



O.M.21. Uso de sistema de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) venoarterial en adultos en nuestra Unidad. Complicaciones y mortalidad.

Blanca More Sánchez¹, Maria Pilar Robles Salas², Tania Amat Serna³, Purificación Carmona Sánchez¹, Carmen De la Fuente Martos¹, Juan Carlos Robles Arista¹.

1. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

2. Hospital Universitario La Princesa, Madrid

3. Hospital Universitario de Jaén, Jaén

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave

ECMO VA, sistema de oxigenación, SDRA, trasplante pulmonar, shock cardiogénico, fallo respiratorio, fallo cardiaco, disfunción primaria injerto

Introducción

La ECMO VA se trata de un sistema mecánico de soporte cardiaco y respiratorio, sus indicaciones pueden ser el fallo respiratorio grave y el fallo cardiaco cuando no responden a medidas medicas adecuadas.

Objetivos

Analizar la experiencia del uso de la ECMO VA en el paciente adulto en nuestra unidad de Medicina Intensiva.

Material y método

Estudio observacional prospectivo desde el inicio del programa ECMO en 2009 en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba hasta noviembre de 2024. Variables recogidas: demográficas, indicaciones de implante, complicaciones y mortalidad. Análisis descriptivo y de mortalidad realizado mediante SPSS 17.



Resultados

Durante el periodo de estudio se han implantado 250 ECMO VA, el 70% varones, con mediana de edad 53 (17-78). Scores pronósticos primeras 24 horas: Apache II 22 ± 5 y SOFA 9 ± 2 .

Indicaciones de implante: Inicio trasplante pulmonar programado 41 pacientes, shock cardiogénico de etiología no isquémica 41 pacientes, shock cardiogénico de etiología isquémica 33 pacientes, puente a trasplante cardiaco 31 pacientes, fallo salida circulación extracorpórea (CEC) 29 pacientes, disfunción primaria injerto pulmonar 22 pacientes, disfunción primaria injerto cardiaco 13 pacientes, puente trasplante pulmonar 10 pacientes, disfunción ventrículo derecho (VD) tras trasplante pulmonar 10 pacientes, SDRA 10 pacientes y disfunción VD (no tras trasplante ni CEC) 3 pacientes.

Fue más frecuente la ECMO periférica en 196 pacientes y central en 54 pacientes. La canulación más frecuente a nivel venoso fue la vena femoral (derecha 103 pacientes e izquierda 91) y a nivel arterial fue la arteria femoral (derecha 99 pacientes e izquierda 82 pacientes). Horas de asistencia (mediana) 140 (1-1584).

Complicaciones relacionadas con la técnica: sangrado en 55 pacientes (más frecuente pericánula) y trombosis en 21 pacientes. Las infecciones ocurrieron en un 43% de la muestra: NAVM 94 pacientes (7 desembocaron en bacteriemia secundaria), bacteriemia primaria 12, infección pericánula 3 pacientes; y fallo renal con necesidad de terapias de reemplazo renal en 42%, 94 pacientes necesidad de terapia continua.

La mediana de VM 8 días (1-210) y mediana de estancia en UCI 13 días (0-260). La mortalidad global fue del 62%, 119 pacientes fallecieron durante la asistencia. Se ha visto mayor mortalidad en las indicaciones de shock cardiogénico tanto de causa isquémica como no isquémica, disfunción primaria injerto cardiaco y fallo salida CEC; y menor mortalidad en los grupos de puente a trasplante pulmonar, inicio trasplante pulmonar programado, disfunción ventrículo derecho tras trasplante pulmonar y disfunción VD otro origen diferente a trasplante y CEC.

Se ha observado relación estadísticamente significativa entre la mortalidad y TRRC $p < .001$, OR 0.34(0.22-0.46), Apache II (25 ± 5 vs 20 ± 4 ; $p < .001$, OR 3.80(2.55-5.05) y Sofa (9 ± 2 vs 8 ± 1 ; $p < 0.01$, OR 1.68 (1.11-2.27).

Conclusiones

La mortalidad que encontramos es elevada, pero hay que tener en cuenta que se trata de un soporte mecánico que se implanta cuando las medidas medicas restantes fracasan, son pacientes con alta morbimortalidad asociada a la patología inicial previa al implante del dispositivo. Existe relación entre la mortalidad y la necesidad de TRRC, la puntuación Apache II y puntuación Sofa; sin existir relación con las complicaciones por la técnica o las infecciosas.