



6043-288. ECMO VENOARTERIAL EN *SHOCK* POSCARDIOTOMÍA Y PARADA REFRACTARIA. ¿DE MAL EN PEOR?

Andrea Oña Orive, Sara Martín Paniagua, Mario García Fernández, Julio Ruiz Ruiz, Javier Tobar Ruíz, Alexander Stepanenko, Gonzalo Cabezón Villalba, Raquel Ramos Martínez, Gemma Pastor Báez, Alfredo García Cabello, J. Alberto San Román y María Plaza Martín

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El soporte con membrana de oxigenación extracorpórea venoarterial (ECMO-VA) es una terapia que se puede emplear en el *shock* poscardiotomía (SPC) y la parada cardiorrespiratoria (PCR) refractaria. Sin embargo, ambas entidades tienen una elevada mortalidad a pesar del soporte con ECMO-VA. El objetivo del presente es comparar las características clínicas, evolución y mortalidad de ambos grupos en nuestra cohorte.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo que incluye de manera consecutiva todos los pacientes que precisaron soporte con ECMO-VA en contexto de SPC y ECPR entre 2021 y 2023 en nuestro centro.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes el 42,8% (N = 21) con ECMO-VA por SPC y 57,2% (N = 28) por PCR refractaria (mayoritariamente intrahospitalaria). Las características basales se muestran en la tabla. Todos los pacientes se asistieron en situación de INTERMACS 1-2 y el láctico medio al inicio del ECMO fue de $11,3 \pm 5,8$ mmol/l, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($10,3 \pm 5,5$ vs $12,2 \pm 6,1$, $p = 0,308$). En un 84% de los casos se implantó ECMO periférico, siendo el ECMO central 4 veces más frecuente en el SPC (28,6 vs 7,1%, $p = 0,060$) aunque no se alcanzó la significación estadística. El empleo de dispositivos de descarga ventricular fue 2 veces más frecuente en la PCR (33,3 vs 60,7%, $p = 0,085$). La incidencia de complicaciones durante el soporte fue similar en ambos grupos (71,4 vs 69,2%, $p = 0,870$), si bien la etiología de las mismas fue diferente. En el caso del SPC fue más frecuente el sangrado grave que requirió politransfusión (81,0 vs 50,0%, $p = 0,028$), mientras que en la PCR fueron más frecuentes las complicaciones neurológicas (4,8 vs 34,6%, $p = 0,015$) y numéricamente más frecuentes las complicaciones vasculares que requirieron intervención (10,0 vs 23,1%, $p = 0,435$). No se encontraron diferencias en cuanto a mortalidad intrahospitalaria (61,9 vs 75,0%, $p = 0,325$ en SPC y PCR respectivamente). En el Gráfico 1 se observan las causas de mortalidad en ambos grupos.

Análisis comparativo entre los dos grupos a estudio: SPC y PCR

	Global (N = 49)	SPC* (N = 21)	PCR* (N = 28)	p
--	-----------------	---------------	---------------	---

Edad (años)	65,14	69,86	61,61	0,001*
Sexo	42 (85,7%)	17 (81,0%)	25 (89,3%)	0,443
Antecedente de IC*	13 (26,5%)	7 (33,3%)	6 (21,4%)	0,350
Disfunción ventricular derecha	34 (70,1)	17 (81%)	17 (63%)	0,174
Canulación de ECMO periférico	41 (83,7%)	15 (71,4%)	26 (92,9%)	0,060
Complicaciones durante el soporte	33 (70,2%)	15 (71,4%)	18 (69,2%)	0,870
Complicación vascular grave	8 (17,4%)	2 (10,0%)	6 (23,1%)	0,435
Politransfusión	30 (63,8%)	17 (81,0%)	13 (50,0%)	0,028
Complicación Neurológica	10 (21,3%)	1 (4,8%)	9 (34,6%)	0,015*
Protocolo de destete	26 (59,1%)	10 (50,0%)	16 (66,7%)	0,263
Mortalidad intrahospitalaria	34 (69,4%)	13 (61,9%)	21 (75,0%)	0,325

Se exponen las características de ambos grupos a estudio. SPC: *shock* poscardiotomía; PCR: parada cardiorrespiratoria; IC: insuficiencia cardiaca.



Se observa la distribución de las causas de mortalidad de ambos grupos. SPC: shock poscardiotomía. PCR: parada cardiorrespiratoria. FMO: fracaso multiorgánico.

Conclusiones: En nuestra cohorte, los pacientes con implante de ECMO por SPC tenían una edad media 8 años superior. Presentaron tasas de mortalidad intrahospitalaria equiparables. Sin embargo, las causas del fallecimiento y las complicaciones durante el soporte fueron distintas entre ambos grupos.