



7006-8. IMPLANTE DE OXIGENADOR EXTRACORPÓREO DE MEMBRANA VENOARTERIAL PERCUTÁNEO EN EL LABORATORIO DE HEMODINÁMICA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Felipe Díez del Hoyo, Iago Sousa Casasnovas, Miriam Juárez Fernández, Ana Ayesta-López, Elisabete Alzola Martínez de Antoñana, Carolina Devesa Cordero, Héctor Bueno Zamora y Francisco Fernández-Avilés del Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los dispositivos de asistencia circulatoria como el oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial (ECMO-VA) permiten mantener un soporte hemodinámico adecuado en caso de *shock* cardiogénico, bien hasta la recuperación de la función ventricular, bien como puente a asistencia ventricular/trasplante (Tx). Su uso está cada vez más extendido. En España, la gran mayoría de centros utilizan un abordaje quirúrgico para su implante. El objetivo del estudio es describir la experiencia inicial de nuestro centro, donde el implante se realiza de forma percutánea por parte de cardiología intervencionista

Métodos: Análisis descriptivo de los 10 primeros pacientes consecutivos tratados con ECMO-VA en un hospital terciario, desde junio de 2013 hasta enero de 2015.

Resultados: Las características basales y complicaciones de la muestra están descritas en la tabla. La edad media fue de $58,7 \pm 7,7$ años y un 80% eran varones. El abordaje fue percutáneo en todos los casos en la sala de hemodinámica. El tiempo medio de implante fue de $29,5 \pm 32$ minutos. Las indicaciones fueron: IAM Killip IV ($n = 5$), ICC descompensada ($n = 3$), intervencionismo de riesgo ($n = 1$) y PCR refractaria ($n = 1$). En 8 pacientes el objetivo fue puente a la recuperación y en los otros dos a asistencia/Tx. El tamaño de la cánula venosa fue de 23F ($n = 3$) o 21F ($n = 7$) y la arterial de 15F ($n = 2$), 17F ($n = 2$) o 19F ($n = 6$). En 5 pacientes se insertó una cánula de perfusión anterógrada, y 9 pacientes tenían soporte paralelo con BCIAo. 1 paciente tuvo isquemia distal de miembro tratada con canulación en arteria subclavia y 1 paciente sufrió una decanulación accidental fatal. El destete del ECMO fue posible en 6 pacientes (60%) en relación con recuperación de la FEVI ($30 \pm 13\%$), en dos pacientes se escaló a soporte con asistencia (Berlin Heart Excor Biventricular y Levitronix) y otros dos fallecieron durante el soporte. La supervivencia (SV) al alta hospitalaria fue del 60% ($n = 6$). En el subgrupo de pacientes con IAM complicado con *shock* la SV al alta fue del 80%.

Variable	Valor n = 10
Hipertensión arterial	70%
Diabetes	70%

Tabaco	40%
Enfermedad vascular periférica	30%
PCR previa	50%
BCIAo	90%
FEVI previa	16,4 ± 9,7%
Láctico previo	6,6 ± 3,6 mmol/L
Láctico 24horas	1,7 ± 0,7 mmol/L
Necesidad HFVVC	0%
Hemorragia mayor	40%
Isquemia EEII	10%
Ictus	10%
Trombosis ECMO	10%
Destete ECMO	60%
SV al alta	60%
PCR: Parada cardio-respiratoria; BCIAo: Balón de contrapulsación intra-aórtico; HFVVC: Hemofiltración veno-venosa continua; SV: supervivencia.	

Conclusiones: La utilización de ECMO-VA es una medida eficaz para el tratamiento del *shock* refractario. La experiencia inicial del abordaje percutáneo por parte de cardiología parece tener buenos resultados, especialmente en el contexto de IAM Killip IV, donde probablemente el implante precoz y la presencia de miocardio contundido viable juegan un papel importante.