

Uso de asistencia circulatoria con Impella CP como puente al trasplante cardiaco en pacientes con limitación de acceso axilar. Imposibilidad de implante Impella 5.5

Lucía García Alcalde(1), José Aurelio Sarralde Aguayo(1), Valentín Tascón Quevedo(1), María Núñez Sayar(1), Belén Gutiérrez Liaño(1), Tamara García Camarero(2), Gabriela Veiga Fernández(2), Virginia Burgos Palacios(2), Marta Ruiz Lera(2), Nuria Alonso Peña(3) y Roberto de la Fuente Royano(4) de (1)Cirugía Cardiovascular, (2)Cardiología, (3)Cirugía Cardiovascular, Perfusión y (4)Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España

Introducción: El uso de dispositivos de asistencia ventricular izquierda como puente al trasplante cardiaco puede verse limitado por condicionantes anatómicos del acceso vascular. El objetivo es evaluar la viabilidad y la rapidez de estabilización del uso de Impella CP en pacientes con arterias subclavias/axilares de pequeño calibre.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada a la espera de trasplante cardiaco tratados con Impella entre 2022 y 2026. Se seleccionaron aquellos casos con implante primario de Impella CP sin escalado a mayor soporte. Se analizaron las características anatómicas vasculares mediante ecografía Doppler y angioTAC, así como la evolución clínica durante el soporte.

Resultados: En una serie global de 32 pacientes tratados con Impella, se identificaron 3 casos con implante primario de Impella CP (2 mujeres, 1 varón), seleccionados por limitaciones anatómicas para dispositivos de mayor calibre. En todos los casos, el acceso se realizó por arteria subclavia derecha. Los estudios de imagen mostraron diámetros subclavios reducidos, de 5,0–6,0 mm. Un paciente presentaba enfermedad vascular periférica con afectación femoral que descartaba accesos alternativos. Uno estaba en soporte previo con oxigenación por membrana extracorpórea.

Dado que los dispositivos de mayor soporte requieren accesos arteriales de mayor calibre, la presencia de arterias subclavias <6 mm condicionó la elección de Impella CP como estrategia inicial. Este dispositivo permitió estabilización hemodinámica precoz en los tres casos, con un tiempo hasta inclusión en alarma 0 de 1 día. El tiempo total de asistencia fue de 6 días (rango 3–10), con mediana de 5 días en situación de alta prioridad. El 100% de los pacientes alcanzó el trasplante cardiaco, con evolución postoperatoria favorable. No se registraron complicaciones mayores relacionadas con el acceso vascular.

Conclusiones: El uso de Impella CP puede ser una alternativa viable como puente al trasplante cardiaco en pacientes con limitaciones anatómicas para dispositivos de mayor calibre. Permite una estabilización hemodinámica muy precoz y una rápida inclusión en lista de alta prioridad, facilitando el trasplante en este perfil de pacientes. La selección del dispositivo en función del calibre vascular, especialmente en arterias subclavias

menores de 6 mm, resulta determinante para optimizar la estrategia de soporte.

