



6018-213. DESCARGA INADECUADA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN OXIGENADOR EXTRACORPÓEO DE MEMBRANA VENOARTERIAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

Sofía González Lizarbe, Teresa Borderías Villarroel, Joffrey Eduardo Luján Valencia, Beatriz de Tapia Majado, Juan Sánchez Ceña, Santiago Catoya Villa, David Serrano Lozano, Manuel Lozano González, Indira Cabrera Rubio, Miguel Molina San Quirico, José Aurelio Sarralde Aguayo, Ángela Canteli Álvarez, Cristina Castrillo Bustamante, Marta Ruiz Lera y Virginia Burgos Palacios, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: El oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial (ECMO-VA) es ampliamente utilizado en el tratamiento del *shock* cardiogénico refractario. La descarga inadecuada del ventrículo izquierdo (VI) es su principal limitación.

Métodos: Desde 2009, se han implantado 145 ECMO-VA en 141 pacientes. Describimos la frecuencia con la que la descarga VI resultó insuficiente, sus posibles predictores, pronóstico y abordaje.

Resultados: Las características basales se describen en la tabla. La edad media fue 57,48 años \pm 13,3 años, 75,9% varones y 95,9% en INTERMACS 1. La etiología del *shock* cardiogénico se detalla en la figura. 53 pacientes (36,6%) tuvieron descarga inadecuada del VI. En 33 de ellos (62,3%) se había implantado balón de contrapulsación intraaórtico (BCIAo) previo. En el 11,3% se consiguió soporte adecuado con tratamiento médico. En el 50,9% de los casos se implantó BCIAo (el 59,2% de este grupo tenía BCIAo previo). Un 17% precisó drenaje directo de VI y un 20,8%, conversión a asistencia ventricular de corta duración. Según la etiología del *shock*, fueron factores predictores de descarga inadecuada de VI la miocardiopatía dilatada (OR 11,7; IC95% 2,4-55,5; $p < 0,05$), ECMO en parada cardiorrespiratoria (PCR) (OR 8,2; IC95% 2,8-24,3; $p < 0,001$) y el *shock* poscardiotomía (OR 4,9; IC95% 2,1-11,9; $p < 0,001$). La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor en los pacientes con descarga inadecuada respecto a aquellos con descarga adecuada (73,6 frente a 41,3%, $p < 0,001$). La descarga inadecuada fue predictor de mortalidad intrahospitalaria (OR 3,8; IC95% 1,3-11,2; $p < 0,05$) junto con la edad > 65 años (OR 3,9; IC95% 1,1-15; $p < 0,05$) y el ECMO en PCR (OR 15,6; IC95% 1,7-146,4; $p < 0,05$). Entre los pacientes con descarga inadecuada del VI se produjeron 38 muertes (71,7%): fallo multiorgánico (23,7%), falta de soporte de ECMO (15,8%), ausencia de recuperación (15,8%), infección (10,5%), encefalopatía anóxica (10,5%), bajo gasto cardiaco tras retirada (5,2%), isquemia mesentérica (5,2%) y otras (13,3%).

Características basales

Edad(años) (media \pm DE)

57,48 \pm 13,3

Sexo (% ,n)	Varón: 75,9 (107)
	Mujer: 24,1 (34)
INTERMACS (% , n)	1: 95,9% (139)
	2: 4,1% (6)
PCR (% , n)	
No PCR	66,9 (97)
PCR recuperada	17,2 (25)
ECMO en PCR	15,8 (23)
Objetivo inicial (% ,n)	
Recuperación	69 (100)
Decisión	22,8 (33)
Otra asistencia ventricular	4,1 (6)
Trasplante	2,8 (4)
Soporte procedimiento	1,4 (2)
Tiempo de soporte (días) (media \pm DE)	5 \pm 4,3
Estancia media UCI cardiológica (días) (media \pm DE)	26,3 \pm 36,6

DE: desviación estándar, ECMO: oxigenador extracorpóreo de membrana, PCR: parada cardiorrespiratoria



Etiología del shock cardiogénico.

Conclusiones: La descarga inadecuada de VI supone un reto y un predictor de mortalidad intrahospitalaria durante el soporte con ECMO. Conocer sus predictores puede ayudarnos a prevenirla. En nuestra serie, la miocardiopatía dilatada, ECMO en PCR y *shock* poscardiotomía lo fueron. Es en estos pacientes en los que debemos valorar precozmente la asociación de sistemas que permitan descargar de manera adecuada el VI.