

Obesidad como predictor independiente de mal pronóstico en shock cardiogénico de causa médica asistido con ECMO venoarterial periférico

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), Adrián Jerónimo Baza(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: Existen datos contradictorios e incertidumbre en cuanto a la relevancia pronóstica de la obesidad en el shock y el soporte circulatorio. El objetivo fue analizar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la mortalidad a 30 días en pacientes tratados con ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea) venoarterial periférico.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con shock cardiogénico tratados con ECMO venoarterial en un centro terciario entre julio de 2013 y febrero de 2026. La asociación entre IMC y mortalidad a 30 días se evaluó mediante regresión de Cox. Se categorizó el IMC en normopeso/bajo peso <25, sobrepeso 25–30 y obesidad >30.

Resultados: Se incluyeron 223 pacientes. En el análisis univariante se observó que por cada punto de IMC aumenta el riesgo de mortalidad aproximadamente un 5% (IC 95%: 1,011–1,087; p=0,01). En el análisis multivariante, el IMC se mantuvo como predictor independiente de mortalidad a 30 días (p = 0,02) (figura 1). La distribución en grupos de IMC fue: 64 (29%) con IMC <25, 91 (41%) con IMC 25–30 y 68 (30%) con IMC >30 (tabla 1). Se observó una tendencia a mayor edad con IMC más elevado (55 vs 58 vs 60 años; p = 0,053). El lactato preimplante fue mayor en el grupo de sobrepeso frente a normopeso/bajo peso y obesidad (10,2 vs 8,0 vs 8,6 mmol/L; p = 0,035). Encontramos una tendencia a una mayor supervivencia con menor IMC (59% vs 46% vs 40%; p = 0,083).

Conclusiones: En pacientes con shock cardiogénico tratados con ECMO venoarterial, la obesidad no se asocia a mayor tasa de complicaciones o duración del soporte, pero sí que constituye un predictor independiente de mortalidad a 30 días.

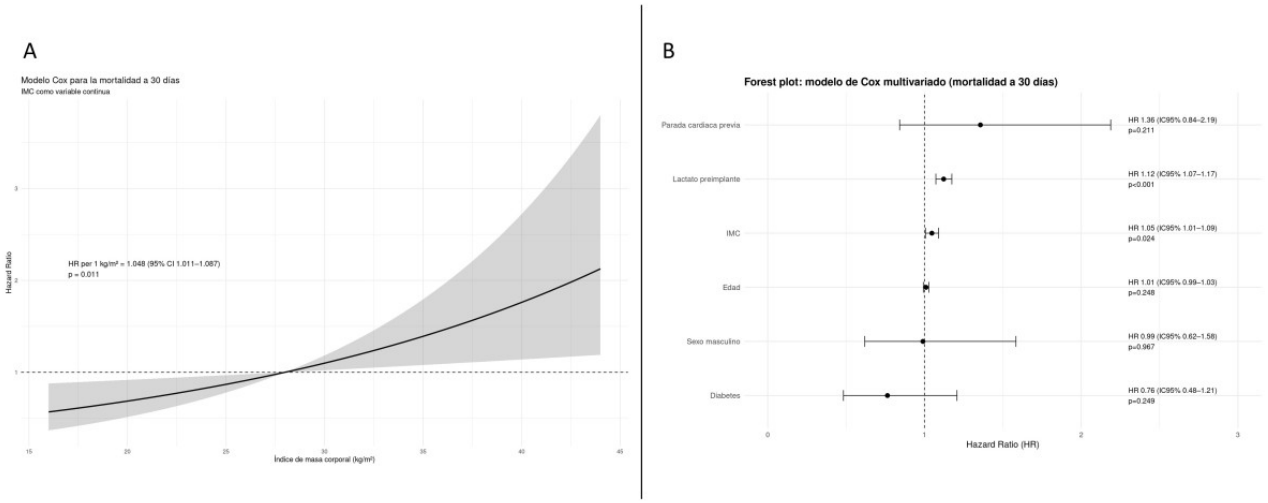


Tabla 1. Características basales y evolución según índice de masa corporal.

Características	Global (N = 223)	IMC <25 (N = 64)	IMC 25–30 (N = 91)	IMC >30 (N = 68)	p-valor
Edad (años)	57 [49–65]	55 [47–61]	58 [51–65]	60 [50–66]	0,053
Diabetes mellitus	55 (25%)	12 (19%)	22 (24%)	21 (31%)	0,271
INR al implante	1,30 [1,11–1,70]	1,29 [1,10–1,70]	1,34 [1,16–1,75]	1,25 [1,08–1,60]	0,448
Indicación de ECMO					0,83
IAM	70 (32%)	17 (27%)	35 (40%)	18 (26%)	
IC	18 (8,2%)	12 (19%)	0 (0%)	6 (8,8%)	
Intraparada	55 (25%)	14 (22%)	18 (20%)	23 (34%)	
TEP	22 (10%)	4 (6,3%)	8 (9,1%)	10 (15%)	
Otros	54 (24,7%)	16 (25%)	27 (31%)	11 (16%)	
Lactato preimplante (mmol/L)	8,6 [5,0–13,6]	8,0 [4,0–12,0]	10,2 [6,5–13,7]	7,6 [4,9–14,7]	0,035
Días en ECMO	4,0 [2,0–8,0]	4,0 [2,0–7,0]	4,0 [2,0–8,0]	5,0 [2,0–8,0]	0,940
PCR previa	153 (70%)	39 (62%)	68 (76%)	46 (68%)	0,147
TDER	30 (14%)	8 (13%)	8 (9,0%)	14 (21%)	0,109
Hemólisis	6 (2,8%)	2 (3,3%)	2 (2,2%)	2 (3,0%)	>0,999
Hemorragia	81 (37%)	26 (42%)	32 (36%)	23 (34%)	0,641
Ictus	23 (11%)	7 (11%)	9 (10%)	7 (10%)	0,973
Infección	52 (24%)	13 (21%)	20 (23%)	19 (28%)	0,580
Supervivencia a 30 días	105 (48%)	37 (59%)	41 (46%)	27 (40%)	0,083

Valores expresados como mediana [Q1–Q3] o n (%). Comparaciones mediante test de Kruskal-Wallis y χ^2 de Pearson o test exacto de Fisher. IAM: Infarto Agudo de Miocardio. IC: Insuficiencia cardíaca. TEP: Tromboembolismo pulmonar. TDER: terapia de depuración extrarrenal.