Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 650

Revista Española de Cardiología

12. SOPORTE CIRCULATORIO MECÁNICO EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE ALTO RIESGO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DURANTE MÁS DE UNA DÉCADA

Raquel Pérez Barquín[1], Adrián Margarida de Castro[1], Eduardo Luján Valencia[1], Jon Zubiaur Zamacola[1], Mikel Arrizabalaga Gil[1], Helena Alarcos Blasco[1], Amaya Martínez Meñaca[2], Natalia Royuela Martínez[1] y Virginia Burgos Palacios[1]

[1]Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España y [2]Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Se ha realizado un registro en un hospital terciario de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos (UCCC) con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) de alto riesgo que han precisado soporte mecánico circulatorio con ECMO venoarterial (VA). El objetivo es describir la experiencia de nuestro centro a raíz de la escasez de evidencia de las guías actuales en este ámbito.

Métodos: Se recogieron datos de todos los pacientes ingresados con diagnóstico de TEP de alto riesgo en la UCCC desde el 1/05/2010 al 1/05/2023. De estos, se analizó y describe a continuación únicamente aquellos en los que se implantó una asistencia circulatoria tipo EVMO VA durante el ingreso. Se exploraron variables clínicas, analíticas y de supervivencia.

Resultados: Se incluyeron un total de 11 pacientes, siendo 3 (27,27%) mujeres. La edad media fue 53 años (DE 10,64). El tiempo medio de estancia en la Unidad de Críticos, tiempo de estancia hospitalaria total y tiempo soporte circulatorio fueron respectivamente: 8 días (DE 5,5); 20,7 días (DE 16,5) y 3 días (DE 1,9). La indicación para el implante de la ECMO VA fue en situación de parada cardiorrespiratoria en 7 pacientes (63,64%). 3 de ellos (42,8%), fallecieron en las primeras 24 horas del inicio del soporte. Por otra parte, en los 4 pacientes restantes, la indicación del soporte fue de *shock* cardiogénico refractario. De estos, en 2 de ellos, existía contraindicación formal para la administración de tratamiento fibrinolítico sistémico (cirugía mayor reciente, en uno de ellos oncológica). Cabe destacar que en 6 de los pacientes (54,5%) se utilizó la ECMO VA sin fibrinolisis adyuvante, falleciendo 1 (16%) de ellos (encefalopatía anóxica). Sin embargo, los 5 pacientes restantes, recibieron terapia combinada ECMO VA y fibrinolisis sistémica (45,5%), reportándose 2 muertes en este subgrupo (40%), aconteciendo la muerte en ambos por adecuación del esfuerzo terapéutico en contexto de fracaso multiorgánico.

Conclusiones: El soporte con ECMO VA ha permitido una supervivencia > 70% en pacientes con diagnóstico de TEP de alto riesgo, incluyendo en aquellos casos con contraindicación absoluta para la fibrinolisis sistémica.