



4011-6. SOPORTE CIRCULATORIO CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA VENOARTERIAL EN EL *SHOCK* CARDIOGÉNICO REFRACTARIO TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Tomás Benito González, Silvia Rubio Ruiz, Virginia Burgos Palacios, Marta Ruiz Lera, Cristina Castrillo Bustamante, Ángela Canteli Álvarez, Inés Toranzo Nieto y José Aurelio Sarralde Aguayo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: El desarrollo de *shock* cardiogénico (SC) en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) se asocia con una elevada mortalidad a pesar de una reperfusión coronaria precoz. La membrana de oxigenación extracorpórea venoarterial (ECMO-VA) representa una alternativa de rescate en estos pacientes.

Métodos: Se analizaron las características basales y la evolución (tabla) de 15 pacientes con IAM Killip IV en los que se implantó una ECMO-VA en el periodo 2009-2015.

Resultados: 13 pacientes ingresaron por IAM con elevación del ST, otro por IAM tipo 2 y otro por IAM tipo 4a. La angioplastia (ICP) primaria fue exitosa en el 92,8% y 7 tenían enfermedad multivaso. Todos se encontraban en INTERMACS 1 a pesar de tratamiento máximo y balón de contrapulsación (BCIA), y requirieron ventilación mecánica invasiva. El implante se realizó en parada cardiorrespiratoria (PCR) en 2 casos. El soporte (mediana de 2,8 días) permitió corregir el fracaso multiorgánico en todos los casos (lactato inicial $66,2 \pm 34,1$ mg/dl frente a 24h $21,1 \pm 8,9$ mg/dl, $p = 0,001$). El motivo de retirada fue recuperación en 8 casos e implante de dispositivo de asistencia ventricular (DAV) en 7 (4 como puente a trasplante -TC-, 2 por descarga insuficiente del VI y 1 por complicación en el implante). Ningún paciente falleció durante el soporte y el motivo final del destete fue recuperación en el 67% y TC en el 33%. Como complicación del implante se registró una rotura auricular que obligó a reconversión a DAV. 4 pacientes fueron reintervenidos por sangrado de la zona de canulación, 1 por taponamiento debido a perforación coronaria en la ICP, y en 3 se realizó reparación del trípode femoral. Durante el ingreso (mediana 40,6 días) fallecieron 4 pacientes: 2 por bajo gasto (16 y 10 días tras la retirada del soporte), otro por sepsis y otro por encefalopatía anóxica. Con una mediana de seguimiento tras el alta de 43,7 (13,8-64,5) meses, la supervivencia fue del 66,7%. Todos los pacientes trasplantados están vivos en la actualidad. La revascularización incompleta se asoció con una mayor incidencia de muerte o TC (100 frente a 37,5%, $p = 0,016$).

Características basales y evolución de 15 pacientes con infarto agudo de miocardio Killip IV que recibieron soporte con ECMO-VA

Características de los pacientes

Edad (años)	53,3 ± 13,7
Varones (%)	66,7
Parada cardiorrespiratoria preimplante (%)	53,3
Escala de riesgo TIMI para IAMCEST	9 ± 1
FEVI al ingreso (%)	15 (10-25)
Tensión arterial media (mmHg)/Frecuencia cardiaca (lpm)	54 (49-65)/125 (86-147)
Score inotrópico/Score inotrópico-vasoactivo	36,1 (13,8-49,5)/55,5 (40-71,8)
Arteria responsable del infarto	
Tronco común izquierdo (%)	40
Descendente anterior (%)	33,3
Circunfleja (%)	6,7
Coronaria derecha (%)	20
Complicaciones hemorrágicas durante el soporte	
Sangrado BARC 3A (%)	53,3
Sangrado BARC 3B (%)	33,3
Evolución	
Destete de asistencia por recuperación (%)	66,7
Trasplante cardiaco (%)	33,3

Mortalidad intrahospitalaria/30 días (%)	26,7
Supervivencia a 1 año (%)	66,7

Conclusiones: La ECMO-VA proporciona un soporte adecuado que permite mantener al paciente en condiciones óptimas tras la ICP hasta la mejoría de la función ventricular o el implante de DAV como puente al TC, consiguiendo un descenso en la mortalidad y en la necesidad final de TC.