Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 299

Revista Española de Cardiología

4013-5. ASISTENCIA VENTRICULAR COMO PUENTE A TRASPLANTE CARDIACO. ¿EN QUÉ MOMENTO NOS PLANTEAMOS LA INCLUSIÓN EN ALARMA 0?

Beatriz de Tapia Majado, Santiago Catoya Villa, Juan Sánchez Ceña, Sofía González Lizarbe, Teresa Borderías Villarroel, David Serrano Lozano, Indira Cabrera Rubio, Manuel Lozano González, Joffrey Eduardo Luján Valencia, Virginia Burgos Palacios, Marta Ruiz Lera, Cristina Castrillo Bustamante, Ángela Canteli Álvarez, Manuel Cobo Belaustegui y Jose Aurelio Sarralde Aguayo, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: El uso de dispositivos de soporte circulatorio (DSC) como puente a trasplante cardiaco (PTC) se ha convertido en una estrategia habitual en pacientes en situación INTERMACS 1-3. A pesar de ser un tratamiento invasivo, el soporte con estos dispositivos no tiene por qué conferir un peor pronóstico, si se plantea el trasplante cardiaco tras alcanzar estabilidad clínica. El objetivo es evaluar las características de los pacientes con un dispositivo de asistencia ventricular de corta duración (DAVCD) como PTC, con especial hincapié en el momento de la inclusión en lista de espera de trasplante cardiaco (LETC).

Métodos: Desde 2009 se han implantado en nuestro centro un total de 252 DSC a 206 pacientes, 98 de los cuales fueron DAVCD. De estos, 85 se implantaron como PTC.

Resultados: El 83,5% eran varones, con edad media de 53,9 (± 10,03) años. Todos los DAVCD fueron Levitronix Centrimag: 58,8% izquierdas, 1,2% derechas y 40% biventriculares (36,5% inicial, 3,5% secuencial). La enfermedad de base se muestra en la figura. Al implante, el 85,9% de los pacientes estaban en situación INTERMACS 2 o 3, y el 94,1% precisaba soporte inotrópico: puntuación inotrópica media 16 (± 16,4) y *Vasoactive-Inotropic Score* (VIS) 31,2 (± 39,2). El 78,8% de los pacientes fue incluido en LETC, con tiempo medio de soporte de 20,3 (± 14,6) días hasta la inclusión. La evolución hasta su inclusión se describe en la tabla 1. En el momento de la inclusión, el 95,5% no requería ventilación mecánica invasiva. Ningún paciente tenía fallo hepático, un 1,5% presentaba fallo renal y el lactato era normal (6,9 ± 2,2 mg/dl) en todos. Asimismo, la necesidad de soporte inotrópico fue menor: puntuación inotrópica 0,99 (± 2,1), VIS 1,7 (± 3,6). El 94% se encontraba realizando rehabilitación física y en un 86,6% la alimentación era vía oral. La media de días en alarma 0 fue de 10,9 (± 8,7) y la de soporte total de 27,5 (± 17,9). El 95,5% de los pacientes incluidos en LETC fueron trasplantados. La supervivencia al año de este grupo fue del 95,3%. El 4,5% que falleció en alarma 0 lo hizo por ictus isquémico, hemorrágico o futilidad.

Evolución y complicaciones durante el soporte	
Insuficiencia renal (n, %)	29 (34,12%)

Tratamiento sustitutivo renal: 17/29	
Sangrado (n, %)	64 (75,29%)
	Taponamiento: 49,41%
Reintervención (n, %)	50 (58,82%)
	Taponamiento: 47,06%
	Nº RE-IQ/PAC.: 2,21 ± 1,67
Infección (n, %)	58 (68,24%)
	Respiratoria: 36,47%
	Bacteriemia: 16,47%
	Sepsis: 9,41%
	Urinaria: 4,70%
	Herida quirúrgica: 1,18%
Complicación vascular (n, %)	2 (2,35%)
Complicación SNC (n, %)	20/85 (23,53%)
	Anóxica: 2,45%
	Isquémica sin secuelas: 12,94%
	Isquémica con secuelas: 7,06%
	Hemorrágica: 1,18%

	16 (18,82%)
	Infección: 4,70%
Complicaciones del dispositivo (n, %)	Hemólisis: 4,70%
	Fallo estructural: 2,35%
	Trombosis cánulas: 7,06%
	Trasplante: 64 (75,3%)
Motivo de retirada VAD (n, %)	
	Muerte: 21 (24,70%)
	18 (21,18%)
	Fallo multiorgánico: 2 (11,11%)
	Infección: 6 (33,33%)
	Ictus isquémico: 2 (11,11%)
Motivo de muerte preinclusión en LE (n, %)	Hemorragia: 3 (16,67%)
	Problema con el implante: 1 (5,55%)
	Embolia gaseosa: 2 (11,11%)
	Futilidad: 1 (5,55%)
	Otras: 1 (5,55%)
Tiempo de soporte con VAD	27,49 ± 17,97
Tiempo de VMI	10,16 ± 8,67

Estancia media UCI	44,48 ± 25,99
Estancia media hospital (días) (M ± DE)	66,37 ± 40,04

Las cifras expresan n (%) o media ± desviación estándar.

Enfermedad de base que motivó el implante del DAVCD.

Conclusiones: El uso de DAVCD en pacientes en situación INTERMACS 2-3 permite recuperar el daño orgánico y mejorar la situación global. Esto se traduce en una supervivencia al año del trasplante cardiaco similar o, incluso, ligeramente superior a la de aquellos pacientes que se trasplantan de forma electiva.