Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 981

Revista Española de Cardiología

6043-289. ECMO VENOARTERIAL EN PARADA REFRACTARIA, ¿CUÁLES SON LAS DIFERENCIAS?

María Plaza Martín, Andrea Oña Orive, Sara Martín Paniagua, David Carnicero Martínez, Ana Alicia Alañón Hernández, Javier Tobar Ruíz, Alexander Stepanenko, Gonzalo Cabezón Villalba, Raquel Ramos Martínez, Gemma Pastor Báez, Alfredo García Cabello y J. Alberto San Román

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El soporte con membrana de oxigenación extracorpórea venoarterial (ECMO-VA) es una terapia utilizada en estadios avanzados de *shock* cardiogénico, entre ellos en la parada cardiorrespiratoria (EPCR) refractaria. El objetivo del presente estudio es analizar si existen características diferenciales de este subgrupo en cuanto a presentación clínica y evolución.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico que incluye de forma consecutiva todos los pacientes que precisaron soporte con ECMO-VA entre 2021 y 2023 en nuestro centro, excluyendo los pacientes con *shock* poscardiotomía.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes, el 35,9% (N = 28) fueron EPCR (mayoritariamente intrahospitalaria). Las características basales se muestran en la tabla. La etiología más frecuente fue el síndrome coronario agudo (42,9 vs 48,0%, p = 0,662), mientras que la insuficiencia cardiaca agudizada fue más frecuente en no-EPCR (16,0 vs 0%, p = 0,045). El acceso mayoritario fue el femoral (superior al 90% en ambos), aunque se utilizó el acceso axilar en el 6,1% de los pacientes no-EPCR y en ninguno de los EPCR. A pesar de ello, la línea de perfusión distal (LPD) fue numéricamente más frecuente en no-EPCR (78,0 vs 63,0%, p = 0,157) aunque no se alcanzó la significación estadística. Además, la LPD se implantó de forma diferida solo en el 28,6% de los no-EPCR frente a un 45,0% en EPCR (p = 0,201). Los dispositivos de descarga ventricular fueron más frecuentes en EPCR (60,7 vs 48,9%, p = 0,321), siendo mayoritariamente balón de contrapulsación. La incidencia de complicaciones durante el soporte fue similar (69,2 vs 63,3%, p = 0,605), sin diferencias tampoco según el tipo de complicación (figura A). La tasa de recuperación de la función ventricular fue significativamente superior en no-EPCR (53,1 vs 25,0%, p = 0,017). Las tasas de destete y necesidad de otros soportes o terapia de reemplazo cardiaco se muestran en la tabla. La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor en EPCR (75,0 vs 44,9%, p = 0,011). La figura B muestra las causas del fallecimiento en ambos grupos.

Análisis comparativo de los dos grupos a estudio				
	Global (n = 78)	EPCR (n = 28)	No-ECPR (n = 50)	p

Edad (años)	59,6	61,60	58,48	0,167
Sexo masculino	62 (79,5%)	25 (89,3%)	37 (74%)	0,109
Causa de *shock*: SCA	36 (46,2%)	12 (42,9%)	24 (48,0%)	0,662
Causa de *shock*: IC crónica reagudizada	8 (10,3%)	0 (0,0%)	8 (16,0%)	**0,045***
Canulación femoral	73 (94,8%)	27 (96,4%)	46 (93,9%)	
LPD	56 (72,7%)	17 (63,0%)	39 (78,0%)	0,157
Implante LPD diferida	21 (33,9%)	9 (45,0%)	12 (28,6%)	0,201
Complicación durante el soporte	49 (65,3%)	18 (69,2%)	31 (63,3%)	0,605
Complicación vascular grave	18 (24,0%)	6 (23,1%)	12 (24,5%)	0,892
Politransfusión	33 (44,0%)	13 (50,0%)	20 (40,8%)	0,446
Complicación neurológica	24 (32,0%)	9 (34,6%)	15 (30,6%)	0,724
Recuperación cardiaca	33 (42,9%)	7 (25%)	26 (53,1%)	**0,017***
Destete	49 (69,0%)	16 (66,7%)	33 (70,2%)	0,760
Puente a otra asistencia	7 (10,1%)	3 (12,5%)	4 (8,9%)	0,687
Puente a trasplante	6 (8,7%)	3 (12,5%)	3 (6,7%)	0,412
Dispositivo de descarga ventricular	41 (53,2%)	17 (60,7%)	24 (49%)	0,321
Mortalidad intrahospitalaria	43 (55,8%)	21 (75%)	49 (44,9%)	**0,011***

EPCR: implante de ECMO en parada cardiorrespiratoria. SCA: síndrome coronario agudo. IC: insuficiencia cardiaca. LPD: línea de perfusión periférica.

Se observan los valores absolutos de causas de mortalidad de cada grupo. FMO: fracaso multiorgánico. EPCR: implante de ECMO en parada cardiorrespiratoria.

Conclusiones: En nuestra cohorte, los pacientes con EPCR no tuvieron más tasa de complicaciones relacionadas con el soporte incluyendo las vasculares (23,1 vs 24,5%, p = 0,892) o el sangrado que requiriese politransfusión (40,8 vs 50,0%, p = 0,446), pero sí mayor mortalidad condicionada fundamentalmente por el daño neurológico.