



6046-392. MORTALIDAD Y FUTILIDAD EN PACIENTES TRATADOS CON OXIGENADOR EXTRACORPÓREO DE MEMBRANA VENOARTERIAL EN UN CENTRO TERCIARIO DE ALTO VOLUMEN

Manuel Lozano González, Joffrey Eduardo Luján Valencia, Miguel Molina San Quirico, Indira Cabrera Rubio, Sofía González Lizarbe, Teresa Borderías Villarroel, Santiago Catoya Villa, Beatriz de Tapia Majado, Juan Sánchez Ceña, David Serrano Lozano, Ángela Canteli Álvarez, María Cristina Castrillo Bustamante, Marta Ruiz Lera, José Aurelio Sarralde Aguayo y Virginia Burgos Palacios, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: El oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial (ECMO VA) es un tratamiento de rescate en pacientes con *shock* cardiogénico, con una supervivencia descrita del 50%. La decisión de limitación terapéutica y el reconocimiento de los pacientes en los que el implante del dispositivo resulta fútil es complejo. Describir la distribución de estos casos es nuestro objetivo.

Métodos: Revisamos de forma retrospectiva los pacientes adultos tratados con ECMO VA en un hospital terciario entre 2009 y 2019.

Resultados: A 142 pacientes se les implantó una ECMO VA, con una supervivencia global del 48,5%, la media de edad fue de 57,4 años ($\pm 13,3$ DE), de los cuales 107 (73,8%) eran varones. Las etiologías más frecuentes del *shock* cardiogénico fueron *shock* poscardiotomía en 55 casos (37,9%), *shock* posinfarto agudo de miocardio en 27 casos (18,6%) y disfunción primaria del injerto en 22 casos (15,2%). La media de duración del soporte fue de 5,07 días ($\pm 4,28$ DE). En nuestra serie, entre las causas de fallecimiento, descritas en la figura, las más destacadas fueron el fracaso multiorgánico (FMO) en 16 casos (21,05%), seguido de las complicaciones neurológicas, que se dieron en 11 pacientes (14,48%) y en tercer lugar las infecciones en 9 enfermos (11,84%). La limitación del esfuerzo terapéutico se dio en 4 casos debido a la presencia de futilidad (definida como la no recuperación de la fracción de eyección en pacientes no candidatos a trasplante). Todos ellos se trataban de pacientes varones, 3 casos fueron sometidos a cirugía extracorpórea que evolucionaron a *shock* poscardiotomía y un caso presentaba una comunicación interventricular (CIV) tras un SCACEST inferior. En los 3 primeros casos la asistencia se implantó puente a la recuperación y en el último se implantó puente a la decisión. La edad media fue de 78,6 años ($\pm 2,61$ DE) y el tiempo promedio de asistencia fue de 3,20 días ($\pm 2,22$ DE), el resto de los datos se describen en la tabla.

Características de los pacientes en los que existió futilidad en soporte con ECMO VA

Años Sexo	Etiología del <i>shock</i>	Cirugía	Cr basal	Disfunción INTERMACS	Días de ECMO	Objetivo	Contraindicación de trasplante
-----------	----------------------------	---------	----------	----------------------	--------------	----------	--------------------------------

80	Masculino	Poscardiotomía	RVM y Bentall	0,81	Biventricular	1	2,16	Puente a recuperación	Edad
85	Masculino	Poscardiotomía	Endocarditis sobre VAo	0,83	VD	1	6,17	Puente a recuperación	Edad
79	Masculino	Poscardiotomía	CIV, RVM y PAC	3,10	Biventricular	1	1,12	Puente a recuperación	Edad
78	Masculino	IAM inferior	CIV	0,88	VI	1	3,48	Puente a decisión	Edad

IAM: infarto agudo de miocardio; RVM: recambio valvular mitral; VAo: válvula aórtica; CIV: comunicación interventricular; PAC: pontaje aortocoronario; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo; Cr: creatinina.



Causas de mortalidad en soporte con ECMO VA.

Conclusiones: La mortalidad en pacientes sometidos a soporte con ECMO VA es muy elevada y supone un importante consumo de recursos. Es importante identificar a los pacientes con potencial de recuperación o trasplantabilidad para intentar evitar que el tratamiento sea fútil.