



4012-2. SHOCK CARDIOGÉNICO REFRACTARIO: RESULTADOS DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE SOPORTE CIRCULATORIO MECÁNICO EN UN CENTRO NO TRASPLANTADOR

Jorge Salamanca Vilorio¹, Juan Perich Krsnik¹, Pablo Díez-Villanueva¹, Fernando Suárez-Sippman², Emilio Monguió Santín³, Diego Rodríguez Serrano², Fernando Rivero Crespo¹, María del Mar Orts Rodríguez⁴, Carlos Figueroa Yusta⁴, Judit Iglesias Franco², Nuria Oliva Illescas³, Alfonso Canabal Berlanga², Guillermo Reyes Copa³, Fernando Ramasco Rueda⁴ y Fernando Alfonso Manterola¹

¹Servicio de Cardiología; ²Servicio de Medicina Intensiva; ³Servicio de Cirugía Cardíaca; ⁴Servicio de Anestesia y Reanimación, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El *shock* cardiogénico refractario (SCR) presenta una mortalidad muy elevada. El uso de soporte circulatorio mecánico (SCM) puede mejorar su pronóstico. Existen algunas experiencias de tratamiento del SCR mediante SCM en centros nacionales que cuentan con programa de insuficiencia cardíaca (IC) avanzada (trasplante cardíaco [TC] y asistencia ventricular de larga duración). Sin embargo, no se han reportado experiencias multidisciplinares de centros que no cuentan con dichos programas.

Métodos: Nuestro objetivo es describir y analizar los resultados de un programa multidisciplinar de atención a pacientes (pt) en SCR con implante de dispositivos de SCM en un centro sin programa de IC avanzada. Entre los años 2016-2020 se incluyeron prospectivamente todos los pt con SCR tratados mediante SCM avanzado (ECMO-VA, Impella CP, Impella RP y dispositivo de asistencia ventricular mecánica de corta duración [AVCD]). Se registraron características basales, evolutivas y se realizó análisis univariante y multivariante de los predictores de supervivencia al ingreso.

Resultados: Se trataron 48 pt; en 30 (62,5%) se implantó ECMO-VA (11 con BIAo y 6 con Impella CP), en 16 (33,3%) Impella CP, en 2 (4,2%) AVCD (una tras ECMO-VA) y en 1 (2,1%) un Impella RP. La edad media fue de 61 ± 14 años, el 79,2% varones. El SCA fue la causa más frecuente de SC (58,3%). El valor medio de la escala de vasoactivos inotrópicos (VIS) a las 24 horas del implante fue de $53,5 \pm 74,3$. Todos los pt se encontraban en INTERMACS 1 o 2 al implante. De ellos 22 (45,8%) presentaron parada cardiorrespiratoria (PCR) previa al implante, 10 extrahospitalaria, y 11 (22,9%) se encontraban en PCR refractaria. El tiempo medio de PCR fue de $28,4 \pm 24,9$ min y el 57% presentó un ritmo inicial desfibrilable. La duración media del SCM fue de $3,3 \pm 2,5$ días, y la estancia media hospitalaria de $24,9 \pm 29$ días. La supervivencia y complicaciones se muestran en la tabla. En el análisis multivariante, la edad y la escala VIS a las 24 horas del implante resultaron predictores independientes de mortalidad (OR intervalo confianza 95%: 1,23 (1,03-1,48) $p = 0,028$; y 1,10 (1,02-1,18) $p = 0,021$, respectivamente).

Supervivencia, resultados y complicaciones

	n (%)
Retirada exitosa del dispositivo	29 (60,4)
Supervivencia a 30 días	26 (54,2)
Supervivencia ingreso	22 (45,8)
Supervivencia ingreso tras PCR	10/22 (45,4)
Supervivencia ingreso tras PCR refractaria	4/11 (36,3)
CPC 1-2 en supervivientes PCR	10 (100)
Traslado a centro con programa de TC	2 (4,2)
Complicaciones	
Hemorragia significativa	15 (31,3)
Neumonía	10 (20,8)
Sepsis	5 (10,4)
Isquemia arterial	10 (20,8)
Amputaciones	0 (0)
Ictus embólico	2 (4,2)
HIC	1 (2,1)
TVP	5 (10,5)
TEP	1 (2,1)

PCR: parada cardiorespiratoria; CPC: *cerebral performance category*; TC: trasplante cardiaco; HIC: hemorragia intracraneal; TVP: trombosis venosa profunda (*screening* con ecografía); TEP: tromboembolismo pulmonar.

Conclusiones: Nuestra experiencia sugiere que un abordaje coordinado y multidisciplinar en la atención de pt en situación de SCR y necesidad de SCM es factible en centros sin programa de TC. Los pt de mayor edad y aquellos con mayor VIS a las 24h del implante presentan mayor mortalidad.