



7003-7. UTILIDAD DE LA ASISTENCIA CIRCULATORIA CON ECMO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TAQUICARDIA VENTRICULAR INCESANTE Y SHOCK CARDIOGÉNICO

Jorge García-Carreño¹, Lourdes Vicent Alaminos¹, Iago Sousa-Casasnovas¹, Miriam Juárez-Fernández¹, Carolina Devesa¹, Ana Ayesta², Francisco Fernández-Avilés¹ y Manuel Martínez-Sellés¹ del ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, y ²Hospital del Sureste, Arganda del Rey (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La tormenta arrítmica es un estado de inestabilidad eléctrica que se caracteriza por múltiples episodios de taquicardia ventricular (TV) o fibrilación ventricular que acontecen en un corto periodo de tiempo. Esta condición se asocia a una elevada mortalidad. La ablación con catéter del sustrato arrítmico con frecuencia es el único tratamiento efectivo, pero con frecuencia la gran inestabilidad hemodinámica dificulta el procedimiento. El soporte con asistencia circulatoria de tipo ECMO V-A (*Veno-Arterial Extra Corporeal Membrane Oxygenator*) puede ser útil para realizar procedimientos complejos en estas condiciones de gran inestabilidad clínica y eléctrica.

Métodos: Registro prospectivo en un hospital terciario que incluyó los casos de tormenta arrítmica a los que se realizó un implante de dispositivo ECMO veno-arterial (V-A) para estabilización y eventual ablación con catéter.

Resultados: Desde julio de 2015 hasta febrero de 2017, 7 pacientes recibieron implante de ECMO V-A por presentar tormenta arrítmica. Las características basales y antecedentes se resumen en la tabla. Todos eran varones, con un ventrículo izquierdo gravemente disfuncionante en el momento del ingreso. El desencadenante más frecuente fue el infarto agudo de miocardio (4 pacientes), aunque las arritmias ocurrieron después de la revascularización. En 2 casos se produjeron arritmias incesantes en ausencia de un evento isquémico agudo (ambos tenían historia de cardiopatía isquémica crónica y disfunción ventricular izquierda grave). Todos recibieron tratamiento antiarrítmico (amiodarona, procainamida o ambas) e implante de balón de contrapulsación intraaórtico. En 5 pacientes se realizó ablación de sustrato de TV con implante previo de ECMO-VA para la estabilización pre- e intraprocedimiento, se obtuvo un resultado con éxito en 4 casos, que pudieron destetarse de la asistencia y recibieron el alta hospitalaria. En 2 pacientes no se hizo estudio electrofisiológico, en uno de ellos se consiguió estabilidad eléctrica bajo tratamiento antiarrítmico y el otro falleció debido a sepsis.

Características y evolución de los pacientes que recibieron implante de ECMO en tormenta arrítmica

Variables

N = 7 (%)

Edad años (media, DE)	61,4 ± 9,0
Sexo masculino	7 (100)
Cardiopatía isquémica crónica	2 (28,6)
Enfermedad valvular	1 (14,3)
Portador de desfibrilador implantable	2 (28,6)
Fracción de eyección ventricular izquierda al ingreso (media, DE)	16,4 ± 8,3
Ingreso por evento coronario isquémico agudo	4 (57,1)
Ingreso por arritmias ventriculares	2 (28,6)
Revascularización durante el ingreso	4 (57,1)
<i>Shock</i> cardiogénico	7 (100)
Tipo de arritmia ventricular	
TV monomórfica	4 (57,1)
Fibrilación ventricular	3 (42,9) 2 por EV precoces (R sobre T)
Tratamiento antiarrítmico administrado durante el ingreso	
Amiodarona	1 (14,3)
Procainamida	1 (14,3)
Ambos	5 (71,4)
Ablación de taquicardia ventricular exitosa	4 (57,1)

Número de días en ECMO (mediana, rango IQ)	9 (4-11)
--	----------

Fallecimiento durante el ingreso	2 (28,6)
----------------------------------	----------

DE: desviación estándar, IQ: rango intercuartil.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la asistencia con ECMO en pacientes con tormenta arrítmica por taquicardias ventriculares incesantes y *shock* permite la estabilización hemodinámica hasta el control de las arritmias con fármacos o ablación. Además, permite realizar con éxito los procedimientos de ablación tanto de sustrato como en taquicardia.