



5011-3. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POSINFARTO EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE ECMO

Juan Diego Sánchez Vega¹, Gonzalo Luis Alonso Salinas², José María Viéitez Flórez³, José Luis Zamorano¹ y Marcelo Sanmartín Fernández¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ²Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña y ³Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El soporte circulatorio mecánico mediante ECMO ha supuesto un cambio en el tratamiento de la comunicación interventricular (CIV) postinfarto. Esto se debe a la capacidad para mantener a los pacientes estables hemodinámicamente, permitiendo realizar una reparación quirúrgica demorada, lo cual se ha correlacionado con una mayor supervivencia. El objetivo de este estudio es determinar cuáles son las variables de tratamiento y la supervivencia de los pacientes con CIV postinfarto en función de la utilización o no de ECMO-VA.

Métodos: Reunimos una cohorte retrospectiva de 141 pacientes consecutivos de 13 hospitales terciarios, con CIV postinfarto. Se atendió a un total de 82 pacientes en 7 hospitales con disponibilidad de ECMO como dispositivo de soporte circulatorio mecánico. En estos pacientes se analizaron variables de tratamiento y supervivencia.

Resultados: Se observó una tendencia significativa a una menor edad de 10 años de diferencia entre ambos tipos de centro. No se encontraron diferencias en cuanto a sexo. El uso de IABP (72,8 vs 55,2%) y de otros sistemas de soporte circulatorio como el Levitronix Centrimag (0 vs 6,1%) fue más frecuente en los hospitales que usaban ECMO-VA. En estos hospitales se observó un mayor número de complicaciones vasculares. La necesidad de transfusión sanguínea fue mayor en los hospitales que utilizaban este SCM (58,8 vs 34%, $p = 0,006$). No se observaron diferencias significativas en el uso de terapia renal sustitutiva o de fármacos inotrópicos. El uso de ventilación mecánica invasiva fue más frecuente en los pacientes de los hospitales con ECMO (75,3 vs 58,3%, $p = 0,046$). El tratamiento percutáneo se realizó con mayor frecuencia en los hospitales sin ECMO (20,3 vs 4,9%, $p = 0,004$), frente a la reparación quirúrgica, que fue más frecuente en los hospitales que si utilizaron este SCM. Los pacientes permanecieron de media en UCI el mismo tiempo, entorno a los 30 días en ambos tipos de centros. Se observó una menor mortalidad tanto intrahospitalaria (56,1 vs 72,9%, $p = 0,042$) como al año (74,6 vs 57,3%, $p = 0,035$) en los hospitales que usaron ECMO-VA.

Resultados del estudio

Variable	Hospital sin ECMO (n = 59)	Hospital con ECMO (n = 82)	p
Edad	79 (72,8-82,3)	69,4 (62,6-77,7)	0,001
Sexo masculino	32 (54%)	51 (62,2%)	0,343
Swan-Ganz	15 (25,8%)	24 (29,7%)	0,658
IABP	32 (55,2%)	50 (72,8%)	0,031
ECMO-VA	0	22 (26,8%)	0,001
Otro SCM (Levitronix Centrimag)	0	5 (6,1%)	0,053
Complicaciones vasculares	10 (18,2%)	17 (22,1%)	0,584
Sangrado	12 (24,0%)	9 (11,0%)	0,047
Trombosis	6 (11,8%)	12 (14,6%)	0,638
Cirugía vascular	3 (7,3%)	7 (9,1%)	0,742
Necesidad de transfusión	17 (34,0%)	47 (58,8%)	0,006
Terapia renal sustitutiva	9 (18,4%)	20 (26,0%)	0,323
Inotrópicos	39 (81,3%)	64 (83,1%)	0,790
Ventilación mecánica	28 (58,3%)	58 (75,3%)	0,046
Reparación percutánea	12 (20,3%)	4 (4,9%)	0,004
Reparación quirúrgica	33 (55,9%)	56 (68,3%)	0,133
Reparación quirúrgica + CABG	8 (13,6%)	25 (30,5%)	0,019

	3,9 ± 7,8	2,7 ± 3,8	
Días a reparación quirúrgica			0,899
	1 (0-4)	1 (0-5)	
	31,7 ± 31,1	34,9 ± 27,9	
Días en UCI			0,542
	25,5 (18-35)	29 (17-42,5)	
Ictus	1 (2,4%)	3 (3,8%)	0,703
Mortalidad intrahospitalaria	43 (72,9%)	46 (56,1%)	0,042
Mortalidad 1 año	44 (74,6%)	47 (57,3%)	0,035

IABP: balón de contrapulsación intraaórtico, ECMO-VA: ECMO venoarterial, SCM: soporte circulatorio mecánico, CABG: cirugía de *bypass* coronario, UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Conclusiones: En nuestro estudio, los centros que utilizaron sistemas de soporte circulatorio mecánico durante el tiempo del estudio presentaron tasas de supervivencia más elevadas que aquellos que no lo hicieron, si bien trataron pacientes con edad significativamente menor.