



5010-3. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO EN LOS PACIENTES QUE PRECISAN SOPORTE CON ECMO VENOARTERIAL?

Sara Martín Paniagua¹, Andrea Oña Orive¹, María de Miguel Álava¹, Adrián Lozano Ibáñez¹, David Carnicero Martínez¹, Julio Ruiz Ruiz¹, Ana Alañón Hernández¹, Paloma Pulido Garrido¹, Gonzalo Cabezón Villalba², Javier Tobar Ruíz², Raquel Ramos Martínez³, Gemma Pastor Báez³, Alexander Stepanenko³, José Alberto San Román Calvar¹ y María Plaza Martín³

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ²Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España y ³Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El soporte con membrana de oxigenación extracorpórea venoarterial (ECMO-VA) es una terapia eficaz en el *shock* cardiogénico y parada cardiorrespiratoria refractarios. El impacto de las diferencias basales relacionadas con el sexo y la evolución en los pacientes que reciben soporte con ECMO-VA no está bien establecido.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico incluyendo todos los pacientes que precisaron soporte con ECMO-VA entre 2021-2023. El objetivo fue comparar las características clínicas, evolución y mortalidad en ambos sexos.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes: 79,5% hombres y 20,5% mujeres, con una edad media de $61,2 \pm 10,1$ años. En la tabla se muestran las indicaciones del ECMO-VA, sin detectarse diferencias estadísticamente significativas según el sexo. La canulación fue periférica en el 89,7% y central en el 10,3%, siendo dos veces más frecuente el acceso central en las mujeres (18,8 vs 8,1%, $p = 0,350$). El acceso arterial periférico más utilizado fue el femoral (91,0%), mientras que el acceso axilar se empleó en un 5,3% sobre todo en las mujeres (20 vs 1,6%, $p = 0,023$). Se implantó línea de perfusión distal en el 67,5% con menor frecuencia en mujeres (43,8 vs 73,8%, $p = 0,022$). La tasa de complicaciones durante el soporte fue del 69,3% (71,7% en hombres vs 60,0% en mujeres, $p = 0,532$), siendo las más frecuentes el sangrado grave (53,3% en hombres vs 60% en mujeres, $p = 0,643$) y el accidente cerebrovascular (26,7% en hombres vs mujeres 33,3%, $p = 0,749$). La tasa de destete fue del 65,2% mientras que el 23,8% precisaron trasplante cardíaco urgente u otro tipo de soporte circulatorio, sin diferencias entre sexos. La tasa de mortalidad global fue del 58,4% (62,3 vs 43,8%, $p = 0,180$). En la tabla se muestran las tasas de mortalidad según la indicación. En el análisis univariante la eCPR (77,3 vs 50,1%, $p = 0,034$), la ausencia de línea de perfusión distal (76,0 vs 49,0%, $p = 0,025$), la tasa de complicaciones hemorrágicas graves (68,3 vs 42,4%, $p = 0,026$) y el destete (34,1 vs 87,5%, $p = 0,011$) se asociaron de forma directa con la mortalidad.

Indicación de ECMO VA y mortalidad intrahospitalaria	
Indicación ECMO VA	Mortalidad intrahospitalaria

ePCR (28,20%)	77,30%
Postcardiotomía (14,10%)	63,30%
SCA (46,20%)	58,30%
Miocarditis por tóxicos (6,40%)	50,00%
Tormenta arrítmica (9,00%)	42,80%
FPI (6,50%)	40,00%
ICC descompensada (9,00%)	28,60%
Se muestran las indicaciones del ECMO-VA y la tasa de mortalidad según la indicación.	

Conclusiones: En nuestra muestra el implante de ECMO-VA fue mayoritariamente periférico femoral, siendo más frecuente el acceso axilar en las mujeres. La tasa de complicaciones y la mortalidad no fueron diferentes entre sexos. Sin embargo, la eCPR, la ausencia de línea de perfusión distal, la aparición de complicaciones hemorrágicas graves y el destete se asociaron con mayor mortalidad.