



4003-9. TRATAMIENTO DEL FALLO VENTRICULAR DERECHO EN PACIENTES CON DISPOSITIVOS DE SOPORTE VENTRICULAR IZQUIERDO DE CORTA DURACIÓN. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

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

Resumen

Introducción y objetivos: Una de las complicaciones más frecuentes durante el tratamiento de dispositivos de soporte ventricular izquierdo (LVAD, *left ventricular assist device*) es el desarrollo de fallo ventricular derecho (FVD). Existen diversas escalas que se han empleado en la prevención y diagnóstico precoz del FVD en pacientes con dispositivos de larga duración. La utilidad de los mismos en pacientes con LVAD de corta duración no está validada. Nuestro objetivo es describir los resultados de aquellos pacientes con LVAD de corta duración que desarrollaron FVD.

Métodos: Desde 2009, se implantaron 252 dispositivos de soporte circulatorio de corta duración, de los cuales 98 fueron asistencias ventriculares tipo Levitronix Centrimag. De los 59 con LVAD, 33 desarrollaron FVD. Presentamos un análisis descriptivo de estos casos.

Resultados: Edad media 51,9 años. 90,9% varones. Las características y complicaciones se recogen en la tabla. El implante se realizó en situación de INTERMACS 2 o 3 en el 75,8%. El 18,2% habían recibido soporte circulatorio con oxigenador extracorpóreo de membrana (ECMO). Ocho pacientes tenían fallo hepático previo al implante, y solo 4 fallo renal. El 36,4% presentaba disfunción sistólica ventricular derecha moderada o grave, y el 34,6%, insuficiencia tricuspídea. En el 27,3% de los pacientes se observaron unas resistencias vasculares pulmonares superiores a 3 unidades Wood. La presión capilar pulmonar era superior a 18 mmHg en el 86,4%, y la presión venosa central superior a 15 mmHg en el 26,9%. El FVD se resolvió con un abordaje conservador (mediante tratamiento con inotrópicos y vasodilatadores pulmonares) en el 90,9% de los casos. En 3 pacientes fue necesario realizar reconversión a asistencia biventricular, y todos ellos están vivos en el momento actual. Seis pacientes fallecieron antes de su inclusión en alarma 0, los 27 restantes se trasplantaron. Finalmente, la supervivencia global al año fue del 81,8%, similar a la de la serie completa de LVAD.

Indicación (n)

MC dilatada

16 pacientes

Post-IAM	13 pacientes
MC hipertrófica	2 pacientes
Post-CEC	2 pacientes
INTERMACS (n)	
1	8 pacientes
2	12 pacientes
3	13 pacientes
Objetivo (n)	
Trasplante cardiaco	23 pacientes
Decisión	7 pacientes
Recuperación	3 pacientes
Fallo hepático previo (n)	8 pacientes
Fallo renal previo (n)	4 pacientes
Función sistólica ventricular derecha (n)	
Conservada	13 pacientes
Disfunción ligera	5 pacientes
Disfunción moderada	7 pacientes
Disfunción grave	5 pacientes

Insuficiencia tricuspídea (n)	9 pacientes
Insuficiencia mitral (n)	17 pacientes
Resistencias vasculares sistémicas 800 dinas/cm ² (n)	1 paciente
Resistencias vasculares pulmonares > 3 unidades Wood (n)	9 pacientes
Presión venosa central > 15 mmHg (n)	7 pacientes
Presión capilar pulmonar > 18 mmHg (n)	19 pacientes
Presión arterial pulmonar media > 14 mmHg (n)	20 pacientes
Complicaciones (n)	
Malposición de las cánulas	6 pacientes
Trombosis de las cánulas	2 pacientes
Ictus isquémicos	7 pacientes
Ictus hemorrágicos	0 pacientes
Hemorragias	19 pacientes
Resternotomía por taponamiento	14 pacientes
Resternotomía por hemorragia	2 pacientes
Resternotomía por otra causa	2 pacientes
Hemólisis	1 paciente
Infecciones (n)	

Respiratorias	18 pacientes
Bacteriemias	6 pacientes
Sepsis	2 pacientes
Herida quirúrgica	1 paciente
Tiempo de soporte (m $\pm$ DE)	30 $\pm$ 15,4 días
Estancia en UCI (m $\pm$ DE)	50,4 $\pm$ 25,6 días
Estancia hospitalaria (m $\pm$ DE)	75 $\pm$ 38,5 días

MC: miocardiopatía; IAM: infarto agudo de miocardio; CEC: circulación extracorpórea; UCI: unidad de cuidados intensivos; m: media; DE: desviación estándar.



Curva de supervivencia (serie completa de LVAD).

Conclusiones: Cuando implantamos una LVAD de corta duración, nos enfrentamos a un escenario diferente al de los dispositivos de larga duración. Mantener a los pacientes en una unidad de cuidados intensivos (UCI) hasta la retirada del dispositivo nos permite ser más laxos a la hora de indicar asistencia ventricular izquierda aislada. Esta estrategia en nuestro centro se acompaña de un tiempo prolongado de soporte y en UCI, sin que esto tenga un efecto negativo en la supervivencia.