



6043-285. PAPEL DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA DURANTE EL DESTETE DE LA MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA VENOARTERIAL: RESULTADOS DE NUESTRO PROTOCOLO TRAS MÁS DE 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

Joffrey Eduardo Luján Valencia, José M. Cuesta Cosgaya, Marta Ruiz Lera y Virginia Burgos Palacios

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La valoración de la recuperación tras un *shock* cardiogénico que requirió de un soporte tipo ECMO-VA por parte del clínico es resultado de la mejoría de parámetros clínicos, analíticos e imagen. Sin embargo, al momento de la retirada del soporte es fundamental el papel de la ecografía transesofágica. Nuestro objetivo es describir los hallazgos con la ecocardiografía transesofágica que predicen un destete exitoso.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con soporte tipo ECMO-VA que lograron la recuperación y se valoró la retirada del soporte.

Resultados: Desde el inicio del programa se han implantado 145 ECMO-VA de los cuales 108 (74,5%) como puente a recuperación, objetivo que se consiguió en 72 (66,7%) pacientes, estos tenían una edad media de 55,93 (\pm 12,54 DE) años y 53 (73,6%) varones. Nuestro protocolo comienza una vez ha revertido del fallo orgánico y se pudo retirar idealmente todas las aminas, se realizan ensayos de destete diarios que son cortos (30 minutos), consistentes en una reducción gradual del flujo en ECMO y monitorización de parámetros hemodinámicos y ecocardiográficos. Tras 2 destetes exitosos separados por 24 horas y adecuada tolerancia hemodinámica, se procede a la retirada del ECMO. En nuestra serie se logró un destete exitoso en el 98,6% de los casos, tras una media de asistencia de 6,57 (\pm 3,59 DE) días. Se definió fracaso del destete, la presencia de bajo gasto en las primeras 48 horas desde la retirada del dispositivo. Criterio que se cumplió solo en 2 casos (2,8%). Los parámetros ecocardiográficos que mejor predijeron un destete exitoso fueron: la no dilatación del VI durante el protocolo de destete, el reclutamiento progresivo de los segmentos conforme va disminuyendo el soporte de la ECMO, alcanzando al final del destete una Integral velocidad tiempo del tracto de salida mínimo de 10 cm y una FEVI 25-30%, también son importantes la no dilatación del ventrículo derecho y la no aparición de una insuficiencia mitral mayor a grado III.

Conclusiones: La monitorización con la ecocardiografía transesofágica durante un protocolo de destete tiene un papel fundamental y con una alta tasa de éxito a la hora de evaluar la retirada de la ECMO-VA por recuperación.