Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 874

Revista Española de Cardiología

6019-306. ¿CON QUÉ CRITERIOS INDICAMOS EL USO DEL OXIGENADOR EXTRACORPÓREO DE MEMBRANA EN EL *SHOCK* CARDIOGÉNICO?

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

Resumen

Introducción y objetivos: La indicación principal del oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial (ECMO-VA) es proporcionar soporte cardiopulmonar en *shock* cardiogénico con una tasa de mortalidad y de complicaciones no despreciable. Sin embargo, en la actualidad no existen criterios claros para indicar el uso y momento de implante, por lo que la experiencia personal y del centro juega un papel crucial. Nuestro objetivo fue analizar en qué tipo de pacientes en *shock* cardiogénico se realiza la indicación de ECMO y comparar los resultados frente al resto de pacientes.

Métodos: Se analizaron todos los casos de implante de ECMO-VA en *shock* cardiogénico en nuestro centro comparándolos con una muestra de pacientes con *shock* cardiogénico sin uso de ECMO en el último año. Se recogieron características basales, situación al ingreso, complicaciones y supervivencia.

Resultados: 18 pacientes en *shock* cardiogénico requirieron implante de ECMO-VA entre 2013 y 2017 (grupo A). Así mismo, se incluyó a 24 pacientes con *shock* cardiogénico sin ECMO entre enero y agosto de 2016 (grupo B). Los pacientes en los que se usó ECMO eran más jóvenes, con peor FEVI y con tendencia a mayor tasa de disfunción ventricular derecha, sin encontrar diferencias en el resto de características basales y situación al ingreso (tabla). El motivo de ingreso más frecuente fue cardiopatía isquémica en ambos grupos (A 72,2%, B 91,7%). El levosimendán se usó con más frecuencia en grupo A, junto con una tendencia a mayor uso de noradrenalina y adrenalina (tabla). En el grupo B se utilizó BCIAo en el 45,8% de los pacientes. La tasa de complicaciones fue significativamente mayor en los casos en los que se usó ECMO (figura). La supervivencia al alta fue similar en ambos grupos (A 50%, B 62,5%, p 0,42) y a 6 meses de seguimiento (A 41,2%, B 47%, p 0,73).

Complicaciones.

Características basales y situación al ingreso

	A- ECMO (n = 18)	B- No ECMO (n = 24)	p valor
Edad (media ± DE)	58 (± 10)	67,5 (± 12)	0,021
Varón (%)	83,3	62,5	0,14
Hipertensión arterial (%)	44,4	58,3	0,37
Diabetes mellitus (%)	27,8	16,7	0,38
Índice de masa corporal	1,9 (± 0,2)	1,8 (± 0,2)	0,69
Cardiopatía previa (%)	27,8	37,5	0,51
FEVI (%medio ± DE)	33 (± 16)	40 (± 14)	0,002
Disfunción VD (%)	50	25	0,09
Creatinina (mg/dl)	2,05 (± 2,8)	1,4 (± 0,6)	0,74
Hemoglobina (g/dl)	13,2 (± 3,2)	13,6 (± 3,8)	0,67
Plaquetas ($\times 10^3$/?l)	190 (± 73)	224 (± 72)	0,12
pH preimplante	7,2 (± 0,14)	6,9 (± 1,5)	0,84
Lactato preimplante (mmol/L ± DE)	5,2 (± 3,7)	3,8 (± 2,5)	0,1
PCR	82,5	62,5	0,17
Dobutamina (%)	88,9	86,4	0,81
Noradrenalina (%)	100	81,8	0,06
Adrenalina (%)	11	0	0,11

Levosimendán (%)	16,7	0	0,042
BCIAo (%)	83	45,8	0,013

BCIAo: balón de contrapulsación intraaórtico, FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo, PCR: parada cardiorrespiratoria, VD: ventrículo derecho.

Conclusiones: La mortalidad del *shock* cardiogénico continua siendo alta con y sin soporte circulatorio mecánico. En nuestro estudio, los pacientes elegidos para soporte con ECMO-VA eran más jóvenes y con peor situación hemodinámica (peor FEVI, mayor tendencia a disfunción ventricular derecha y necesidad de fármacos vasoactivos y BCIAo) siendo este grupo de pacientes los que probablemente más se beneficien de su uso pese a presentar más tasa de complicaciones. Se necesitan estudios aleatorizados que definan los criterios de implante y se evite su uso innecesario.