



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 cardiaco (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)
Furosemida > 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.