

Asistencias ventriculares de larga duración en el shock cardiogénico post infarto: análisis del registro RENACER

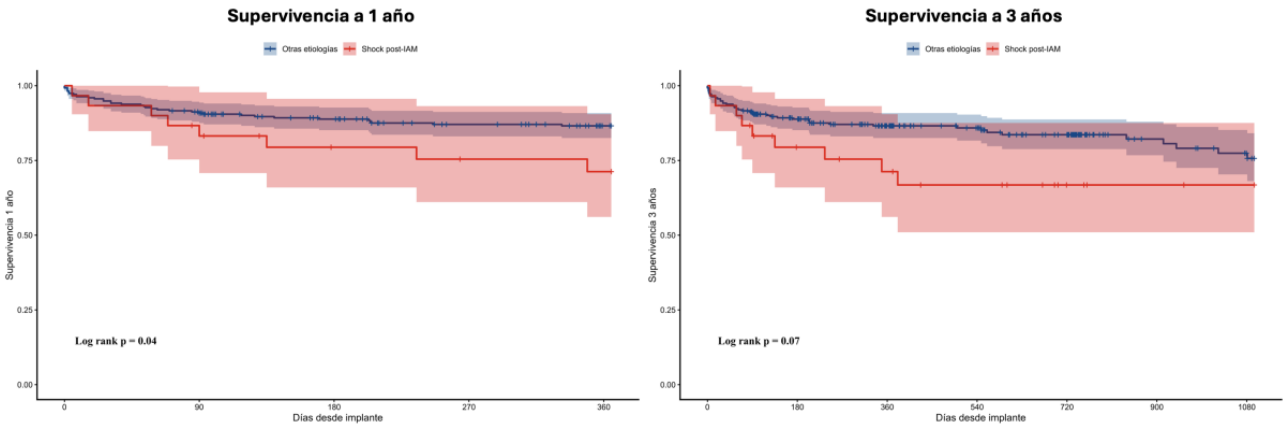
Consuelo Fernández-Avilés Irache(1), Javier Castrodeza Calvo(1), Andrea Severo Sánchez(2), Aitor Uribarri González(3), Eduardo Barge Caballero(4), Diego Rangel Sousa(5), Alexander Stepanenko(6), Raquel López Vilella(7), Sara Lozano Jiménez(8), Alba Maestro Benedicto(9), Vanesa Alonso-Fernández(10), María Ángeles Castel Lavilla(11), Jaume Marrugat de la Iglesia(12), Manuel Gómez Bueno(13) y José González Costello(14) de (1)Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España, (2)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (3)Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España, (4)Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña - España, (5)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España, (6)Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España, (7)Hospital Universitario La Fe, Valencia - España, (8)Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (9)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (10)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (11)Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España, (12)Hospital del Mar, Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM), Barcelona - España, (13)Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España y (14)Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona - España

Introducción: El implante de asistencia ventricular de larga duración (AVLD) en el shock cardiogénico (SC) tras infarto agudo de miocardio (IAM) presenta unos condicionantes con respecto a pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada de distinta etiología. El objetivo fue comparar las características clínicas, hemodinámicas y ecocardiográficas, así como la supervivencia, entre pacientes con SC post-IAM y otras etiologías sometidas a implante de AVLD.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo del Registro Nacional de Dispositivos de Asistencia Circulatoria y Respiratoria en España (RENACER). Se incluyeron todos aquellos pacientes con implante de AVLD tipo HeartMate 3 (Abbott, USA), divididos en dos grupos: SC post-IAM y otras etiologías (excluyendo miocardiopatía restrictiva e hipertrófica). El seguimiento mínimo fue de 1 año. Se compararon características basales y supervivencia a 1 y 3 años mediante curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 340 pacientes, de los cuales 35 (10.3%) presentaban SC post-IAM. Un 83.2% fueron varones. Las características se resumen en la Tabla. Los pacientes con SC post-IAM mostraron menor insuficiencia renal crónica (16.1% vs 42.5%, p=0.008), fibrilación auricular (2.9% vs 23.7%, p=0.010) y uso previo de DAI (21.9% vs 85.2%, p<0.001). Por el contrario, se observó mayor necesidad de soporte circulatorio de corta duración (41.2% vs 6.3%, p<0.001), ventilación mecánica invasiva (14.7% vs 4.3%, p=0.025) e incidencia de infección preoperatoria (32.4% vs 9.3%, p=0.001). Ecocardiográficamente, el diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo fue menor (61.1 vs 68.3 mm, p<0.001) y la función ventricular derecha fue mejor (TAPSE 17.3 vs 15.8 mm, p=0.035), sin diferencias en la FEVI. Hemodinámicamente, tenían menores RVP (2.41 vs 3.19 UW, p=0.027). El grupo de SC post-IAM presentó el doble de mortalidad a 1 año (26.7% vs 12.8%, p=0.051). Las curvas de Kaplan-Meier muestran una mortalidad al año superior en el grupo de SC post-IAM, sin diferencias en el seguimiento a 3 años (Figura 1).

Conclusiones: Los pacientes sometidos a implante de AVLD por SC post-IAM representan un fenotipo clínico caracterizado por menor remodelado ventricular, mayor necesidad de soporte de corta duración y ventilación mecánica invasiva. Este perfil clínico se asocia a una mayor mortalidad a un año de seguimiento.



Características basales

	Otras etiologías **N=305**	**SC post-IAM** **N=35**	**p**
Edad	62.8 (10.6)	63.2 (7.92)	0.784
Diabetes Mellitus	131 (43.0%)	12 (34.3%)	0.422
Hipertensión	173 (57.1%)	16 (47.1%)	0.349
ERC	122 (42.5%)	5 (16.1%)	0.008
IAM previo	176 (61.5%)	35 (100%)	<0.001
Cirugía cardíaca	34 (11.1%)	4 (11.4%)	1.000
FA	72 (23.7%)	1 (2.9%)	0.010
DAI	242 (85.2%)	7 (21.9%)	<0.001
VMI	13 (4.3%)	5 (14.7%)	0.025
Infección	28 (9.3%)	11 (32.4%)	0.001
Inotrópico (48h)	191 (63.0%)	25 (73.5%)	0.307
DSV corta duración	19 (6.3%)	14 (41.2%)	<0.001
PAPm (mmHg)	32.4 (10.7)	30.8 (10.2)	0.466
IC (l/min/m2)	2.00 (0.55)	2.26 (0.79)	0.107
PCP (mmHg)	20.8 (7.73)	21.5 (8.52)	0.690
RVP (UW)	3.19 (2.30)	2.41 (1.59)	0.027
DTDVI (mm)	68.3 (9.47)	61.1 (9.45)	<0.001
FEVI (%)	22.4 (6.27)	22.7 (6.79)	0.799
TAPSE (mm)	15.8 (3.89)	17.3 (3.75)	0.035

ERC: enfermedad renal crónica; IAM: infarto agudo de miocardio; FA: fibrilación auricular; DAI: desfibrilador automático implantable; VMI: ventilación mecánica invasiva; DSV: dispositivo de soporte ventricular; PAPm: presión arterial pulmonar media; IC: índice cardiaco; PCP: presión capilar pulmonar; RVP: resistencias vasculares pulmonares; DTDVI: diámetro telediastolico de ventrículo izquierdo; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; TAPSE: tricuspid annular plane systolic excursion.