

Atención al *shock* cardiogénico en centros con programa de código infarto sin cirugía cardíaca. Respuesta



Cardiogenic shock care in centers with an infarction code program but without cardiac surgery. Response

Sr. Editor:

Agradecemos a Caballero-Borrego, en representación de centros con código infarto sin cirugía cardíaca, el envío de su carta y nos alegramos de que coincidan en la necesidad de realizar una gradación asistencial de los centros que participen en la atención a los pacientes con *shock* cardiogénico. Los autores se centran en si la cirugía cardíaca es imprescindible en centros de nivel 2. Compartimos su preocupación y desde luego, entendemos que centros con experiencia en Impella (Abiomed, Estados Unidos) y oxigenador extracorpóreo de membrana (ECMO) venoarterial tienen un papel clave. Ahora bien, el documento de expertos de la *International ECMO Network* (ECMONet) y la *Extracorporeal Life Support Organization* (ELSO)¹ indica de forma tajante que «un centro de

ECMO debe ser capaz de proporcionar servicios de cirugía cardiotorácica», y aclaran el motivo de esta exigencia: «deben tener servicios quirúrgicos disponibles de inmediato que puedan abordar las complicaciones vasculares de la canulación que pueden poner en peligro la vida o las extremidades». Hay que tener en cuenta que estas se ven en casi un cuarto de los pacientes² y frecuentemente pueden surgir en horario nocturno o de fin de semana³. Por otro lado, aunque clásicamente se dice que el *shock* posinfarto es la causa más frecuente de *shock* cardiogénico, hay evidencia de que este paradigma está cambiando⁴.

En cualquier caso, reconocemos que incluir como centros ECMO a hospitales sin servicios de cirugía cardíaca tiene ventajas (figura 1). No pretendemos dejar fuera ningún colectivo (véanse los avales de sociedades científicas en nuestro artículo⁵) ni ningún centro. Los hospitales con programa de angioplastia primaria sin cirugía cardíaca son clave en la atención de estos pacientes y estamos de acuerdo en que, en los casos en que haya experiencia con estos pacientes y dispositivos, incluido el ECMO, participen como centros de nivel 2. Queremos terminar enfatizando que creemos que es clave, para llegar al bien común, dejar a un lado los intereses particulares de los diferentes actores y centros.

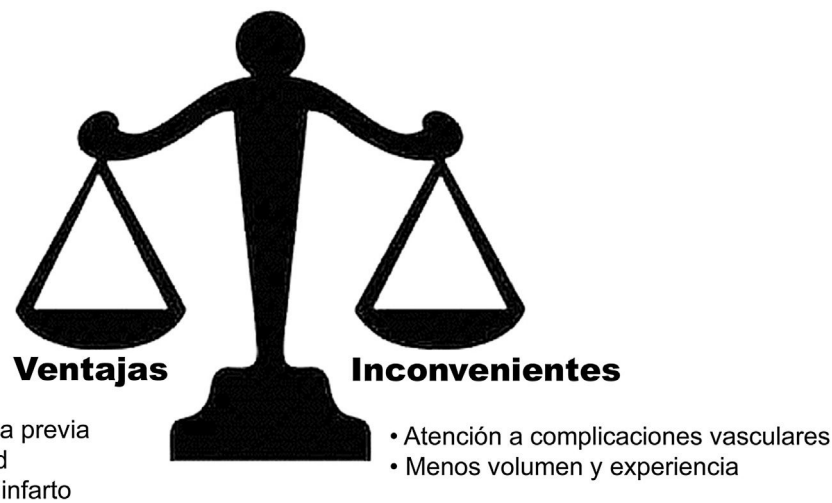


Figura 1. Ventajas e inconvenientes de incluir como centros ECMO (con oxigenador extracorpóreo de membrana) a hospitales sin servicios de cirugía cardíaca.

FINANCIACIÓN

No.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

M. Martínez-Sellés escribió la primera versión. Todos los autores han contribuido de forma importante a la redacción final que aprueban.

CONFLICTO DE INTERESES

Sin conflicto de intereses.

Manuel Martínez-Sellés^{a,b,c,*}, Francisco José Hernández-Pérez^d, José Díaz^e y Francisco Fernández-Avilés^{a,b}

^aServicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense, Madrid, España

^bCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España

^cUniversidad Europea, Madrid, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

^eServicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: mmselles@secardiologia.es

(M. Martínez-Sellés).

On-line el 5 de abril de 2022

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams D, Garan AR, Abdelbary A, et al. Position paper for the organization of ECMO programs for cardiac failure in adults. *Intensive Care Med.* 2018;44:717–729.
2. Gómez-Sánchez R, García-Carreño J, Martínez-Solano J, et al. Off-hours versus regular-hours implantation of peripheral venoarterial extracorporeal membrane oxygenation in patients with cardiogenic shock. *J Clin Med.* 2023;12:1875.
3. Martínez-Solano J, Sousa-Casasnovas I, Bellón-Cano JM, et al. Lactate levels as a prognostic predictor in cardiogenic shock under venoarterial extracorporeal membrane oxygenation support. *Rev Esp Cardiol.* 2022;75:595–603.
4. Berg DD, Bohula EA, van Diepen S, et al. Epidemiology of Shock in Contemporary Cardiac Intensive Care Units. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2019;12:e005618.
5. Martínez-Sellés M, Hernández-Pérez FJ, Uribarri A, et al. Cardiogenic shock code 2023. Expert document for a multidisciplinary organization that allows quality care. *Rev Esp Cardiol.* 2023;76:261–269.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2023.03.021>

0300-8932/© 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.