

Diferencias fenotípicas y pronósticas en el shock cardiogénico asistido con Impella: comparación entre el infarto agudo de miocardio y la insuficiencia cardíaca descompensada

Javier Fernández Pereira(1), Jorge Martínez Solano(1), Iago Sousa Casasnovas(1), Miriam Juárez Fernández(1), Jorge García Carreño(1), Sebastián Aranda Martínez(1), Roberto Gómez Sánchez(1), María Eugenia Vázquez Álvarez(1), Ricardo Sanz Ruiz(1), Enrique Gutiérrez Ibañes(1), Manuel Martínez-Sellés D'oliveira Soares(1) y Javier Bermejo Thomas(1) de (1)Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, y CIBERCV, Madrid - España

Introducción: El shock cardiogénico (SC) presenta perfiles clínicos y estrategias de soporte diferenciadas. El objetivo de este estudio es comparar las características basales, el estado metabólico al implante y la evolución clínica de pacientes tratados con asistencia ventricular izquierda microaxial (Impella) según la etiología del SC: infarto agudo de miocardio (SC-IAM) frente a insuficiencia cardíaca descompensada (SC-IC).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con SC tratados con Impella en un centro de tercer nivel entre octubre de 2018 y febrero de 2026. Se analizaron características basales, tipo de dispositivo utilizado, estrategia de soporte y evolución intrahospitalaria según etiología.

Resultados: De 102 pacientes, se excluyeron 29 en los que el Impella se implantó como descarga de ECMO. La muestra final fue de 83 pacientes: 52 SC-IAM y 31 SC-IC. EL SC-IC tenía menor edad (60 [52–66] vs 65 [57–70] años; p=0,042) y menor lactato al implante (1,70 [1,30–2,30] vs 4,30 [2,85–6,00] mmol/L; p<0,001). En SC-IC, la estrategia orientada a puente a trasplante cardíaco o a asistencia ventricular determinó un uso de Impella 5.0/5.5 en el 38,5% (no se usó en SC-IAM, p<0,001) y acceso axilar en el 45% (no se usó en SC-IAM, p<0,001). El trasplante cardíaco urgente se realizó en el 55.0% de los SC-IC frente al 3,8% de SC-IAM (p<0,001). Se observó una tendencia a mayor supervivencia a 30 días en SC-IC (87% vs 69%; p=0,05) (figura 1).

Conclusiones: El manejo del SC con Impella difiere según su etiología. En SC-IC, la estrategia es de soporte prolongado puente a trasplante, con predominio de dispositivos de alto flujo y acceso axilar. En SC-IAM, el soporte es agudo, dirigido a estabilización hemodinámica y recuperación miocárdica. Estas diferencias reflejan dos fenotipos clínicos distintos con objetivos terapéuticos propios.

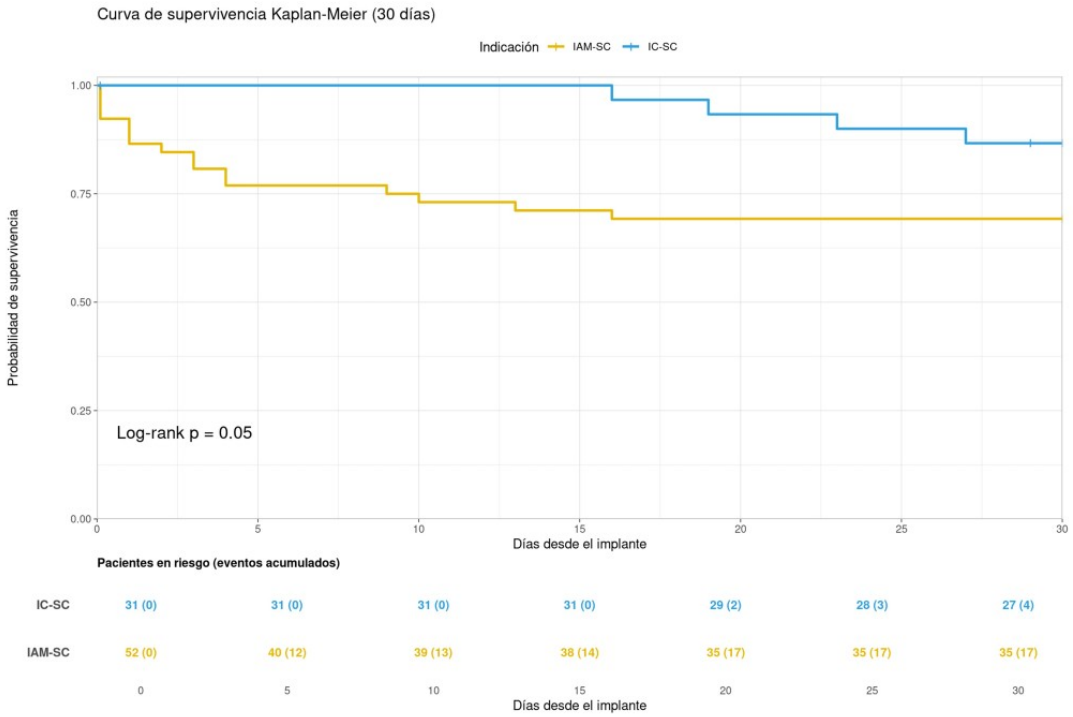


Tabla 1. Características basales y evolución según etiología de shock cardiogénico.

Característica	Todos (N = 83)	SC-IAM (N = 52)	SC-IC (N = 31)	p
Edad (años)	63 [55–69]	65 [57–70]	60 [52–66]	0.042
Sexo	71 (86%)	46 (88%)	25 (81%)	0.350
Diabetes mellitus	23 (28%)	18 (35%)	5 (16%)	0.069
IMC	26.2 [24.2–29.4]	26.5 [24.2–29.4]	25.6 [24.2–29.4]	0.352
Acceso femoral	67 (81%)	51 (98%)	16 (52%)	<0.001
Impella CP	71 (86%)	52 (100%)	19 (61%)	<0.001
Impella 5.0 y 5.5	12 (14%)	0 (0%)	12 (38.5%)	
Láctico previo (mmol/L)	3.00 [1.60–5.20]	4.30 [2.85–6.00]	1.70 [1.30–2.30]	<0.001
Días de soporte	4 [2–9]	3 [2–6]	10 [4–18]	<0.001
PCR preimplante	14 (17%)	12 (23%)	2 (6.7%)	0.057
TDER	9 (11%)	4 (7.8%)	5 (17%)	0.280
Hemólisis	17 (20%)	13 (25%)	4 (13%)	0.187
Hemorragia	13 (16%)	8 (15%)	5 (16%)	>0.999
Isquemia Distal	8 (9.8%)	6 (12%)	2 (6.7%)	0.704
Ictus	7 (8.5%)	3 (5.9%)	4 (13%)	0.417
Infección	25 (30%)	15 (29%)	10 (32%)	0.743
Trasplante Cardíaco	19 (23%)	2 (3.8%)	17 (55%)	<0.001
LVAD	6 (7.2%)	3 (5.8%)	3 (9.7%)	0.666
Supervivencia 30 días	62 (76%)	35 (69%)	27 (87%)	0.059

Datos expresados como mediana [Q1–Q3] o n (%). IMC: índice de masa corporal. PCR: parada cardiorrespiratoria. TDER: terapia de depuración extrarrenal. LVAD: asistencia ventricular izquierda de larga duración.