



## 6032-370. MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA COMO TERAPIA PUENTE EN EL TRASPLANTE CARDIACO URGENTE: EXPERIENCIA INICIAL DE NUESTRO CENTRO

Diego Rangel-Sousa, Antonio Grande-Trillo, Iris Esteve-Ruiz, José Manuel Sobrino-Márquez, Alejandro Adsuar-Gómez, Rafael Hinojosa-Pérez y Ernesto Lage-Gallé del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El trasplante cardiaco (TxC) urgente está en aumento en España suponiendo un 39,1% de los TxC en el período de 2009-2013. Esta expansión se debe probablemente al auge paralelo del uso de dispositivos de asistencia de corta duración en el *shock* cardiogénico, principalmente la membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO), de forma que un 11,7% de todos los TxC de 2013 se realizaron empleando este dispositivo como terapia puente. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia inicial con la ECMO como terapia puente para el TxC urgente.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo en el que analizamos retrospectivamente los pacientes sometidos a TxC urgente asistidos por ECMO en nuestro centro desde el 1 de diciembre de 2012. Hemos analizado el tiempo de estancia hospitalaria previo al implante de la ECMO, el tiempo de asistencia con ECMO previo al TxC, la duración de la estancia en unidad de cuidados intensivos (UCI) y estancia hospitalaria posterior al trasplante, las complicaciones relacionadas con la ECMO y con UCI y la mortalidad precoz.

**Resultados:** 8 pacientes ( $45 \pm 8$  años; 75% varones) han sido analizados. La estancia hospitalaria mediana previa a la indicación de implante de ECMO fue de 0 días (rango 0-31). La asistencia con ECMO previo al TxC duró una mediana de 5 días (rango 1-11 días). El 87,5% ( $n = 7$ ) se encontraban bajo soporte con ventilación mecánica y el 25% ( $n = 2$ ) tenían implantado además un balón de contrapulsación intraaórtico. La mortalidad precoz (30d) fue del 37,5% ( $n = 3$ ) produciéndose el evento en la UCI. La estancia mediana en UCI de los supervivientes fue de 12 días (rango 4-91 días) y la estancia hospitalaria postTxC mediana de 32 días (rango 21-130 días). El 75% ( $n = 6$ ) presentaron complicaciones relacionadas con la ECMO (tabla) y de los supervivientes el 40% ( $n = 2$ ) presentaron complicaciones derivadas de la UCI: polineuropatía y traqueotomía por ventilación mecánica prolongada. Actualmente, la supervivencia de nuestra serie continua siendo del 62,5%.



*Supervivencia a 30 días.*

Complicaciones relacionadas con la ECMO			
	Relacionadas con la cánula	Trombosis o sangrados	Infecciosas
Paciente 1	Síndrome compartimental		
Paciente 2		Trombosis venosa profunda	Bacteriemia
Paciente 3			Bacteriemia
Paciente 4			
Paciente 5			
Paciente 6	Dehiscencia de la sutura de la cánula	Trombosis de la cánula de extremidad inferior y trombosis del oxigenador	Arteritis por <i>Candida</i> y bacteriemia
Paciente 7	Isquemia de miembros inferiores		
Paciente 8		Trombosis venosa profunda	

**Conclusiones:** Asumiendo las limitaciones del estudio, en nuestra serie ? 6 días en ECMO se asoció a mayor mortalidad. Aunque el ECMO se asocia a una alta morbimortalidad y mayores estancias hospitalarias, puede mejorar la supervivencia de pacientes con *shock* cardiogénico en espera de TxC urgente.