



6000-342. DESCARGA INADECUADA DEL CORAZÓN IZQUIERDO: CABALLO DE BATALLA EN EL SOPORTE CON ECMO VA EN SHOCK CARDIOGÉNICO

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

Resumen

Introducción y objetivos: El soporte con ECMO VA está limitado por la dificultad para descargar el VI y evitar la congestión pulmonar, por múltiples factores: retorno venoso coronario y flujo de las arterias bronquiales, incremento de la poscarga VI por el flujo de salida de la ECMO y "aturdimiento" miocárdico asociado al SIRS. Analizamos la frecuencia de esta complicación en nuestra serie.

Métodos: Desde 2009, se han implantado en nuestro centro 41 ECMOs VA en 38 pacientes. Describimos la frecuencia con la que la descarga VI resultó insuficiente (hallazgos clínicos y/o ecocardiográficos) y el manejo de esta complicación en nuestro centro.

Resultados: 65,8% varones, edad media 52,8 años, 95,1% INTERMACS 1. La distribución según patología basal se detalla en la figura. Duración media del soporte 3,8 días. 82,9% de los casos portaban BIACP. Duración media de la contrapulsación: 4,8 días. En un caso, se colocó "vent" de forma electiva en el implante. Se comprobó descarga inadecuada de cavidades izquierdas y congestión pulmonar en 14 casos (34%), 1 caso sin BIACP antes del implante. En 2 casos se limitó esfuerzo terapéutico en las primeras horas (puente a la decisión tras implante durante RCP). En 5 casos se consiguió soporte biventricular adecuado con reajuste del flujo del dispositivo, inotrópicos, diuréticos y contrapulsación. 3 de estos pacientes fallecieron en el ingreso por otras complicaciones, un cuarto por no recuperación. En 2 casos, fue necesaria colocación de cánula de vent, que solventó el problema, aunque fallecieron posteriormente por sepsis (un paciente tras múltiples reesternotomías por sangrado). En 4 pacientes (3 tras IAM, 1 con M. dilatada terminal), se resolvió tras conversión a asistencia ventricular (izquierda en 2 casos, biventricular en otros 2), ante la necesidad de soporte completo más prolongado como puente a trasplante/recuperación. Un paciente falleció por ictus embólico y otro por sepsis tras múltiples reintervenciones por sangrado, alcanzando el objetivo previsto en los 2 restantes.

Conclusiones: Ante una descarga insuficiente del VI durante ECMO VA, la optimización del flujo del dispositivo, la utilización de VD sistémicos, diuréticos y BIACP resulta en muchos casos eficaz y debe constituir siempre el primer escalón terapéutico. Sólo cuando estas medidas resulten insuficientes o se prevea la necesidad de un soporte más prolongado, se deben considerar opciones más agresivas.

6000-342.tif

Patología de base.