



4016-7. SOPORTE CON OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA REFRACTARIA: ¿UNA HERRAMIENTA EN LA PARADA EXTRAHOSPITALARIA?

Sofía González Lizarbe¹, Teresa Borderías Villarroel¹, Indira Cabrera Rubio¹, Beatriz de Tapia Majado¹, Juan Sánchez Ceña¹, Santiago Catoya Villa¹, Manuel Lozano González¹, Miguel Molina San Quirico¹, Andrea Teira Calderón¹, Cristina Castrillo Bustamante¹, Ángela Canteli Álvarez¹, Valentín Tascón Quevedo², José Aurelio Sarralde Aguayo², Marta Ruiz Lera¹ y Virginia Burgos Palacios¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: La parada cardiorrespiratoria (PCR) refractaria a pesar de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada es frecuente y asocia mal pronóstico, con una morbimortalidad muy elevada. Los protocolos que incluyen el soporte con oxigenador de membrana extracorpórea venoarterial (ECMO-VA) durante la RCP se han extendido en los últimos años, aunque su uso en PCR extrahospitalaria (PCRE) es controvertido.

Métodos: Desde 2009, se han implantado 164 ECMO-VA en nuestro centro. Se analizan los 20 casos de ECMO en PCR presenciada en la Unidad Coronaria (UC) y extrahospitalaria. En 2016 se inicia el protocolo de implantación de ECMO en PCRE. En la fase extrahospitalaria, se seleccionan los candidatos: pacientes menores de 65 años con PCR presenciada por el 061 y primer ritmo desfibrilable, actividad eléctrica sin pulso precedida de dolor torácico o cualquier ritmo inicial si la etiología es un síndrome coronario agudo. Si no hay recuperación tras 15 minutos de RCP avanzada, se traslada a la UC manteniendo las maniobras de RCP. A su llegada, se calcula el tiempo de PCR total. Si es superior a 45 minutos, se desestima la terapia. Si es menor, se realiza un ecocardiograma transesofágico y, si no hay contraindicaciones, se implanta el dispositivo en la UC mediante canulación periférica fémoro-femoral.

Resultados: Se han implantado 20 ECMO-VA en pacientes con PCR refractaria: 6 en PCRE que se describen en la tabla (2 de ellos antes del protocolo) y 14 en PCR presenciada en la UC. La mediana de edad fue 54 años (45-65), siendo 17 varones (85%). La mediana de tiempo de soporte fue 2,2 días (0,7-4,7). La supervivencia al alta con evolución neurológica favorable (escala Cerebral Performance Category 1) fue de 25% (5/20). Fueron PCR presenciadas en UC 4 de los 5 pacientes que sobrevivieron, con necesidad de escalar a Levitronix CentriMag[®] en 3 de ellos por descarga inadecuada de ventrículo izquierdo o como puente al trasplante. La supervivencia al alta fue de 28,6% (4/14) en la PCR presenciada en UC. Desde el inicio del protocolo de ECMO en PCRE, la supervivencia al alta fue de 25% (1/4).

Pacientes con implante de ECMO en parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria

	Etiología	Edad (años)	Sexo	Tiempo de soporte (horas)	Motivo de retirada de ECMO	Estado al alta hospitalaria	Causa de la muerte
1	Tormenta arrítmica	15	V	118	Muerte	No vivo	Encefalopatía anóxica
2	Tormenta arrítmica	49	V	13	Muerte	No vivo	Fallo multiorgánico

2016: inicio del protocolo de implantación de ECMO en PCR extrahospitalaria.

3	IAM	64	V	7	Muerte	No vivo	Fallo multiorgánico
4	IAM	57	V	1	Muerte	No vivo	Fallo multiorgánico
5	IAM	51	M	36	Recuperación	Vivo	
6	IAM	44	V	94	Recuperación	No vivo	Encefalopatía anóxica

V: varón; M: mujer; IAM: infarto agudo de miocardio.

Conclusiones: El soporte circulatorio con ECMO en PCR refractaria puede mejorar el pronóstico de la PCR intra y extrahospitalaria. El cumplimiento estricto de los protocolos es esencial para una adecuada selección de los pacientes que más se podrían beneficiar del implante de ECMO durante las maniobras de RCP.