



6042-537. RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OXIGENADOR EXTRACORPÓREO DE MEMBRANA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

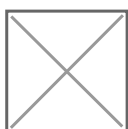
Marta Alonso Fernández de Gatta, Soraya Merchán Gómez, Elisabete Alzola Martínez de Antoñana, Miryam González Cebrián, Aitor Uribarri González, Francisco Martín Herrero, Alejandro Diego Nieto y Pedro Luis Sánchez Fernández del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: El oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial (ECMO-VA) proporciona soporte cardiopulmonar efectivo en *shock* cardiogénico y otras situaciones de compromiso hemodinámico, no exento de mortalidad y complicaciones. Nuestro objetivo fue analizar los resultados del programa de ECMO-VA en un hospital terciario formado por un equipo multidisciplinar e identificar posibles factores predictores pronósticos.

Métodos: Análisis unicéntrico de los casos de implante de ECMO-VA, atendiendo a características basales y del implante, complicaciones y supervivencia.

Resultados: Entre 2013 y 2017 se implantaron 39 ECMO-VA percutánea o quirúrgicamente. La indicación más frecuente fue *shock* cardiogénico (42,5%), seguido de intervencionismo percutáneo (IP) de alto riesgo (15%), parada cardiorrespiratoria (PCR) (15%), tormenta arrítmica (7,5%), *shock* poscardiotomía (12,5%) y otros (2,5%), con la finalidad predominante de puente a recuperación (82%). En la tabla se describen las características basales y del implante. El 92,5% de los pacientes sufrió alguna complicación (figura). El 52,5% había sufrido PCR previo al implante (tiempo medio $21,9 \pm 16$ min), implantándose en 9 (23%) intraparada. La duración de PCR se asoció de forma significativa con una mayor tasa de infección (p 0,002), isquemia en extremidades inferiores (EEII) (p 0,046) y menor supervivencia (p 0,007). La supervivencia fue 52,5% (21 pacientes) al alta y 43,6% (n = 35) a 6 meses, sin diferencias significativas según la indicación de implante (p 0,53). Las causas de muerte más frecuentes fueron encefalopatía anóxica (15%) y fallo multiorgánico (FMO) (15%). Únicamente la presencia de un lactato alto preimplante y el desarrollo de infección o isquemia en EEII se asoció significativamente con una menor supervivencia (p 0,01; p 0,046; p 0,019 respectivamente). 5 pacientes (12,5%) se trasladaron bajo ECMO a otro hospital y en 2 pacientes (5%) nuestro equipo se desplazó a otro centro para implante y posterior traslado.



Complicaciones.

Características basales y del implante

Características	Población de estudio (n = 39)
Varones (n, %)	32 (80%)
Edad (media $\pm$ DE)	60 $\pm$ 9
HTA (n, %)	22 (56%)
DM (n, %)	16 (41%)
Tabaquismo (n, %)	26 (61,5%)
Cardiopatía previa (n+%)	19 (48,7%)
CI (n, %)	11 (28,2%)
FEVI (% $\pm$ DE)	30 $\pm$ 15%
Disfunción VD (n, %)	52,5%
Creatinina preimplante	1,66 ($\pm$ 1,99)
Láctico preimplante (mmol/L)	5,12 ($\pm$ 4)
pH preimplante	7,28 ($\pm$ 0,18)
Implante percutáneo arteria (n, %)	26 (66,7%)
Implante percutáneo vena (n, %)	29 (74%)
Arteria femoral (n, %)	31 (79,5%)
Vena femoral (n, %)	39 (100%)

Canulación de arteria femoral superficial (n,%)	17 (47,2%)
---	------------

BCIAo (n, %)	21 (55%)
--------------	----------

BCIAo: balón de contrapulsación intraaórtico, CI: cardiopatía isquémica, DM: diabetes mellitus, HTA: hipertensión arterial, FEVI: función sistólica del ventrículo izquierdo, VD: ventrículo derecho:

Conclusiones: El implante de ECMO-VA es una herramienta factible y eficaz en situaciones de compromiso cardiocirculatorio incluyendo traslados interhospitalarios. En nuestra experiencia, debería iniciarse precozmente y evitarse cuando exista FMO establecido o situaciones de PCR prolongada con probable daño neurológico irreversible. Se necesitan estudios para definir criterios de implante que eviten su uso innecesario.