



4006-6. IMPLANTE DE OXIGENADOR DE MEMBRANA EN HEMODINÁMICA COMO TRATAMIENTO PRECOZ DEL INFARTO DE MIOCARDIO COMPLICADO CON *SHOCK*

Felipe Díez-Delhoyo, Iago Sousa-Casasnovas, Jorge García-Carreño, Carolina Devesa-Cordero, Miriam Juárez, Jaime Elízaga, Manuel Martínez-Sellés y Francisco Fernández-Avilés del Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los dispositivos de asistencia circulatoria como el ECMO veno-arterial (VA-ECMO) son una herramienta de creciente utilidad para el tratamiento del *shock* cardiogénico (SC) y el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). En nuestro país, el implante compete casi exclusivamente al cirujano cardiaco, si bien el abordaje percutáneo por parte de cardiología podría ser una alternativa para pacientes con ambas patologías.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes con IAMCEST y SC rescatados con ECMO-VA en nuestra institución desde julio 2013 hasta abril 2016.

Resultados: 16 pacientes consecutivos con IAMCEST fueron tratados mediante implante de ECMO-VA con dispositivo Cardiohelp (Maquet Cardiopulmonary. AG; Alemania). El implante fue exclusivamente percutáneo, periférico (femoral) y llevado a cabo por el cardiólogo intervencionista en la misma sala de hemodinámica. Las características basales y las principales complicaciones se exponen en la tabla. La comorbilidad previa era baja, y la situación hemodinámica de extrema gravedad en todos (perfil INTERMACS 1). Durante el ingreso 2 pacientes fallecieron por arritmias ventriculares sostenidas refractarias a ablación de sustrato (uno tras decanulación exitosa), otro sujeto falleció por isquemia distal de miembro y *shock* secundario (sin cánula anterógrada de perfusión) y en el cuarto se confirmó la situación de muerte encefálica posanóxica tras la parada extrahospitalaria (permitiendo donación en asistolia controlada). Los otros 12 pacientes sobrevivieron al ingreso: en 8 se consiguió retirar el ECMO-VA por mejoría de la función ventricular; en 4 se requirió escalar a trasplante cardiaco (dos previo implante de asistencia Levitronix, uno tras BerlinHeart Excor biventricular y el cuarto bajo soporte con ECMO-VA). No hubo secuelas neurológicas en los supervivientes, y todos siguen vivos tras un seguimiento medio de $12,5 \pm 7,8$ meses.

Variable	Valor
Edad (años)	$53 \pm 6,1$ años
Sexo (varón)	11 (69%)

Diabetes mellitus	7 (44%)
Fumador	12 (75%)
PCR previa	8 (50%)
Láctico previo	6,1 ± 3,2 mmol/L
Láctico 24 horas	1,8 ± 1,4 mmol/L
Cánula perfusión distal	9 (56%)
BCIAO	16 (100%)
Tiempo Implante	26,5 ± 11,7 minutos
Insuficiencia renal aguda	2 (12,5%)
Sangrado agudo	5 (31%)
Isquemia distal miembro	2 (12,5%)
Ictus	1 (6,3%)
Infección aguda	5 (31%)
Tiempo en ECMO	5,4 ± 3,4 días
Destete ECMO	9 (56,3%)
Supervivencia al alta	12 (75%)
PCR: parada cardio-respiratoria; BCIAO: balón de contrapulsación intra-aórtico. Las variables categóricas se expresan en número absoluto y porcentaje, las cuantitativas como media y desviación típica.	

Conclusiones: El implante de ECMO-VA periférico por parte de cardiología es una alternativa eficaz para el rescate de pacientes seleccionados con IAMCEST y SC. La presencia de miocardio contundido y la rapidez y precocidad del implante percutáneo en la misma sala de hemodinámica pueden jugar un papel en los buenos resultados iniciales.