

CASO CLÍNICO:

ECMO-VA-A en fallo
biventricular tras
cirugía compleja



Dr. Perf. Juan Blanco Morillo

Coordinador de Unidad de Perfusión y terapias de soporte vital extracorpóreo
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Conflictos de interés

El autor de esta presentación colabora de manera frecuente con fines formativos bajo el patrocinio de diversas casas comerciales, sin embargo:

- El material compartido en esta presentación no persigue ningún objetivo promocional ni se encuentra patrocinado, por lo que no ha sido realizada bajo orientación ni supervisión de ninguna casa comercial.
- Las opiniones reflejadas durante la exposición están basadas en experiencias personales y no reflejan ningún interés más allá de la divulgación

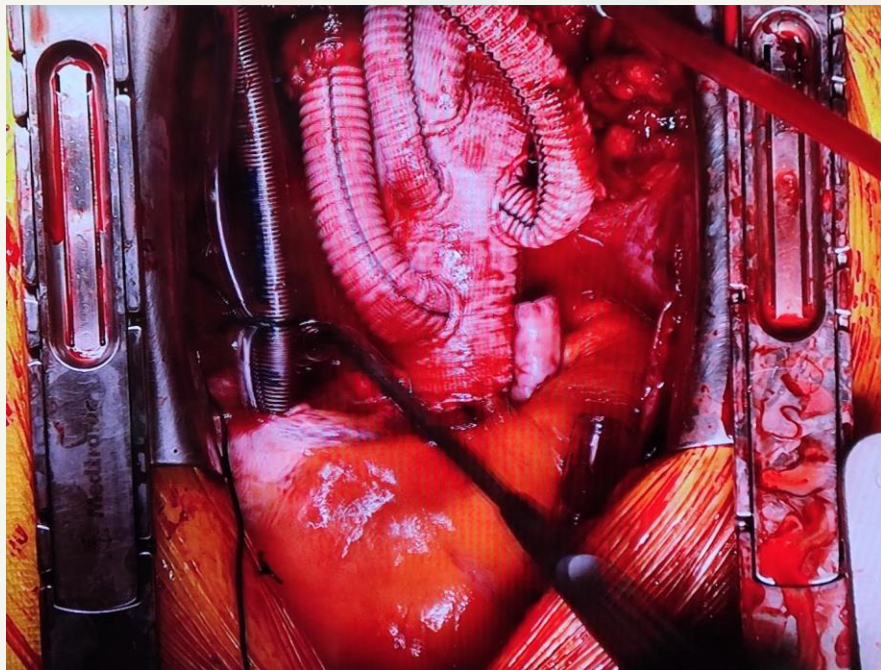
Exposición del caso clínico:

Varón de 43 años. No historia FRCV previos.

- Hallazgo casual esa misma mañana:
HTA y molestias en el pecho
- ECG normal, Eco-Doppler
- Se transfiere a urgencias > TAC emergente:
- Disección completa

Se somete a cirugía de Bentall-DeBono + :

- 246' CEC + 190' min X-clamp. Min temp 28°C
- Del Nido CPG 1200 + 600 + 600 mL
- Problemas en ostium, ondas "P" entre dosis
- Coagulopatía y baja FE. ↑ TF
- ↑ inotrópicos a UCI a las 7 AM



Secuencia de actuación

08:30 AM: Revisión diaria ECMO's y post cirugía en UCI

- PAM 65 pese a noradrena. + dubuta. en dosis medias
- GC 2 l/min y anuria
- Láctico en ascenso
- Se insiste en ETE :
FEVI 25% hipocinesia basal y tabique



ECMO-VA



Flujo requerido 3 LPM

ETE: mala apertura de VAo y distensión del VI



Medidas de baja invasión no basadas en catéteres
BCIAo

En caso de BCIAo fútil, medidas agresivas, como
Impella o canulación para descompresión.

Catéter apical

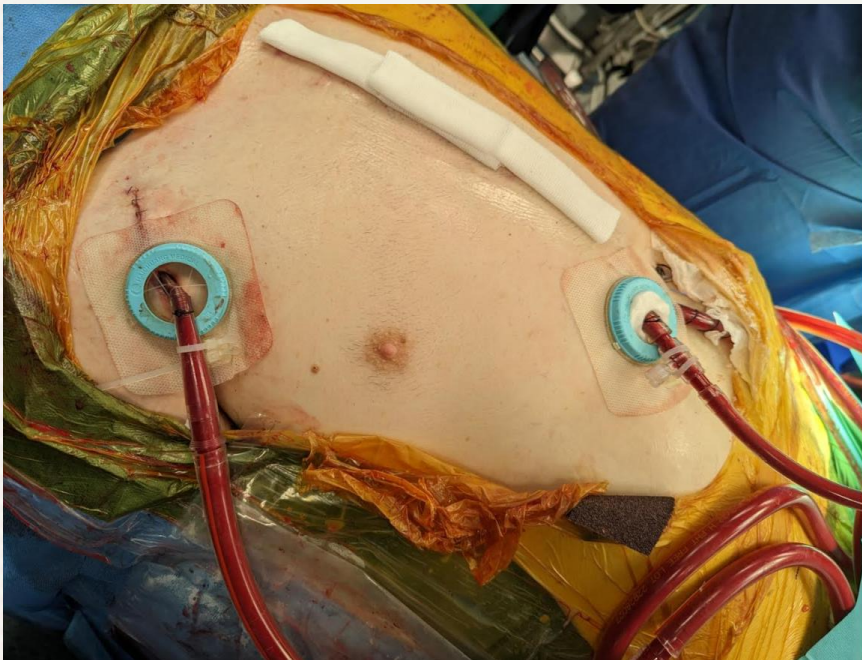
**Cánula venosa
14 Fr en VPSD**

Distensión del VI

In the presence of signs of LV distension and stasis, protracted aortic valve closure and pulmonary oedema, it is recommended that conservative actions (non-catheter-based), including IABP, be instituted to enhance LV unloading [55, 101].	I	B
In the presence of signs of LV distension and stasis, protracted aortic valve closure and pulmonary oedema, septostomy may be considered.	IIb	C
In the presence of signs of LV distension and stasis, protracted aortic valve closure and pulmonary oedema that are unresponsive to conservative actions and an IABP, aggressive catheter-based or another device is recommended to enhance LV unloading [55, 101].	I	B
Direct cannulation of the LV through the apex may be considered for LV drainage and for conversion to an LVAD-like configuration (LV apex-subclavian artery).	IIb	C
Surgical or percutaneous cannulation of the PA may be considered for indirect LV unloading.	IIb	C

Lorusso R, Whitman G, Milojevic M, Raffa G, McMullan DM, Boeken U, et al. 2020 EACTS/ELSO/STS/AATS expert consensus on post-cardiotomy extracorporeal life support in adult patients. Eur J Cardiothorac Surg. 2021 Jan 4;59(1):12–53.

Evolución del paciente



ECMO VA-A 3/8-1/4 / 3/8

24h: ECMO 3 lpm FE estimada (por ETE) 30%

48h: ECMO 2.5 lpm FE estimada 40% (seg. basales)

72h: **ECMO VA** 2 lpm, FE >50% y retirada

Estancia en UCI + 3d

Estancia hospitalización + 7 días

MENSAJES CLAVE:

- **ECMO VA-A postcardiotomía es una opción muy válida para favorecer la descarga del VI**
- **VPSP (si esternotomía previa) permite la óptima descarga de VI sin daño estructural**

Gracias por querer
seguir mejorando
juntos cada día



Dr. Perf. Juan Blanco Morillo

Coordinador de Unidad de Perfusión y TSVE. HCUVA. Murcia. España.

Email: ikaroleon@gmail.com

Twitter: [@ikaroleon](https://twitter.com/ikaroleon)