



6015-206. ASISTENCIA CIRCULATORIA CON ECMO: UNA NUEVA HERRAMIENTA EN EL LABORATORIO DE HEMODINÁMICA

Felipe Díez del Hoyo¹, Pablo Díez-Villanueva², Iago Sousa Casanovas³, Aitor Uribarri González¹, Miriam Juárez Fernández³, Alberto Núñez García⁴, Jaime Elízada Corrales⁴ y Francisco Fernández-Avilés¹ del ¹Servicio de Cardiología, ²Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante, Servicio de Cardiología, ³Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, Servicio de Cardiología y ⁴Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: Dispositivos como el ECMO-venoarterial (ECMO-VA) permiten mantener un soporte hemodinámico y oxigenación tisular adecuadas, constituyendo parte del arsenal terapéutico en el *shock* cardiogénico refractario. La experiencia en nuestro país es cada vez mayor, si bien el implante corresponde exclusivamente al cirujano cardíaco.

Métodos: En nuestro centro, desde julio de 2013, el implante del ECMO-VA en pacientes en situación de *shock* cardiogénico (excluyendo pacientes quirúrgicos) se realiza vía femoral, de forma percutánea, en la Sala de Hemodinámica por el propio cardiólogo intervencionista.

Resultados: Se implantó un ECMO-VA en 3 pacientes en situación de *shock* cardiogénico tras un infarto de miocardio anterior (1), inferior (1) y de ventrículo derecho (VD) (1) y en una paciente en parada cardíaca refractaria secundaria a infarto anterior. La canulación se realizó en el laboratorio de hemodinámica por parte del cardiólogo intervencionista, previo implante de balón de contrapulsación intraaórtico vía femoral contralateral. Las características basales de los 4 pacientes están descritas en la tabla. La edad media fue de $54,5 \pm 7,4$ años y 3 eran varones. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo media previo al implante del ECMO fue de $10 \pm 5\%$ ($n = 3$), teniendo el cuarto paciente disfunción ventricular derecha grave. El tiempo medio de asistencia fue de $5 + 2,5$ días. Durante ese tiempo, 2 pacientes tuvieron hemorragias mayores requiriendo politrasfusión que no obligó a la retirada del ECMO, sin objetivarse complicaciones vasculares asociadas al implante. Se consiguió destete del dispositivo en 3 pacientes al recuperar función ventricular tras revascularización. El cuarto paciente precisó implante de asistencia biventricular como puente a trasplante cardíaco, realizado posteriormente con éxito. La supervivencia a 30 días y al alta hospitalaria fue del 100%.

Sexo	Edad	Diagnóstico	FEVI previa	Láctico previo	Creatinina previa	Implante percutáneo	Cánula venosa	Cánula arterial	BCIAo	Días en ECMO
Varón	62	IAM inferior Killip IV	15%	10	1,67	Sí	21F	17F	Sí	2

Varón	50	IAM anterior Killip IV	10%	6	1,7	Sí	21F	19F	Sí	4
Mujer	46	PCR refractaria por IAM anterior	5%	10	0,48	Sí	21F	19F	Sí	6
Varón	59	IAM de VD Killip IV	60%	5,1	0,87	Sí	21F	19F	Sí	8

Conclusiones: Nuestra experiencia inicial demuestra que el implante del ECMO-VA vía percutánea en la Sala de Hemodinámica por parte del cardiólogo intervencionista en pacientes en situación de *shock* cardiogénico secundario a infarto de miocardio es factible y seguro, evitando la dependencia del abordaje quirúrgico en una situación de extrema urgencia. La potencial reversibilidad de la disfunción ventricular es un factor clave en los buenos resultados iniciales.