

Influencia del sexo en pacientes sometidos a ECMO veno-arterial: análisis de una cohorte unicéntrica

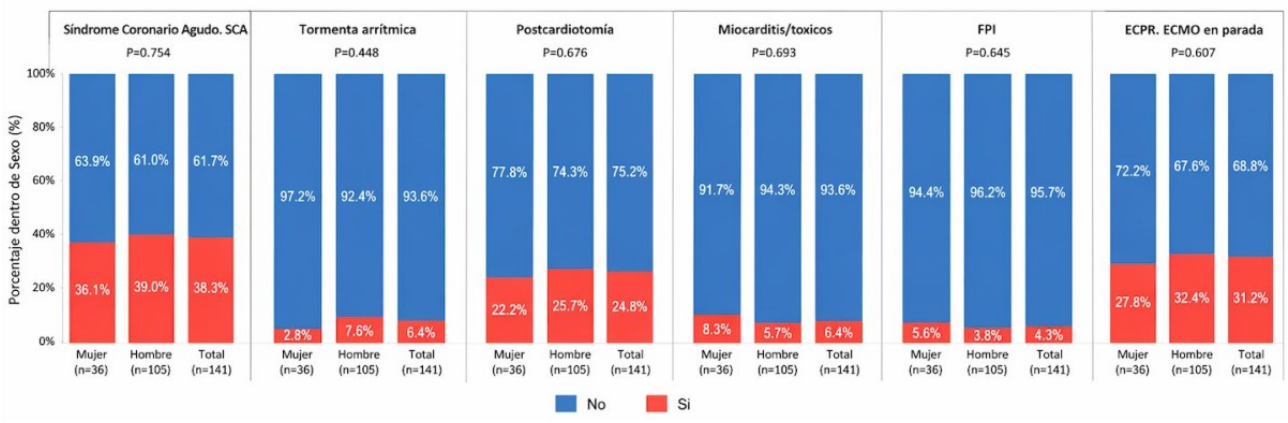
Sara Martin Paniagua(1), María de Miguel Álava(1), Andrea Oña Orive(1), María Regalado Reyes(1), Pablo Marcos Canchaya(1), Diego Veras(1), Javier García de Casasola Rodríguez(1), Guillermo Pereña Rodríguez(1), Julio Ruiz Ruiz(1), Ana Alicia Alañón Hernández(1), Gemma Pastor Báez(1), Ignacio J. Amat Santos(1), Gonzalo Cabezón Villalba(1), Javier Tobar Ruiz(1) y María Plaza Martín(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España

Introducción: El soporte con ECMO V-A es una terapia de rescate en shock cardiogénico y parada cardiorrespiratoria refractaria. El impacto del sexo en la evolución de estos pacientes no está bien establecido. El objetivo fue comparar características,manejo,complicaciones y mortalidad en según del sexo.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico de pacientes sometidos a ECMO V-A entre 2021 y 2025.

Resultados: Se incluyeron 141 pacientes:74.5% hombres y 25.5% mujeres, con una edad media de 61.6±9.7años,siendo más jóvenes las mujeres(63.4±8.9vs56.7±10.5,p<0.001).Las indicaciones de ECMO V-A se describen en la figura 1.No se detectaron diferencias significativas según el sexo,aunque el subgrupo tormenta arrítmica fue más frecuente en hombres(7.6%vs2.8%,p=0.448).El lactato al inicio fue 10.4±5.9 mmol/L y la duración del soporte fue 4.9±4.0 días.En el subgrupo de eCPR el tiempo hasta entrada en soporte fue de 33.3±21.8minutos.No se detectaron diferencias según el sexo.La canulación fue periférica en 92.6% y central en 7.1%,siendo más frecuente el acceso central en mujeres(13.9%vs4.8%,p=0.124).El acceso arterial periférico más utilizado fue femoral(93.3%),mientras que el axilar sólo se utilizó en un 4.5% y de forma más frecuente en mujeres(14.7%vs1%,p<0.001).Se implantó línea de perfusión distal en el 63.8% con menor frecuencia en mujeres (43.8%vs73.8%,p=0.022).El 47.5% precisó dispositivo de descarga ventricular.La tasa de complicaciones durante el soporte fue del 61.3% (64.7% en hombres vs 51.4% en mujeres,p=0.164),siendo la más frecuente el accidente cerebrovascular seguido de la complicación vascular, sin diferencias por sexo.La tasa de destete del ECMO-VA fue del 91.6% sin diferencias por sexo.La tasa de mortalidad global fue del 56.0% (58.1% hombres vs 50.0%mujeres,p=0.398).La causa más frecuente en mujeres fue el fracaso multiorgánico(38.9%vs24.6%) mientras que en hombres fue neurológica(29.5%vs11.1%). Aunque no se encontraron diferencias en función del sexo, la mortalidad se asoció de forma significativa a mayor lactato al implante (8.9±5.9,p=0.005),complicaciones durante el soporte (77.6%vs41.0%,p<0.001) e imposibilidad de destete (87.3%vs33.7%,p<0.001).

Conclusiones: En nuestra muestra el implante de ECMO V-A 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.


Síndrome Coronario Agudo. SCA
P=0.754
Tormenta arrítmica
P=0.448
Postcardiotomía
P=0.676
Miocarditis/toxicos
P=0.693
FPI
P=0.645
ECPR. ECMO en parada
P=0.607
Porcentaje dentro de Sexo (%)
100%
80%
60%
40%
20%
0%
63.9%
61.0%
61.7%
36.1%
39.0%
38.3%
97.2%
92.4%
93.6%
2.8%
7.6%
6.4%
77.8%
74.3%
75.2%
22.2%
25.7%
24.8%
91.7%
94.3%
93.6%
8.3%
5.7%
6.4%
94.4%
96.2%
95.7%
5.6%
3.8%
4.3%
72.2%
67.6%
68.8%
27.8%
32.4%
31.2%
Mujer (n=36)
Hombre (n=105)
Total (n=141)
No
Si