Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 683

Revista Española de Cardiología

4. USO COMBINADO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA Y MITRACLIP EN EL *SHOCK* CARDIOGÉNICO: REGISTRO MITRA-ASSIT

Borja Rivero Santana[1], Alfonso Jurado-Román[1], Guillermo Galeote García[1], Isaac Pascual Calleja[2], Dabit Arzamendi Aizpurua[3], Pilar Jiménez Quevedo[4], Rodrigo Estévez Loureiro[5], Pedro Cepas-Guillén[3], Ana M. Serrador Frutos[6], Pablo Avanzas Fernández[2], Tomás Benito González[7], José María de la Torre Hernández[8] y José Raúl Moreno Gómez[1]

[1]Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, [2]HUCA Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España, [3] Hospital Clínic, Barcelona, España, [4]Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, [5]Complexo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Cíes, Vigo (Pontevedra), España, [6]Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, [7]Complejo Asistencial Universitario, León, España y [8]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes que presentan *shock* cardiogénico (SC) e insuficiencia mitral (IM) tienen un riesgo quirúrgico prohibitivo que contraindica la cirugía en la mayoría de los casos. El uso combinado de la terapia transcatéter borde a borde (TEER) y el implante de asistencia ventricular izquierda en pacientes con SC es poco frecuente y la evidencia disponible es escasa. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados clínicos del implante de MitraClip (Abbott Vascular) en pacientes con dispositivos de asistencia ventricular izquierda y *shock* cardiogénico.

Métodos: MITRA-ASSIST es un registro retrospectivo multicéntrico (7 centros españoles). Se incluyeron pacientes con IM y SC que se sometieron a TEER en combinación con asistencias ventriculares izquierdas entre marzo de 2015 y noviembre de 2022. Se analizaron las características clínicas, del procedimiento y los resultados a medio-largo plazo (mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardiaca y reingresos por insuficiencia cardiaca [IC]).

Resultados: Se incluyeron un total de 23 pacientes. La mediana de edad fue de 66 (51-82) años y el 65% eran mujeres. El resto de características demográficas se resume en la tabla. El balón de contrapulsación intraaórtico fue la asistencia ventricular implantada con mayor frecuencia (82,6%), seguido de la ECMO (8,7%), el IMPELLA CP (4,3%) o la combinación de ambos (4,3%). El tiempo medio desde el inicio del *shock* hasta la implante del clip fue de 8,8 ± 9,8 días y el número medio de clips implantados fue de 1,6 ± 0,7. El grado de IM residual fue ? II en todos los casos, tanto de forma inmediata como en el ecocardiograma de control previo al alta. En más del 90% de los casos se pudo retirar la asistencia con éxito, consiguiendo una supervivencia hospitalaria del 91,8%. La mediana de seguimiento fue de 430 (305-1.047) días. En los primeros 6 meses de seguimiento, solo falleció un paciente (causa no cardiaca) y hubo dos ingresos por IC. Al final del seguimiento, un total de 5 pacientes fallecieron, 2 de ellos por causa cardiaca (figura 1A) y hubo 8 reingresos por IC (figura 1B).

Características demográficas y clínicas

	Total (n = 23)
Edad -años	66,0 (51-82)
Mujer-nº, %	16 (65%)
DM-nº, %	12 (52,2%)
HTA-nº, %	13 (56,5%)
DLP-nº, %	14 (70,0%)
IAM previo-nº, %	12 (52,2%)
ICP previo-nº, %	10 (43,5%)
Bypass quirúrgico-nº, %	3 (13,0%)
Ictus previo-nº, %	2 (8,7%)
Arteriopatía periférica-nº, %	7 (30,4%)
FG-media (DE)	45,6 (19,6)
HB -media (DE)	10,5 (1,8)
InterMACS-nº, %	
1	6 (26,1%)
2	7 (30,4%)
3	10 (43,5%)
SCAI-nº, %	

C	17 (73,9%)
D	6 (26,1%)
Escala NYHA IV-nº, %	21 (91,3%)
FMO-nº, %	15 (65,2%)
EAP-nº, %	20 (87,0%)

DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial; DLP: dislipemia; IAM: infarto agudo de miocardio; ICP: intervencionismo coronario percutáneo; FG: filtrado glomerular; HB: hemoglobina; NYHA: *New York Heart Association*; FMO: fracaso multiorgánico: EAP: edema agudo de pulmón.

Curvas de supervivencia para mortalidad (A) y reingreso por insuficiencia cardiaca (B).

Conclusiones: El uso combinado de MitraClip y asistencia ventricular izquierda es seguro, técnicamente factible y tiene buenos resultados a corto, medio y largo plazo. Aunque son necesarios más estudios para estandarizar su uso, podría ser la terapia de elección en pacientes con IM aguda y *shock* cardiogénico.