

Resultados clínicos del soporte con ECMO-VA en el síndrome coronario agudo

Andrea Oña Orive(1), Sara Martín Paniagua(1), María de Miguel Álava(1), Julio Ruiz Ruiz(1), Diego Vegas Fernández(1), María Regalado Reyes(1), Pablo Marcos Canchaya(1), Javier Tobar Ruiz(1), Gonzalo Cabezón Villalba(1), Gemma Pastor Báez(1), Raquel Ramos Martínez(1), Adrián Margarida de Castro(1), José Alberto San Román Calvar(1) y María Plaza Martín(1) de (1)Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España

Introducción: El infarto agudo de miocardio (IAM) en situación de shock cardiogénico continúa asociándose a una elevada morbimortalidad. En este contexto, aunque dispositivos como Impella cuentan con evidencia creciente en este contexto, la evidencia sobre el uso de oxigenación por membrana extracorpórea veno-arterial (ECMO-VA) es limitada. No obstante, el ECMO-VA se emplea como estrategia de rescate en pacientes con inestabilidad hemodinámica refractaria. Ante esta falta de evidencia, se ha llevado a cabo el presente estudio descriptivo en nuestro centro.

Métodos: Estudio unicéntrico, desciptivo y retrospectivo de todos los pacientes sometidos a ECMO VA en nuestro centro entre 2021 y 2025 (n=151), comparando implante por síndrome coronario agudo (SCA; n=31) y por otras etiologías (No SCA; n=120). Se analizaron variables clínicas, antecedentes y evolución.

Resultados: No hubo diferencias en edad (60,1 vs 61,6 años; p=0,607) ni sexo entre ambos grupos. Los pacientes con SCA presentaron menor incidencia de antecedentes cardiológicos previos (3,2% vs 29,2%; p=0,003) y menor tendencia a fragilidad calculada por la escala FRAIL (FRAIL=0: 93.5% vs 70.8%, p= 0.306).
El grupo SCA presentaba mejor función ventricular derecha (conservada 45,2% vs 15,8%; p<0,001) y menor pico de láctico durante el implante (7,3 vs 10,9 mmol/L; p=0,003). No hubo diferencias en cuanto a escala de INTERMACS previa ni en la disfunción izquierda.
El implante fue mayoritariamente periférico en ambos grupos con tendencia a mayor implante de línea de perfusión distal en el grupo de SCA (74.2% vs. 59.7%, p= 0.136).
No se observaron diferencias en tasa total de complicaciones (58.1% vs. 61.7%, p= 0.710) ni en los diferentes subtipos de complicaciones. Las tasas de alta hospitalaria (41,9% vs 45,3%; p=0,738) fueron similares en ambos grupos. La mortalidad global fue elevada (59,6%) sin diferencias (54,8% vs 60,8%; p=0,544).
No hubo diferencias de mortalidad a los 180 días del implante independientemente de la edad de los pacientes con SCA (Ver Imagen 1).

Conclusiones: El soporte con ECMO VA debido a un SCA se asocia a mejor perfil basal (menor comorbilidad, fragilidad y lactato), pero sin impacto en la supervivencia hospitalaria comparado con el implante de ECMO debido a otras etiologías.

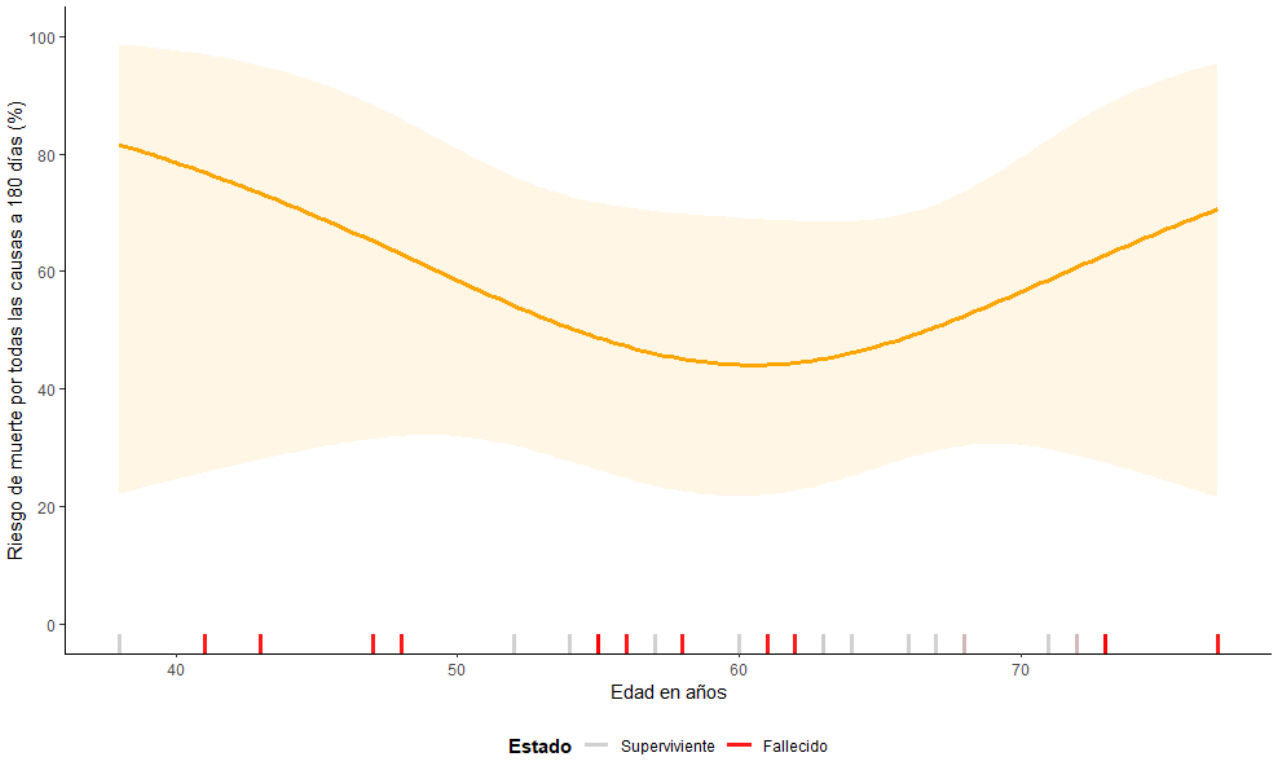


Tabla 1. Diferencias en características clínicas, complicaciones y evolución de pacientes soportados con ECMO-VA.

	Global n = 151 (%)	SCA n = 117 (%)	No SCA n = 34 (%)	p valor
Edad		60,0 10.0	61,6 9,4	0,607
Sexo masculino	113 (74,8)	22 (71,0)	91 (75.8)	0,041
Antecedentes cardiológicos	36 (23,8)	1 (3,2%)	35 (29,2%)	**0,003**
Escala FRAIL				
0	114 (75,5)	29 (93,5)	85 (70,8)	0,306
1-2	24 (15,9)	1(3,2)	23 (19,2)	
≥ 3	13 (8,6)	1(3,2)	12 (10)	
Canulación Periférica	140(92,7)	31 (100)	109 (90,8)	0,121
Disfunción de VD al implante	118 /78,1)	17 (54,8)	101 (84,2)	**P<0,001**
Implante de cánula de perfusión distal	94 (62,7)	23 (74,2)	71 (59,7)	0,136
Complicación durante soporte	89 (61,0)	18 (58,1)	71 (61,7)	0,710
Mortalidad intrahospitalaria	90 (59,6)	17 (54,8)	73(60,8)	0,544

SCA: etiología síndrome coronario agudo. No SCA: otras etiologías diferentes a síndrome coronario agudo. VD: Ventrículo derecho.