

Soporte circulatorio con oxigenación por membrana extracorpórea frente a abordaje convencional en la ablación de taquicardia ventricular: estudio comparativo en pacientes de alto riesgo

María Regalado Reyes(1), Gemma Pastor Báez(1), Luis Jorge Garnacho Gómez(1), Pablo Elpidio García Granja(1), María Gracia Sandín Fuentes(1), Adrián Margarida de Castro(1), María de Miguel Álava(1), María Plaza Martín(1), Raquel Ramos Martínez(1), Alfredo García Cabello(1), Alexander Stepanenko(1), Pablo Marcos Canchaya(1), Diego Vegas Fernández(1), Javier Tobar Ruiz(1) y José Alberto San Román Calvar(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España

Introducción: La ablación de taquicardia ventricular (TV) en pacientes con cardiopatía estructural presenta alto riesgo de inestabilidad hemodinámica. La escala PAINESD surgió para identificar pacientes con mayor probabilidad de complicaciones intraprocedimiento, aunque su aplicación práctica sigue siendo un reto. El soporte circulatorio mecánico con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) venoarterial podría mejorar la tolerancia y facilitar una ablación más completa.
El objetivo del estudio es analizar el impacto del ECMO en la tolerancia del procedimiento y resultados clínicos en pacientes de alto riesgo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo comparando 9 pacientes con ablación de TV con ECMO frente a 9 pacientes ablacionados sin soporte, pese a alto riesgo según PAINESD (?15). Se recogieron variables basales, intraprocedimiento, complicaciones y resultados.

Resultados: Ambos grupos fueron comparables en características basales. En ambos la etiología más frecuente fue cardiopatía isquémica y la mayoría estaban en tormenta arrítmica. Los pacientes sin ECMO tenían mayor puntuación PAINESD, aunque en el grupo con ECMO hubo mayor porcentaje de shock cardiogénico e intubación previa, lo que refleja un estado más crítico.
El uso de ECMO se asoció a una tendencia de mayor estabilidad intraprocedimiento, con menor incidencia de hipotensión severa (11% vs 44%) y mayor éxito agudo (44% vs 22%), definido como eliminación del sustrato y ausencia de inducibilidad de TV, sin alcanzar significación estadística. La recurrencia de TV fue similar en ambos grupos (11%).
El grupo ECMO presentó mayor estancia en unidad de agudos (17 vs 7 días) y hospitalaria (43 vs 25), y tendencia a más complicaciones (infección 78% vs 44%; diálisis 33% vs 11%; sangrado mayor 22% vs 0%). La mortalidad intrahospitalaria fue similar en ambos grupos (22%).

Conclusiones: El uso de ECMO durante la ablación de TV en pacientes de alto riesgo mostró una tendencia a

mejorar la tolerancia hemodinámica y el éxito agudo frente a pacientes sin soporte circulatorio, a pesar de un perfil clínico más grave y mayor tasa de complicaciones. Aunque sin significación estadística por el reducido tamaño muestral, los hallazgos sugieren un beneficio del uso de ECMO para facilitar una ablación más efectiva en escenarios complejos, en línea con la evidencia emergente. No obstante, se requieren estudios adicionales que apoyen estos resultados.

Características basales de la población estudiada, procedimientos requeridos, complicaciones presentadas y resultados clínicos

Variable	Con ECMO (n = 9)	Sin ECMO (n = 9)	Valor p
Edad, años	67.9 +/- 5.2	70.7 +/- 9.5	.458
Sexo masculino	7 (78)	8 (89)	.527
DM2	3 (33)	7 (77)	.153
FEVI, %	29.8 +/- 11.8	30.1 +/- 10	.949
Cardiopatía isquémica	5 (56)	7 (78)	.620
Tormenta arrítmica	8 (89)	9 (100)	.999
Escala PAINESD, puntos	14.22 +/- 6.7	19.11 +/- 3.8	.075
Shock cardiogénico	3 (33)	1 (11)	.576
Ventilación mecánica invasiva previa	7 (78)	3 (33)	.153
Éxito agudo del procedimiento	4 (44)	2 (22)	.335
Hipotensión severa durante el procedimiento	1 (11)	4 (44)	.294
Extubación precoz	2 (22)	7 (78)	.057
Sangrado mayor	2 (22)	0 (0)	.471
Necesidad de diálisis	3 (33)	1 (11)	.576
Infección intrahospitalaria	7 (78)	4 (44)	.335
Tiempo de estancia en UCI, días	17.3 +/- 15.4	6.9 +/- 4.6	.069
Tiempo de hospitalización, días	43.3 +/- 27.3	25.4 +/- 20.3	.144
Mortalidad intrahospitalaria	2 (22)	2 (22)	.999
Recurrencia de TV clínica en el ingreso	1 (11)	1 (11)	.999

Las variables continuas se expresan como media +/- desviación estándar. Las variables categóricas se expresan como frecuencia (porcentaje). DM2, diabetes mellitus tipo 2; FEVI, fracción de eyección del ventrículo izquierdo; UCI, unidad de cuidados intensivos; TV, taquicardia ventricular.