



6046-388. COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS GRAVES ASOCIADAS AL EMPLEO DE DISPOSITIVOS DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREOS DE MEMBRANA EN LA UNIDAD CORONARIA

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

Resumen

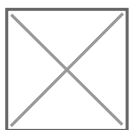
Introducción y objetivos: Existe un aumento del uso de dispositivos de soporte mecánico circulatorio (SMC), como el oxigenador extracorpóreo de membrana (ECMO). Estos dispositivos permiten alcanzar supervivencias > 50% en pacientes con mortalidad cercana al 100% pero su empleo asocia complicaciones, siendo las neurológicas de las más graves

Métodos: Desde abril de 2009 se implantaron en nuestro centro 252 dispositivos de SMC a 206 pacientes; 145 ECMO venoarterial a 141 pacientes. Revisamos características y frecuencia de complicaciones neurológicas graves.

Resultados: 107 eran varones (75,89%). Edad media 57,48 años. Escala INTERMACS 1 en 139 pacientes, 2 en 6 pacientes. Las indicaciones del soporte pueden verse en el gráfico. 25 pacientes habían sufrido parada cardiorrespiratoria (PCR) recuperada y 23 implantes se realizaron en PCR como maniobra de RCP. Tiempo medio de ECMO 5,07 días. Motivo de retirada: recuperación 72 pacientes (49,65%), muerte 46 (31,72%), otra asistencia 26 (17,93%), trasplante cardiaco 1 (0,69%). Durante el soporte 15 pacientes sufrieron complicaciones neurológicas. 11 fueron encefalopatías anóxicas, estando 10 de ellas en relación con PCR previa y 4 fueron ictus establecidos (2,83%) (3 isquémicos y 1 hemorrágico), falleciendo este último por dicha causa. Estos pacientes se recogen en la tabla 1. Se inició anticoagulación tras el implante en 112 casos. La estrategia inicial fue bivalirudina en 21 dispositivos (18,7%) y heparina sódica en 91 (81,3%), con bolo de 100-150 UI/Kg durante el implante; según la patología de base y estado de coagulación basal. El inicio de la anticoagulación se retrasó un tiempo mínimo de 6-8 horas con una media de 21 horas. Se monitorizó el tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa), para ratios de 1,5-2,5 inicialmente cada 4 horas y posteriormente cada 12-24 horas cuando los niveles eran estables. En los pacientes heparinizados se empleó determinación de anti Xa en los casos en los que no se alcanzaron niveles adecuados de TTPa. En 18 casos (16,07%), debido a la dificultad para mantener ratios adecuadas y estables de anticoagulación con heparina, se cambió a bivalirudina.

Características de los pacientes portadores de ECMO venoarterial y con complicaciones neurológicas graves asociadas

Paciente	Horas soporte ECMO	Indicación	Objetivo	parada cardiaca	Retirada	Complicación neurológica	Secuela	Anticoagulación empleada
Mujer, 51 años	427 h	Postrasplante cardiaco (fallo primario injerto, ventrículo derecho)	Recuperación	No	Recuperación	Ictus isquémico embólico en territorio frontoparietal derecho	Hemiparesia izquierda	Heparina
Varón, 51 años	17,5 h	Miocarditis	Recuperación	Recuperada previamente	Otra asistencia circulatoria	Ictus isquémico embólico en territorio arteria cerebral media izda, posterior y cerebelosa inferior posterior	Afasia mixta y hemiparesia residual en extremidades derechas	Heparina
Varón, 63 años	12 h	Postrasplante cardiaco (fallo primario injerto, ventrículo derecho)	Recuperación	No	Recuperación	Ictus isquémico embólico en territorio de arteria cerebral media izquierda (transformación hemorrágica posterior)	Afasia motora, hemianopsia homónima derecha y hemiplejia derecha	Heparina
Mujer, 39 años	24 h	PosInfarto agudo de miocardio	Puente a decisión	Implante en parada	Muerte	Hemorragia intraparenquimatosa grave (frontal izda 4,9 × 3,9 cm y temporoparietal derecha 6,5 × 6 cm)	Muerte	heparina



Indicaciones de implantación de ECMO 2009-2019.

Conclusiones: El empleo de una adecuada estrategia de anticoagulación utilizando bivalirudina como alternativa a la heparina en casos seleccionados permite reducir la incidencia de complicaciones neurológicas

de ictus en los pacientes portadores de ECMO VA.