



6023-2. EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN EL SOPORTE CIRCULATORIO CON IMPELLA POR *SHOCK* CARDIOGÉNICO DE CUALQUIER ETIOLOGÍA

María Isabel Barrionuevo Sánchez¹, Julia Pascual Mayans², José Carlos Sánchez Salado¹, Francisco Galván Román¹, Joan Isaac Llaó Ferrando¹, Oriol Alegre Canals¹, Victoria Lorente Tordera¹, Remedios Sánchez Prieto¹, Alexandra Pons Riverola¹, Oriol Rodríguez Queraltó¹, María Alsina Valls¹, Elena Collado Lledó¹, Joan Vime Jubany¹, María Ruiz Cueto¹ y Albert Ariza Solé¹

¹Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ²Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.

Resumen

Introducción y objetivos: El *shock* cardiogénico (SC) asocia una alta mortalidad a pesar de la generalización de la angioplastia primaria. Las GPC recomiendan la revascularización temprana y el uso de inotrópicos y vasopresores como primer escalón terapéutico pero sabemos que estos fármacos conllevan un aumento del consumo de oxígeno miocárdico y riesgo proarrítmico. El soporte circulatorio mecánico (SCM) es una herramienta cuando los fármacos no son suficientes o asocian complicaciones. Dentro del SCM, el Impella es una bomba axial transvalvular de inserción percutánea o quirúrgica que recoge sangre del ventrículo izquierdo (VI) y la eyecta a la aorta. Aumenta la tensión arterial media (TAm), el gasto cardíaco (GC), el flujo coronario y, a su vez, descarga al VI. Nuestro objetivo fue recoger los resultados en el uso del Impella en nuestro centro a lo largo de 5 años en pacientes (p) con SC de cualquier etiología.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los p atendidos por SC (definición según *Shock* trial) y soportados con Impella (CP o 5) entre abril 2015 y diciembre 2020. Se aplicaron los test estadísticos apropiados.

Resultados: Se incluyeron un total de 43 p con una mediana de edad de 59,98 y mayoritariamente varones (80,6%). Lo más frecuente fue el SC post-IAM (66,7%) seguido de descompensación de miocardiopatía previa (27,8%). El 69,5% estaban en grado 2-3 de la escala *Cardshock* con un *Inotrope Score* medio de 15,02. 8 p habían sido recuperados de una PCR y en la mitad se escaló al Impella desde el balón de contrapulsación. La mediana de FEVI fue 21,64%. A las 48h del soporte el 55,9% de los p tuvieron una mejoría de la congestión. Hubo una tendencia no significativa a reducir el *Inotrope Score* (11,36 vs 15,02) y aumentar la TAm (72 vs 69). La complicación más frecuente fue la hemólisis (55,6%) asociada a deterioro de función renal y más necesidad de diálisis seguida de hemorragia BARC ? 3 (36,1%). El 11,6% presentaron isquemia arterial o complicaciones vasculares mayores. El 25% de la muestra fueron destetados del SCM mientras que un 41,6% precisaron escalada del mismo o trasplante. La mortalidad global fue del 43,4%, 33,3% de causa cardiovascular.

Comparación datos previo al implante Impella y a las 48hs de soporte

Preimplante

48h soporte

FEVI	22% (\pm DE 9)	34% (\pm DE 16)
IMi grado ? 2	32,6%	27,8%
Creatinina (mmol/l)	110 (\pm DE 43)	158 (\pm DE 96)
Urea	12 (\pm DE 7)	14 (\pm DE 9)
T. protrombina	1,7 (\pm DE 1)	1,4 (\pm DE 0,2)
ALT	103 (\pm DE)	202 (\pm DE)
pH	7,39 (\pm DE 0,15)	7,41 (\pm DE 0,06)
Lactato (mmol/l)	2,79 (\pm DE)	2,3 (\pm DE)
Hemoglobina (g/l)	115 (\pm DE 27)	97 (\pm DE 17)
Plaquetas ($\times 10^3$)	264 (\pm DE 125)	183 (\pm DE 114)
Dosis DBT (?g/kg/min)	7,6 (\pm DE 3,6)	6,9(\pm DE 3,4)
Dosis NA (?g/kg/min)	0,24 (\pm DE 0,2)	0,23 (\pm DE 0,3)
Inotrope Score	15,02 (\pm DE)	11,36 (\pm DE)
TAm (mmHg)	69 (\pm DE 9)	72 (\pm DE 9)
FC	98 (\pm DE 16)	94 (\pm DE 15)
PAP sistólica	48 (\pm DE 11)	36 (\pm DE 13)
PCP	26 (\pm DE 7)	18 (\pm DE 6)
Furosemina > 125 mg/d	45,7%	39,5%



Características basales de los pacientes.

Conclusiones: El dispositivo de SCM Impella presenta una opción terapéutica en el SC. Mejora la congestión en más de la mitad de los p y, en nuestra serie, muestra una tendencia a la mejoría hemodinámica siendo la hemólisis la complicación más frecuente.