de 11,5 días en lista de espera urgente para TC en nuestro medio, los DSC de corta duración constituyen por el momento una medida

apropiada, mejorando significativamente la supervivencia de estos pac y demostrando unos resultados post-TC excelentes.