Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 955

Revista Española de Cardiología

6019-302. UTILIZACIÓN DEL OXIGENADOR EXTRACORPÓREO DE MEMBRANA VENOARTERIAL EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLIA PULMONAR MASIVA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Raquel Luna-López, Jorge García Carreño, Iago Sousa-Casasnovas, Carolina Devesa-Cordero, Miriam Juárez-Fernández, Vanesa Bruña-Fernández, Felipe Díez-Delhoyo, Enrique Gutiérrez-Ibañes, Manuel Martínez-Sellés y Francisco Fernández-Avilés, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La tromboembolia pulmonar masiva (TE) es una situación de extrema gravedad con una elevada mortalidad (25-65%), especialmente en pacientes con inestabilidad hemodinámica y parada cardiorrespiratoria. La fibrinólisis sistémica es el tratamiento de elección, sin embargo, su efecto no es inmediato y la situación hemodinámica puede requerir soporte circulatorio con oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial (ECMO-VA).

Métodos: Análisis retrospectivo en un hospital terciario de pacientes que recibieron soporte con ECMO-VA debido a TE masivo en *shock* refractario. El ECMO-VA fue canulado de forma percutánea, por el cardiólogo hemodinamista. El abordaje consistió en la colocación de una cánula de 15-17 French (F) a través de la arteria femoral en la aorta descendente y otra cánula de 21-23 F a través de la vena femoral en la aurícula derecha, bajo guía fluoroscópica. Para la perfusión distal del miembro inferior, se colocó una pequeña cánula anterógrada 5-6 F en la arteria femoral superficial. Se utilizó heparina no fraccionada (HNF) para el circuito del ECMO.

Resultados: Desde noviembre de 2015 hasta febrero de 2018, 10 pacientes fueron asistidos con ECMO-VA. Edad media: 58,6 ± 7,8 años, 6 eran varones. Todos tenían disfunción grave de VD al ingreso con un lactacto medio al implante de 12,3 ± 3,2 mmol/l, 5 con PCR previa (50%). El tratamiento de reperfusión pulmonar se utilizó en 5 casos (50%) con implante de ECMO-VA como tratamiento de rescate ante ausencia de mejoría HD. En los otros 5, el implante se realizó de manera precoz para estabilizar al paciente, sin tratamiento de reperfusión. Tiempo medio en ECMO-VA: 3,4 ± 1,8 días y supervivencia global al alta: 50%. Complicaciones: 1 sepsis respiratoria, 3 sangrados mayores, 3 con encefalopatía anóxica grave y 1 ictus hemorrágico. Los pacientes con ECMO y HNF exclusivamente no tuvieron eventos hemorrágicos mayores, la supervivencia fue del 100%.

Conclusiones: De acuerdo con nuestra experiencia, el uso del ECMO-VA en paciente con TE masivo y *shock* refractario puede ser eficaz en la estabilización de los pacientes. Aunque la experiencia es breve, los datos sugieren una menor tasa de hemorragias mayores y mejor supervivencia en el grupo de soporte precoz con ECMO-VA y tratamiento exclusivamente con heparina frente a la estrategia de rescate. No obstante, estudios con cohortes más grandes serían necesarios para confirmar los resultados presentados.