IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE WEANING DE ECMO GUIADO POR PARÁMETROS FISIOLÓGICOS DE MECÁNICA PULMONAR Y ESFUERZO RESPIRATORIO

Dra. Romina Valenzuela-Cerda[1], Dr. Jeronimo Graf-Santos[2], Dr. Jose Miguel Montes-Sotomayor[2], Klgo. Renato Aceituno-Diaz[2], Klgo. Javier Barrenechea-Gutierrez[2], EU Diana Vergara-Mayorga[2]

1. Clínica Alemana de Santiago
2. Clinica Alemana de Santiago

Introducción El ECMO-VV se utiliza en situaciones críticas para sustituir temporalmente la función respiratoria. Su retiro es un proceso clave para una transición segura hacia la ventilación asistida. Hoy no existen protocolos estandarizados para el destete; las recomendaciones de la ELSO son generales y con escaso detalle operativo. Presentamos la recopilación sistemática de datos fisiológicos durante pruebas de destete que permitió diseñar un protocolo local para estandarizar y optimizar el weaning de ECMO-VV. Metodología Estudio descriptivo a partir de una base de datos retrospectiva de pacientes sometidos a una prueba de destete de ECMO-VV. Se seleccionaron pacientes que contaran con variables fisiológicas registradas antes del inicio de la prueba y al finalizarla, con gasometría de control a la hora de su término.

LAS VARIABLES FUERON:
demográficas (edad, sexo, IMC), severidad (APACHE II, SOFA), días en ECMO, hemodinámicas (PA, FC, y uso de DVA), tipo de sedo-analgesia, modalidad ventilatoria, mecánica respiratoria (Vm, PEEP, DP y Pplat), intercambio gaseoso (PaFi, VCO2, ETCO2 y Vd/Vt) y esfuerzo/drive respiratorio (PMI y P 0.1). Resultados expresados como medianas [P25–P75]. En base a esto se desarrolló un protocolo de weaning de ECMO-VV (anexo 1). La base de datos cuenta con la aprobación del comité de ética local. Resultados Se incluyeron 19 pacientes (12 hombres), edad 46 años [35–65] e IMC 27,3 [24,3–34,5] kg/m²; la severidad al ingreso fue APACHE II 14 [11–19] y SOFA 8 [7–13]; días ECMO 7 [5–14]. La hemodinamia se mantuvo estable (NAD <0,1mcg/kg/min). La sedación fue en base a propofol y dexmedetomidina (SAS 2-3). La modalidad ventilatoria fue presión control (PC) en todos los pacientes, y se ajustó durante la prueba según PMI y P 0.1. Al término de la prueba, la oxigenación fue adecuada PAFI 279 [254–327]. La mecánica ventilatoria fue protectora DP 15 [12–16] cmH ?O y Pplat 26 [24–28] cmH?O. La capnografía volumétrica fue coherente con el aumento de la demanda ventilatoria, VCO ? 240 [216–277] mL/min, Vm 10,1 [8,6–10,9] L/min y en concordancia la eficiencia ventilatoria VD/VT 41% [33,5–45,5], así también PMI 1,0 [0–1,0] cmH ?O y P 0.1 0,5 [0,4–1,0] cmH?O, se mantuvieron en rangos aceptables. Conclusiones La implementación de un protocolo de destete ECMO-VV es una herramienta útil que podría reducir la variabilidad clínica, optimizar el tiempo de ECMO y favorecer decanulaciones seguras. En esta serie, todos los pacientes fueron decanulados con éxito. A pesar del aumento en la demanda ventilatoria, no se observo esfuerzo respiratorio significativo. Pese a las limitaciones del estudio, como el bajo número de pacientes y la falta de pruebas fallidas, nuestra experiencia sugiere que las medidas de esfuerzo respiratorio podrían ser clave en el retiro del soporte. Se necesita mayor evidencia para validar esta hipótesis, objetivo que buscamos con la implementación de nuestro protocolo.