



2. EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA REFRACTARIA CON ECMO-VA

María Vidal Burdeus, Eduard Argudo Serra, Andrea Camblor Blasco, María Martínez Martínez, Laia Milà Pascual, Pau Torrella Llauger, Carlota Vigil-Escalera López, Remedios Ríos Barrera, Jordi Riera del Brio, José A. Barrabés Riu, Ignacio Ferreira González y Aitor Uribarri González

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años se han desarrollado programas de reanimación cardiopulmonar extracorpórea (eRCP) para la atención de la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCRE). En enero de 2021 arrancamos en nuestro coordinados con el servicio de emergencias extrahospitalarias. Los pacientes son trasladados al hospital bajo compresiones torácicas llevadas a cabo por dispositivos automáticos. Al llegar se comprueban características de la PCR y si son adecuadas se procede al implante de sistema de oxigenación con membrana extracorpórea venoarterial (ECMO-VA) percutáneamente.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico realizado en un centro terciario. Se introdujeron consecutivamente los pacientes con PCRE incluidos en el programa de eRCP desde el 1 de enero de 2022 hasta el 1 de mayo de 2023, 31 pacientes. Se estratificó la muestra en dos cohortes en función del primer ritmo objetivado durante la PCRE (desfibrilable vs no desfibrilable). Se analizaron los tiempos de atención durante la PCRE y el tiempo de implante del ECMO-VA, la etiología de la PCRE y el pronóstico intrahospitalario. El objetivo primario fue la supervivencia hospitalaria libre de daño neurológico incapacitante (CPC 1-2). Además, se calculó el número de órganos generados por los pacientes fallecidos.

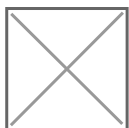
Resultados: La edad media fue de 53 ± 12 años (71% varones), sin diferencias entre ambos grupos. Tampoco existieron diferencias en las comorbilidades previas (diabetes mellitus, cardiopatía isquémica crónica, enfermedad vascular, enfermedad pulmonar o proceso tumoral previo). Los tiempos de atención a la PCRE se pueden observar en la tabla. La etiología cardiovascular de la PCRE fue más frecuente en el grupo de ritmo desfibrilable (73,7 vs 58,3%, $p = 0,683$). El objetivo primario se cumplió en un 36,8% del grupo de ritmo desfibrilable vs 8,3% no desfibrilable ($p = 0,077$). En la figura se muestra la curva de supervivencia a 30 días. De los 23 pacientes que fallecieron, 8 (34,8%) fueron donantes de órganos, generando un total de 14 riñones, 6 hígados y 4 pulmones.

Características de la PCRE y tiempos de reanimación

Cohorte total (N = 31)	Ritmo desfibrilable (N = 19)	Ritmo no desfibrilable (N = 12)	p
------------------------	------------------------------	---------------------------------	---

PCR presenciada (%)	83,9 (26)	84,2 (16)	10 (83,3)	0,948
RCP iniciada por testigos (%)	61,3 (19)	77,8 (14)	5 (45,5)	0,076
Tiempo desde colapso hasta inicio RCP básica (min)	3 ± 7	1 ± 3	6 ± 11	0,047
Tiempo desde colapso hasta inicio RCP avanzada (min)	8 ± 8	8 ± 6	8 ± 12	0,319
Tiempo desde colapso hasta llegada al hospital (min)	60 ± 32	59 ± 20	63 ± 50	0,114
Tiempo puerta hospital hasta inicio ECMO-VA (min)	26 ± 14	28 ± 17	21 ± 5	0,035
Tiempo de canulación (min)	13 ± 4	13 ± 5	14 ± 4	0,057
Tiempo desde colapso hasta ROSC (ECMO)	80 ± 37	82 ± 28	77 ± 51	0,278
Ritmo eléctrico inicial (%)				
FV/TV	61,3 (19)	100 (		-
AESP	16,1 (5)	0 (0)	5 (16,1)	
Asistolia	22,6 (7)	0 (0)	7 (22,6)	
Causa PCR				0,673
Cardiovascular	67,7 (21)	73,7 (14)	58,3 (7)	

No cardiovascular	25,8 (8)	21,1 (4)	33,3 (4)	
Desconocida	6,5 (2)	5,3 (1)	8,3 (1)	
Tiempo soporte ECMO (días)	3 ± 6	3 ± 2	4 ± 9	0,086
Tiempo de estancia intrahospitalaria (días)	8 ± 13	10 ± 14	5 ± 9	0,354
Muerte intrahospitalaria (%)	74,2 (23)	63,2 (12)	91,7 (11)	0,077



Supervivencia a 30 días PCRE.

Conclusiones: La atención a la PCRE mediante ERCP es una opción factible en centros con alta experiencia en el uso de ECMO. En pacientes con ritmo desfibrilable se obtiene una supervivencia significativa a pesar de tiempos de RCP prolongados. Además, los pacientes que no sobreviven suponen una potencial fuente de órganos.