



6033-422. ASISTENCIAS VENTRICULARES MECÁNICAS COMO PUENTE A RECUPERACIÓN: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Iria Silva Conde, Alberto Alperi García, Rebeca Lorca Gutiérrez, José Rozado Castaño, Lidia Martínez Fernández, Luis Gutiérrez de la Varga, Beatriz Díaz Molina y José Luis Lambert Rodríguez del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes que precisan una asistencia ventricular mecánica (AVM) suelen estar en situaciones clínicas críticas y normalmente el pronóstico es malo a corto plazo. Existe un grupo de pacientes en el que se utiliza como puente a recuperación cuya evolución suele ser más favorable. Nuestro objetivo es describir las características basales, del tipo asistencia y del motivo del implante en este grupo de pacientes.

Métodos: Se realizó un registro retrospectivo de todos los pacientes que precisaron AVM en un hospital terciario. Se tuvieron en cuenta características basales, de enfermedad cardiovascular, tipo de asistencia y evolución durante el ingreso.

Resultados: De la muestra total de 62 pacientes con implante de AVM desde el año 2008 hasta enero del 2016, 17 pacientes (2,7%) se recuperaron, pudiéndose explantar durante el ingreso el dispositivo de AVM. La edad media de los 17 pacientes fue $47,8 \pm 13,4$ años, el 52,9% varones, 11,8% fumadores, 29,4% hipertensos, 23,53% dislipémicos, 23,5% dislipémicos, ningún diabético, 5,9% ictus previo, 11,8% antecedente de disfunción sistólica. El 94,1% de las AVM implantadas fueron ECMO (15 venoarteriales, 1 venovenosa), tan solo una Levitronix. Los motivos más frecuentes de implante fueron miocarditis y *shock* postcirculación extracorpórea (CEC) (35,3%), distrés respiratorio y *shock* cardiogénico en síndrome coronario agudo (SCA) (11,8%). El 80% tenían INTERMACS 1 o 2 y el 20% restante clase 3. La duración media de la AVM fue $8,2 \pm 1$ día. En el 64,7% la FEVI era conservada en el momento del explante. Con respecto a las complicaciones: 31,25% sangrado mayor, 17,6% sangrado en la zona de punción, 5,9% ictus y ninguna trombosis del dispositivo. La mortalidad intrahospitalaria fue del 29,4%. De los pacientes que fallecieron en 2 casos (11,8%) el motivo del implante había sido *shock* post-CEC tras trasplante cardíaco (pacientes previamente en lista de espera). De los pacientes que se recuperaron y se les explantó el dispositivo solo 1 caso (5,9%) se trasplantó antes del alta.



Conclusiones: Los motivos de implante más frecuentes observados en pacientes que evolucionan a la recuperación tras implante de AVM son miocarditis y *shock* post-CEC. En estos pacientes hasta una quinta parte estaban en clase INTERMACS mayor a 2. La tasa de supervivencia intrahospitalaria observada fue elevada.