



6046-387. ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON OXIGENADOR EXTRACORPÓREO DE MEMBRANA VENOARTERIAL, ¿ES SEGURO DIFERIRLA?

Alejandro Durante-López¹, Sergio García Gómez¹, Francisco José Hernández Pérez¹, Jorge Vázquez López-Ibor¹, Josebe Goirigolzarri Artaza², Juan Manuel Escudier Villa¹, Javier Ortega Marcos¹, Manuel Gómez Bueno¹, Lorenzo Silva Melchor¹, Ana Isabel González Román¹, Alberto Forteza Gil¹ y Javier Segovia Cubero¹, del ¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) y ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El soporte circulatorio con oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial (ECMO-VA) en pacientes en *shock* cardiogénico (SC) precisa de anticoagulación sistémica para evitar eventos tromboticos, aunque no existe evidencia en la literatura acerca del momento idóneo de inicio de la misma, de cara a establecer un equilibrio entre el riesgo isquémico y el hemorrágico. El objetivo es analizar la incidencia de complicaciones tromboembólicas y los resultados en función del momento de inicio de la anticoagulación.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes consecutivos en SC refractario que precisaron ECMO-VA en nuestro centro desde finales de 2014. Se dividió a la población en 2 grupos en función del inicio de la anticoagulación: antes o después de las primeras 48 horas (? 48h frente a > 48h). El objetivo primario fue analizar la incidencia de embolias sistémicas en el seguimiento. Otros objetivos fueron la necesidad de transfusiones y la incidencia de eventos hemorrágicos mayores (definido como sangrado cerebral o hemorragia masiva).

Resultados: En total, se incluyeron en el análisis 69 pacientes en SC refractario con ECMO-VA (46% de canulación central y 54% periférica). La etiología predominante del SC fue poscardiotomía (n = 26, 37,7%). En la tabla se recogen las características de los pacientes de ambos grupos. De los 61 pacientes de los que tenemos datos, en 50 (82%) se inició la anticoagulación en ? 48h y en 11 (18%) > 48h. La incidencia de eventos tromboembólicos fue similar entre ambos grupos (? 48h 18 frente a > 48h 22%, p = 0,78). Tampoco hubo diferencias en cuanto a la necesidad de transfusión (número de concentrados de hematíes, ? 48h 7,5 ± 7,77 frente a > 48h 11 ± 6,8, p = 0,78), ni en la tasa de eventos hemorrágicos mayores (? 48h n = 21, 42 frente a > 48h n = 5, 45,5%, p = 0,834). Estos resultados se mantienen al analizar los subgrupos en función del tipo de canulación (central frente a periférica). La mortalidad hospitalaria del global de la serie fue de 60% (41 de 69 pacientes), similar entre los 2 grupos estudiados.

Características basales

N = 69 pacientes

ECMO central (%)/ECMO periférico (%)	32 (46%)/37 (54%)
Edad al diagnóstico (media $\pm$ 2 desviación estándar) (años)	52,51 (48,8-56,2)
Sexo del paciente (varón (%)/mujer (%))	48 (69%)/21 (31%)
Índice de masa corporal (media $\pm$ 2 desviación estándar) (Kg/m ²)	26,9 (24,9-28,9)
Hipertensión arterial (n (%))	21 (30%)
Dislipemia diagnosticada o tratada (n (%))	21 (30%)
Diabetes mellitus (n (%))	11 (16%)
Tabaquismo (n (%))	55 (80%)
Creatinina $\geq$ 1,5 o CrCl $\leq$ 50 ml/min (n (%))	6 (8%)
Enfermedad arterial periférica (n (%))	2 (3%)
Diagnóstico de EPOC (n (%))	3 (5%)
Historia de enfermedad cerebrovascular (n (%))	6 (8%)
Cardiopatía conocida <i>preshock</i> (n (%))	39 (56%)
SAPS II (media $\pm$ 2 desviación estándar)	44,6 (41,3-47,8)
APACHE (media $\pm$ 2 desviación estándar)	20 (18,4-21,6)
SOFA (media $\pm$ 2 desviación estándar)	10,95 (10,4-11,6)
Tiempo de seguimiento (media $\pm$ 2 desviación estándar) (días)	135,9 (75,4-196,3)

CrCl: aclaramiento de creatinina; APACHE: *Acute Physiology and Chronic Evaluation*; SAPS II: *Simplified acute physiology score*; SOFA: *Sepsis-related Organ Failure Assessment*.

Conclusiones: En esta serie, diferir el inicio de la anticoagulación más allá de 48 horas no se asoció con un aumento de eventos tromboembólicos. Estos resultados apoyarían el inicio diferido más allá de 48 horas sobre todo en pacientes de alto riesgo hemorrágico (doble antigregación, SC poscardiotomía, canulación central).