



6012-5. UTILIZACIÓN DEL SOPORTE MECÁNICO CIRCULATORIO TIPO ECMO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLIA PULMONAR MASIVA E INESTABILIDAD HEMODINÁMICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO

Lucía García Alcalde, José Aurelio Sarralde Aguayo, Zaida Salmón González, José Francisco Gutiérrez Díez, Iván García Martín, Alejandro Pontón Cortina, Virginia Burgos Palacios, Marta Ruiz Lera, Ángela Canteli Álvarez y Cristina Castrillo Bustamante

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: El manejo de pacientes con tromboembolia pulmonar masiva (TEP) con colapso circulatorio y refractario al tratamiento habitual es complejo, con elevada mortalidad. Según las Guías de práctica clínica ESC 2019, estaría indicado iniciar anticoagulación en TEP de alto riesgo, pudiendo ser necesaria trombolisis sistémica. Si trombólisis contraindicada/fallida, podría emplearse la trombectomía quirúrgica. Si existen contraindicaciones o mala respuesta, el uso de ECMO asociada o no a trombectomía quirúrgica, podría ser adecuado para mejorar la oxigenación y la situación hemodinámica. Nuestro objetivo es valorar la implantación de ECMO en TEP masivo bilateral con importante alteración hemodinámica.

Métodos: Incluimos 13 pacientes con asistencia circulatoria ECMO tras TEP masivo bilateral y alteración hemodinámica, confirmándose el TEP por ecocardiograma. Media de edad 51 años. El 76,92% varones y 23,07% mujeres. En el 100% de los casos, el dispositivo implantado es una ECMO VA periférica por situación de *shock* cardiogénico refractario (no indicada ECMO VV).

Resultados: Supervivencia global hospitalaria 69,23%. Así mismo, la muerte se produjo en cuatro pacientes a los que se les instauró la ECMO en parada por situación de colapso circulatorio, falleciendo en las primeras 72 horas. Del total, la media de días con ECMO fue de 3,5 (entre 0 y 7 días). La media de días con ECMO en los pacientes que superaron el evento fue de 4,2 días. Hay diversos estudios que aconsejan utilizar la fibrinólisis como tratamiento coadyuvante con ECMO, en nuestro hospital lo empleamos en 6 pacientes (46,32%), con evolución clínica favorable en el 83,3%. La terapia anticoagulante asociada a soporte ECMO fue la elección en el 53,8% de los casos, con una supervivencia del 57,14% en dicho grupo. Como complicaciones asociadas evidenciamos un sangrado digestivo, hemoptisis en un único paciente y una perforación de AI por la manipulación de las guías al presentar el paciente un foramen oval permeable no conocido, precisando enterotomía urgente.

Conclusiones: Los pacientes con TEP masivo e inestabilidad hemodinámica, presentan alta morbimortalidad, siendo la ECMO una alternativa con garantías de éxito como soporte hemodinámico. La ECMO se puede asociar a otros tratamientos como fibrinólisis o trombectomía quirúrgica con buenos resultados. La ECMO en parada asocia peores resultados en la supervivencia media de estos pacientes.