Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 984

Revista Española de Cardiología

6033-419. EMPLEO DEL BALÓN INTRAAÓRTICO DE CONTRAPULSACIÓN COMO TERAPIA PUENTE A TRASPLANTE CARDIACO. ¿FIN DE UNA ETAPA?

Jorge Nuche Berenguer, Roberto Martín Asenjo, Juan José Parra Fuertes, Isabel Montilla Padilla, Álvaro Roldán Sevilla, Juan Francisco Delgado Jiménez, Héctor Bueno Zamora y Fernando Arribas Ynsaurriaga del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El número de candidatos a trasplante aumenta a medida que se ha reduce el número de donantes, por lo que el tiempo de espera para trasplante ha aumentado. Esto ha condicionado el desarrollo de distintas terapias como puente al trasplante. Tras la publicación del "IABP-*Shock* II trial", la utilidad del balón intraórtico de contrapulsación (BIAoC) en pacientes con *shock* cardiogénico está cuestionada. No obstante, siguen existiendo dudas sobre su utilidad en algunos escenarios, siendo el puente a trasplante cardiaco uno de ellos.

Métodos: Recogida retrospectiva de los datos de pacientes ingresados desde 2010 en la Unidad Coronaria y Reanimación de Cirugía Cardiaca de un hospital terciario.

Resultados: Desde el año 2010 hasta marzo de 2016, se implantaron 219 BIAoC, de los cuales 21 se implantaron como puente a trasplante. Entre estos, 18 (85,7%) eran varones y la edad media 47,43 años (DE 13,03). 5 pacientes padecían cardiopatía dilatada isquémica, 11 miocardiopatía dilatada, 2 miocardiopatía restrictiva, 2 dilatada por antraciclinas y 1 secundaria a distrofinopatía. 9 pacientes presentaban insuficiencia mitral. La fracción de eyección media era del 22,38% (DE 6,87%) y 13 pacientes presentaban además ventrículo derecho disfuncionante. En 19 pacientes el motivo de implante fue *shock* cardiogénico o congestión refractarios a tratamiento médico. En 2 casos se implantó por tormenta arrítmica. En el momento del implante el 90,5% recibían dobutamina y el 47,6% noradrenalina. La mediana de horas bajo soporte fue de 168 (Q25: 96; Q75: 240). 4 pacientes presentaron complicaciones isquémicas (en uno de ellos la isquemia mesentérica fue la causa de la muerte y en otro la isquemia de miembro inferior obligó a retirar el balón, e implantar ECMO central con posterior muerte). De los 21 pacientes, 12 fueron trasplantados, 3 precisaron soporte con ECMO (2 de los cuales murieron tras su implante) y 5 murieron. Un paciente presentó evolución favorable que permitió la retirada del BIAoC y trasplante posterior.

Conclusiones: A pesar de sus limitaciones, el BIAoC continúa siendo una terapia adecuada y poco agresiva para el soporte de pacientes en lista de espera de trasplante. Sin embargo, es importante una valoración estricta del paciente para progresar con agilidad a dispositivos que ofrezcan mayor soporte en caso de mala evolución.