



5013-15. EQUIPO ECMO MÓVIL: IMPORTANCIA Y RESULTADOS DEL TRASLADO INTERHOSPITALARIO EN ECMO PARA EL TRATAMIENTO DEL SHOCK CARDIOGÉNICO

Carlos Miguel Veras Burgos, Aitor Uribarri González, Alexander Stepanenko, Javier Tobar Ruíz, Ignacio J. Amat Santos, Itziar Gómez y José Alberto San Román Calvar

Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: La mortalidad del shock cardiogénico (SC) continúa siendo elevada (40-50%). La implementación dentro del “Código Shock” de equipos móviles, capaces de desplazarse a otros centros e implantar un dispositivo de asistencia circulatoria tipo oxigenador extracorpóreo de membrana (ECMO) puede mejorar los resultados. El objetivo es mostrar la experiencia inicial del desarrollo de un equipo ECMO móvil para la atención del SC en una comunidad autónoma.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes atendidos por nuestro equipo ECMO móvil desde su creación en febrero de 2019 hasta febrero de 2020. Se incluyeron un total de 8 pacientes con SC refractario que requirieron soporte circulatorio mecánico. El equipo ECMO actúa sobre un área cercana a los 95.000 km² con una densidad de población muy reducida (25,67 hab/km²) y se encuentra disponible 24h al día/365 días al año. Se basa en un análisis individualizado del caso y traslado del equipo que consta de dos cardiólogos (encargados de purgar e implantar el dispositivo y manejar al paciente) junto a una enfermera y un conductor de la ambulancia.

Resultados: Ocho pacientes en situación de SC refractario requirieron activar el equipo ECMO-móvil. Las características demográficas, etiología y gravedad del shock se resumen en la tabla. En todos los casos la canulación se realizó percutáneamente. El tiempo medio desde la activación del equipo ECMO-móvil hasta el implante del dispositivo fue de 89 minutos. La indicación más frecuente del implante fue el infarto de miocardio en 3 casos (37,5%). Cuatro pacientes estaban soportados con balón de contrapulsación intraaórtico y todos estaban conectados a ventilación mecánica. El índice inotrópico de Wernovsky y el láctico previo al implante fueron 115 y 6,7, respectivamente. No se registraron complicaciones durante el implante ni el traslado. El tiempo medio de soporte fue de 8,4 días. La supervivencia hospitalaria fue del 75%. Se produjeron 2 fallecimientos, ambos por complicaciones hemorrágicas. Un paciente requirió implante de centrimag biventricular como puente a trasplante.

Sexo	Edad	Indicación	Tipo de soporte	Evolución	ECMO(días)	Supervivencia	Causa de muerte	PIV	SOFA	Láctico pre/pos
------	------	------------	-----------------	-----------	------------	---------------	-----------------	-----	------	-----------------

Hombre	66	Shock cardiogénico. Infarto de miocardio.	ECMO VA+BCIAO	Explante	19	Sí		87	9	2,2/1,3
Mujer	60	Shock obstructivo. Embolia pulmonar.	ECMO VA	Explante	2	No	Hemorragia	210	11	7/6,37
Hombre	55	Shock cardiogénico. Infarto agudo de miocardio.	ECMO VA	Explante	10	Sí		15	9	10/2,69
Hombre	37	Shock cardiogénico. Consumo de tóxicos.	ECMO VA	Explante	8	Sí		107	8	15/6,63
Hombre	50	Shock cardiogénico. Miocardiopatía dilatada.	ECMO VA+BCIAO	Explante	6	No	Hemorragia cerebral	103	10	3/2,8
Mujer	51	Shock mixto (séptico y cardiogénico). Miocardiopatía séptica.	ECMO VA+BCIAO	Explante	4	Sí		210	8	3,9/10,
Hombre	52	Shock cardiogénico. Infarto anterior.	ECMO VA+BCIAO	Intercambio BiVAD. Lista TxC urgencia 0.	10	Sí		107	7	5,1/11,
Hombre	26	Shock cardiogénico. Miocarditis.	ECMO VA+BCIAO	Explante	8	Sí		80	11	8/2,39

BCIAO: balón de contrapulsación intraaórtico; BiVAD: asistencia biventricular; ECMO VA: oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial; P: puntuación inotrópicos-vasoactivos; SOFA: Sepsis-related Organ Failure Assesment; TxC: trasplante cardiaco.

Conclusiones: El traslado interhospitalario de pacientes bajo soporte con ECMO-VA es seguro y se asocia a buenos resultados. La creación de equipos ECMO-móvil es una herramienta fundamental para la atención del SC en red.