



4036-4. ASISTENCIA CIRCULATORIA CON OXIGENADOR DE MEMBRANA (ECMO) EN EL *SHOCK* CARDIOGÉNICO

Miguel Antonio Solla Buceta¹, Ana Isabel Hurtado Doce¹, María José García Monge¹, Leticia Seoane Quiroga¹, Francisco Estévez Cid² y Eduardo Barge-Caballero³ de la ¹Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos, Hospital Universitario, A Coruña, ²Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario, A Coruña y ³Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco, Hospital Universitario, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: La ECMO se ha convertido en el sistema de asistencia circulatoria de corta duración de elección. Nuestro objetivo es describir el perfil de pacientes en *shock* cardiogénico asistidos mediante ECMO en nuestro programa de asistencia circulatoria, así como sus complicaciones y supervivencia.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados críticos cardiológicos durante el periodo: 31 diciembre 2010-31 marzo 2013, que han desarrollado *shock* cardiogénico refractario al soporte farmacológico y asistencia con balón intra-aórtico de contrapulsación (BIACP), sin contraindicación para el trasplante cardíaco en el momento del ingreso, soportados mediante ECMO. Se han analizado variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, etiología, disfunción de órganos, tipo de asistencia y duración, complicaciones, estancia en UCI/hospitalaria y mortalidad.

Resultados: Durante el periodo de estudio se ha asistido mediante ECMO a 18 pacientes. 14 casos de ECMO VA en pacientes en *shock* cardiogénico. 71,4% varones, edad media $52,3 \pm 12,93$ años (20-67). FRCV más frecuentes: tabaco (57,1%) e HTA (42,9%). Causa más frecuente de *shock* cardiogénico: cardiopatía isquémica (57,1%). 11 pacientes fueron soportados con BIACP previo al implante del ECMO, en 6 casos se mantuvo durante la asistencia circulatoria. Fracaso de órganos: 100% ventilación mecánica invasiva, 35,7% fracaso renal con necesidad de HDFVVC, 21,4% disfunción hepática y 28,6% trombopenia. Canulación más frecuente: periférica de localización femoral. Tiempo medio de asistencia $11 \pm 8,2$ días (1-34). Complicación más frecuente: hemorragia (57,1%) precisando revisión quirúrgica en 5 pacientes (35,7%). El 78,6% de los pacientes fueron desconectados del ECMO. Supervivencia al alta de la UCI 64,3% y al alta hospitalaria 57,1%. (tabla).

Análisis descriptivo de las variables estudiadas

n (%)

Factores de riesgo cardiovascular:

Tabaco	8 (57,1%)
Hipertensión arterial	6 (42,9%)
Dislipemia	5 (35,7%)
Obesidad	3 (21,4%)
Diabetes	1 (7,1%)
Diagnóstico etiológico:	
C. isquémica	8 (57,1%)
MCD	3 (21,4%)
Miocarditis	1 (7,1%)
Fracaso primario injerto	1 (7,1%)
<i>Shock</i> poscardiotomía	1 (7,1%)
Disfunción órganos pre-ECMO:	
HDFVVC	5 (35,7%)
Ventilación mecánica invasiva	14 (100%)
Bilirrubina total > 2 mg/dl	3 (21,4%)
Trombopenia < 100.000	4 (28,6%)
BIACP pre-ECMO	11 (78,6%)
BIACP durante ECMO	6 (42,85%)
Tipo canulación:	

Central	2 (14,3%)
Periférica (femoral/axilar)	11/1 (85,7%)
Complicaciones:	
Sangrado mayor	8 (57,1%)
Reintervención por sangrado	5 (35,7%)
Isquemia miembro inferior	6 (42,9%)
Infección/Dehiscencia herida	4 (28,6%)
Bacteriemia	5 (35,7%)
Primaria	1 (7,1%)
Secundaria	4 (28,6%)
Dilatación cavidades izquierdas	1 (7,1%)
Pronóstico:	
Desconexión del ECMO:	11 (78,6%)
Recuperación	7 (50%)
Trasplante cardiaco	2 (14,3%)
Futilidad	2 (14,3%)
Supervivencia al alta UCI	9 (64,3%)
Supervivencia al alta hospitalaria	8 (57,1%)

Conclusiones: El ECMO es un sistema de asistencia circulatoria de corto-medio plazo útil como puente a la recuperación, a la decisión o al trasplante cardiaco. Más del 50% presentaron una complicación hemorrágica. Tasas de supervivencia ajustada a gravedad similares a publicaciones previas.