



6. INFECCIONES DURANTE LA ASISTENCIA CON ECMO EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOVASCULARES

Eduardo Peñaloza Martínez¹, David Galán Gil², Elena Puerto García², Lourdes Vicent Alaminos², Laura Domínguez Pérez², Alejandro Durante López², Vanesa Bruña Fernández², Nicolás Manuel Maneiro Melón², Sara Nieto Becerro², Alberto Jiménez Lozano², Isabel López Alacid², Víctor Villarmin Martín², Fernando Arribas Ynsaurriaga², Roberto Martín Asenjo² y Héctor Bueno Zamora²

¹Servicio de Cardiología. Imas12. Hospital Universitario 12 de Octubre. CIBERCV, Madrid, España y ²Servicio de Cardiología. Imas12. Hospital Universitario 12 de Octubre. CIBERCV, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) es un sistema de soporte vital mecánico extracorpóreo que suplente parcialmente las funciones cardíaca y pulmonar mediante una bomba que extrae sangre venosa del paciente, la introduce en un oxigenador de membrana para intercambio de O₂ y CO₂ para retornar al paciente. La presencia de accesos vasculares invasivos, el uso combinado con dispositivos de descarga de VI y/o ventilación mecánica invasiva puede aumentar el riesgo de infecciones. El objetivo de este estudio es analizar las complicaciones de tipo infecciosas tanto locales como sistémicas durante la asistencia ECMO y a 30 días y correlaciones con otro tipo de variables relacionadas a este tipo de terapias.

Métodos: Estudio descriptivo en pacientes hospitalizados por *shock* cardiogénico (SC), tormenta arrítmica (TA) o parada cardiorrespiratoria refractaria (PCRr) que requirieron soporte mecánico con ECMO-venoarterial (VA) en un hospital terciario durante el período 2020-2023. Se usó estadística convencional.

Resultados: Durante el período de estudio se implantaron un total de 37 ECMO. La media de edad fue de 37 años (a) (16-78 a). El 60,5% eran varones (23 pacientes). El 37% era HTA (13 pacientes). El 19,9% diabético (7 pacientes). La indicación del implante de ECMO-VA fue SC en el 89,2% (33 pacientes), seguida de TA con 5% (2 pacientes). El infarto agudo de miocardio fue la etiología desencadenante del SC en el 49% (18 pacientes). El 46% (17 pacientes) correspondía a estadio E en la escala SCAI de SC. Las infecciones locales en el sitio de acceso fueron poco frecuentes (3% solo un paciente), pero la infección sistémica durante el soporte abarcó un 37% (13 pacientes), siendo la neumonía asociada o no a la VMI la etiología más frecuente en un 69% de las infecciones, seguida de Bacteriemia asociada a catéter en un 23%. Al mes de seguimiento la infección activa estaba presente en 31% (6 pacientes) vivos en el seguimiento a 30 días. El 38% (14 pacientes) falleció durante el soporte con ECMO y la mortalidad intrahospitalaria asciende al 50% (18 pacientes), una muerte fue secundaria al cuadro infeccioso (6%). No se encontraron diferencias significativas entre las variables.

Conclusiones: Las complicaciones infecciosas representan más de un tercio en nuestra serie, incrementando la morbilidad y mortalidad en pacientes con ECMO. Es necesario implementar estrategias para prevenir o reducir el riesgo de infecciones durante y la asistencia circulatoria con ECMO.