

## CO64

### 348. RESULTADO, EXPERIENCIA Y ANÁLISIS DEL RETRASO EN LA INDICACIÓN DE MIECTOMÍA SEPTAL AMPLIADA VIDEODIRIGIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA

Heredia Cambra T, Bel Mínguez AM, Doñate Bertolín L, Hernández Acuña CE, Schuler M, Pérez Guillén M, Margarit Calabuig JA, Valera Martínez FJ, Monero Argudo JA

*Hospital La Fe, Valencia*

**Objetivo:** realizar una evaluación continuada de los resultados de nuestra serie y establecer el impacto del retraso en la indicación quirúrgica en unidades de referencia.

**Material y métodos:** seguimiento prospectivo de pacientes intervenidos a lo largo de 13 años, con un seguimiento mínimo de 1 año, con miocardiopatía hipertrófica obstructiva y gradiente intraventricular en reposo, en tres centros y por un mismo equipo quirúrgico. Análisis de los cambios observados en las pruebas de imagen y detección de factores pronósticos.

**Resultados:** de 66 casos consecutivos, 57 corresponden a miectomías aisladas y 9 a procedimientos combinados. Se experimentó una caída media precoz del gradiente intraventricular de 72,15 mmHg (desviación estándar [DE] 37,26) y una reducción media del septo interventricular de 8,24 mm (DE 5,84). La tasa de nuevos bloqueos con necesidad de

implantación de marcapasos definitivo fue del 6,06%, siendo la complicación más frecuente la fibrilación auricular (40,91%), sin nuevos casos de arritmias graves. Tanto la clase funcional como el dolor torácico mejoraron de forma significativa ( $p < 0,0001$ ). La mortalidad hospitalaria fue del 1,5% en miectomía aislada y del 3,03% en cirugías complejas. A 5 años la supervivencia actuarial es del 87,4%, siendo del 100% en aquellos pacientes en clase funcional II de la *New York Heart Association* (NYHA) preoperatoriamente. Sin embargo, 41 de los pacientes (62,1%) llegaron a cirugía en clase funcional III o superior.

**Conclusión:** los resultados hemodinámicos, clínicos y de supervivencia son excelentes, especialmente en enfermos poco sintomáticos. No obstante, la cirugía sigue indicándose tarde en la evolución natural de la enfermedad, afectando negativamente al pronóstico.

## CO65

### 356. TRATAMIENTO DE RESCATE CON ASISTENCIA CIRCULATORIA DE CORTA DURACIÓN EN PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO POSTINFARTO

Heredia Cambra T, Bel Mínguez AM, Doñate Bertolín L, Hernández Acuña CE, Schuler M, Torregrosa Puerta S, Pérez Guillén M, Madrid I, Margarit Calabuig JA, Valera Martínez FJ, Monero Argudo JA

*Hospital La Fe, Valencia*

**Objetivo:** describir nuestra experiencia en el tratamiento con oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO) de pacientes con *shock* cardiogénico tras un infarto agudo de miocardio (IAM) sin respuesta al tratamiento estándar.

**Material y métodos:** análisis prospectivo de una serie de casos. El sistema ECMO se implantó en la misma unidad coronaria (unidad de cuidados intensivos [UCI]), con abordaje quirúrgico en todos los casos, tras agotar las medidas de soporte tras la terapia de revascularización o como puente a la misma.

**Resultados:** de un total de 81 implantes consecutivos, 18 casos corresponden a pacientes que sufrieron un *shock* cardiogénico refractario tras IAM. El 77,7% fueron varones, con una edad media de 57 años (desviación estándar [DE] 7,3). En 15 de los pacientes se utilizó previa o concomitantemente

balón de contrapulsación intraaórtica (BCIA). La duración media de la asistencia fue 162,8 h (DE 94,7), la complicación más frecuente ha sido la infección en el punto de canulación tras retirada del dispositivo (27,7%), seguida de la hemorragia en el punto de canulación (11,1%). El índice de destete fue del 33,3%. Se llegó a puente a trasplante en 10 enfermos (55,5%), 6 pacientes se destetaron tras recuperarse (33,3%) y 2 casos fallecieron durante la asistencia (11,1%). La mortalidad hospitalaria global alcanzó un 33,3%.

**Conclusión:** el rescate de pacientes con *shock* postinfarto refractario con asistencia tipo ECMO ha permitido mejorar el pronóstico de nuestros enfermos, fundamentalmente en el ámbito del puente al trasplante. Por ello, creemos que los centros deberían considerarla entre su arsenal terapéutico, llegando a ser indispensable en un centro trasplantador.