



4003-5. OXIGENADOR EXTRACORPÓREO DE MEMBRANA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA REFRACTARIA

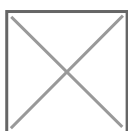
Marta Alonso Fernández de Gatta, Soraya Merchán Gómez, Miryam González Cebrián, Elisabete Alzola Martínez de Antoñana, Marta López Serna, Alejandro Diego Nieto, Francisco Martín Herrero y Pedro Luis Sánchez Fernández, del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: El oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial (ECMO-VA) se ha propuesto como herramienta para la recuperación de la circulación en parada cardiorrespiratoria (PCR) refractaria. Nuestro objetivo fue analizar los resultados del implante intraparada, con el fin de identificar áreas de mejora y posibles factores predictores pronósticos.

Métodos: Análisis unicéntrico de los casos de implante de ECMO-VA intraparada hospitalaria, presenciada y refractaria a maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP avanzada) durante al menos 15 minutos.

Resultados: Entre enero de 2014 y marzo de 2018 se implantaron 16 ECMO-VA intraparada en nuestro centro. Las características basales y perimplante se recogen en la tabla. La causa de la PCR fue un síndrome coronario agudo en la mayoría de los casos (62,5%). La mayoría de los pacientes presentó algún tipo de complicación (figura), más frecuentes cuanto más tiempo de soporte en ECMO precisaron (p 0,048). Por otra parte, más tiempo en ventilación mecánica se asoció a mayor tasa de infecciones (p 0,03). La supervivencia al alta fue del 37,5%. Las causas de muerte intrahospitalaria más frecuentes fueron encefalopatía anóxica (18,8%) y fallo multiorgánico (FMO) (31,3%). Con una mediana de seguimiento de 14,5 meses se observó una supervivencia de 33,3% de aquellos pacientes dados de alta, con escasa morbilidad neurológica [100% con escala CPC (*Cerebral Performance Categories*) ? 2 e índice de Barthel medio 90]. Las causas de fallecimiento tras el alta hospitalaria fueron IC (50%) e ictus (50%). Ni el horario de implante (laboral/guardia) ni la presencia o no del equipo hemodinámico se relacionaron con diferencias en la supervivencia (p 0,65 y 0,48 respectivamente).



Complicaciones.

Características basales y del implante

Características	Población (n = 16)	Implante	Población (n = 16)
Varón (n+%)	11 (68,8%)	Acceso vascular percutáneo (n+%)	16 (100%)
Edad (media + DE)	65 ± 7,1	Acceso vascular fémoro-femoral (n+%)	16 (100%)
HTA (n+%)	6 (37,5%)	Inotrópicos y vasoactivos primeras 24 horas (n+%)	
DM (n+%)	1 (6,3%)	Ninguno	1 (6,3%)
DL (n+%)	5 (31,3%)	Dobutamina	1 (6,3%)
Tabaquismo (n+%)	9 (56,3%)	Dobutamina + noradrenalina	9 (53,6%)
		Dobutamina+ noradrenalina + adrenalina	5 (31,3%)
AP cardiológicos (n+%)	6 (37,5%)	BCIAo (n+%)	11 (68,8%)
Cardiopatía isquémica previa (n+%)	4 (25%)	Canulación arteria femoral superficial (n+%)	10 (62,5%)
FEVI tras recuperación circulación (%+DE)	26 ± 17	Horario de guardia (perfusionista localizada en domicilio) (n+%)	11 (68,8%)
Disfunción VD tras recuperación circulación (n +%)	9 (56,3%)	Equipo de Hemodinámica presente (n+%)	12 (75%)
Láctico periimplante (mmol/l)	7,3 ± 5,2	Tiempo de PCR hasta recuperación de circulación con ECMO (minutos, DE)	46 ± 21
pH periimplante	7,24 ± 0,24	Tiempo en ECMO (días, DE)	3,98 ± 3,558

AP: antecedentes personales; BCIAo: balón de contrapulsación intraaórtico; DL: dislipemia; DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial; FEVI: función sistólica del ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho.

Conclusiones: El implante de ECMO-VA puede ser considerado en casos de PCR refractaria en hospitales con un programa establecido de soporte circulatorio. En nuestra experiencia, requiere gran organización para garantizar rapidez de respuesta, debería iniciarse precozmente y evitarse en situaciones de PCR prolongada con probable daño neurológico irreversible o FMO establecido. Se requieren estudios mayores que definan más detalladamente los criterios de implante de ECMO en esta indicación.