



Revista Española de Cardiología



6000-343. ANTICOAGULACIÓN EN ECMO VA: CAMINANDO SOBRE LA CUERDA FLOJA

Virginia Burgos Palacios, Ángela Canteli Álvarez, Marta Ruiz Lera, Manuel Cobo Belaustegui, Miguel Llano Cardenal, Natalia Royuela Martínez, Cristina Castrillo Bustamante y José Francisco Gutiérrez Díez del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: La anticoagulación sistémica es necesaria durante el soporte con ECMO VA. Alcanzar el equilibrio óptimo entre riesgo trombótico y hemorrágico continúa siendo un reto por la frecuente coexistencia de múltiples factores adicionales con un impacto difícil de cuantificar sobre los sistemas de coagulación (fallo orgánico, SIRS, cirugía cardíaca y CEC previa, BIACP, hemofiltración, tratamiento antiplaquetario en caso de IAM previo).

Métodos: Desde 2009, se han implantado en nuestro centro 41 ECMOs venoarteriales en 38 pacientes. Analizamos retrospectivamente terapia antiagregante y anticoagulante en nuestra serie, incidencia de eventos trombóticos (excluyendo trombosis subclínicas) y complicaciones hemorrágicas mayores (transfusión de dos o más concentrados de hematíes y/o reintervención).

Resultados: 65,8% varones, edad media 52,8, 95,1% INTERMACS 1. La distribución según patología basal se detalla en la figura. Duración media del soporte 3,8 días. En 9 (21%) casos el paciente estaba antiagregado al implante por su patología basal (6 AAS, 3 AAS y clopidogrel). En 8 de ellos y en 24 de los restantes se inició tratamiento con HNF con una demora media de 14,1 horas. En todos se inició perfusión sin bolo a 30-60 U/kg/h, ajustada según TAC horario (objetivo: 160-180 seg.). En primeras 24-48 horas postimplante, o en caso de complicaciones hemorrágicas/ trombóticas, se controló de forma paralela TTPa hasta contrastar consistencia con las mediciones del TAC. Pasadas las primeras 24-48 horas, se espaciaron controles cada 8 horas en aquellos pacientes que permanecieron estables. 24 casos presentaron evento hemorrágico mayor (1 hemotórax, 14 sangrados pericánula, 1 hemorragia retroperitoneal, 5 taponamientos, 1 hematoma periaórtico, 1 epistaxis grave, y 1 sangrado difuso por coagulopatía). En 16 de los casos, fue necesaria cirugía para control del sangrado. Fueron registrados 5 eventos trombóticos en 4 pacientes (1 trombosis del oxigenador, 3 trombosis relacionadas con la cánula de entrada y 1 ACVA).

Conclusiones: De acuerdo con nuestra experiencia, abogamos por la individualización de la terapia en función de los riesgos particulares de cada caso. Creemos que una anticoagulación poco agresiva (demora en el inicio tras implante, TAC en rango bajo), constituye una estrategia segura en la mayoría de los casos, siendo baja la tasa de eventos trombóticos con repercusión clínica.

6000-343.tif

Patología de base.