

Uso de cangrelor en el shock cardiogénico: asociación con mortalidad intrahospitalaria, riesgo hemorrágico y análisis por subgrupos clínicos

Carlos Rodríguez Carneiro(1), Carlos García Jiménez(2), María Álvarez Nájera(1), Sandra Rosillo Rodríguez(2), Juan Caro Codón(2), Eduardo R. Armada Romero(2), Emilio Arbas Redondo(2), Clara Ugueto Rodrigo(2), Guillermo de la Osa Hernández(1), Adrián Martínez Roca(1), Gonzalo Acedo Romay(1), Miguel Ángel Martín Arena(1), Pedro del Rosal García(1), Amaya Huici Eslava(1) y José Raúl Moreno Gómez(3) de (1)Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (2)Sección de Cuidados Agudos Cardiológicos. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España y (3)Jefe de Servicio. Sección de Hemodinámica e Intervencionismo Estructural. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España

Introducción: El manejo antitrombótico en el shock cardiogénico supone un reto por el elevado riesgo simultáneo de eventos isquémicos y hemorrágicos. El cangrelor permite una inhibición plaquetaria intravenosa rápida, pero su impacto en el pronóstico y la seguridad en este contexto no está bien establecido. El objetivo fue evaluar la asociación entre el uso de cangrelor y la mortalidad intrahospitalaria, su relación con complicaciones hemorrágicas, incluyendo análisis por subgrupos según parada cardiorrespiratoria (PCR) y uso de soporte circulatorio mecánico (MCS).

Métodos: Estudio retrospectivo de un registro unicéntrico de pacientes con shock cardiogénico. Se compararon pacientes tratados con cangrelor frente a aquellos que no lo recibieron. El objetivo principal fue la mortalidad intrahospitalaria. Los objetivos de seguridad incluyeron sangrado moderado, grave/potencialmente letal y hemorragia intracraneal. Se realizaron modelos de regresión logística ajustados por variables de gravedad basal (etiología isquémica, lactato, presión arterial media, PCR y sexo), así como análisis por subgrupos (PCR y uso de MCS).

Resultados: Se incluyeron 112 pacientes, 38 (33,9%) recibieron cangrelor. En el análisis no ajustado, el grupo tratado presentó mayor mortalidad intrahospitalaria (55,6% vs 34,7%). Sin embargo, tras el ajuste por variables de gravedad, el uso de cangrelor no se asoció de forma independiente con la mortalidad (OR 2,00; IC95% 0,66–6,09; p=0,22).
No se observaron diferencias significativas en complicaciones hemorrágicas: sangrado moderado (8,1% vs 13,7%; p=0,54), sangrado grave/potencialmente letal (21,6% vs 15,1%; p=0,43) ni hemorragia intracraneal (2,7% vs 4,1%; p=1,00).
En el análisis por subgrupos, no se identificó una asociación significativa entre cangrelor y mortalidad en pacientes con o sin PCR ni con o sin MCS. Tampoco se observó un aumento del riesgo hemorrágico en estos subgrupos.

Conclusiones: En pacientes con shock cardiogénico, el uso de cangrelor se asoció a mayor mortalidad en el análisis

no ajustado, probablemente reflejando mayor gravedad basal, sin demostrar una asociación independiente tras el ajuste. No se evidenció un incremento significativo de complicaciones hemorrágicas. Estos hallazgos sugieren que el cangrelor identifica pacientes de mayor riesgo sin impactar de forma independiente en el pronóstico ni en la seguridad hemorrágica.

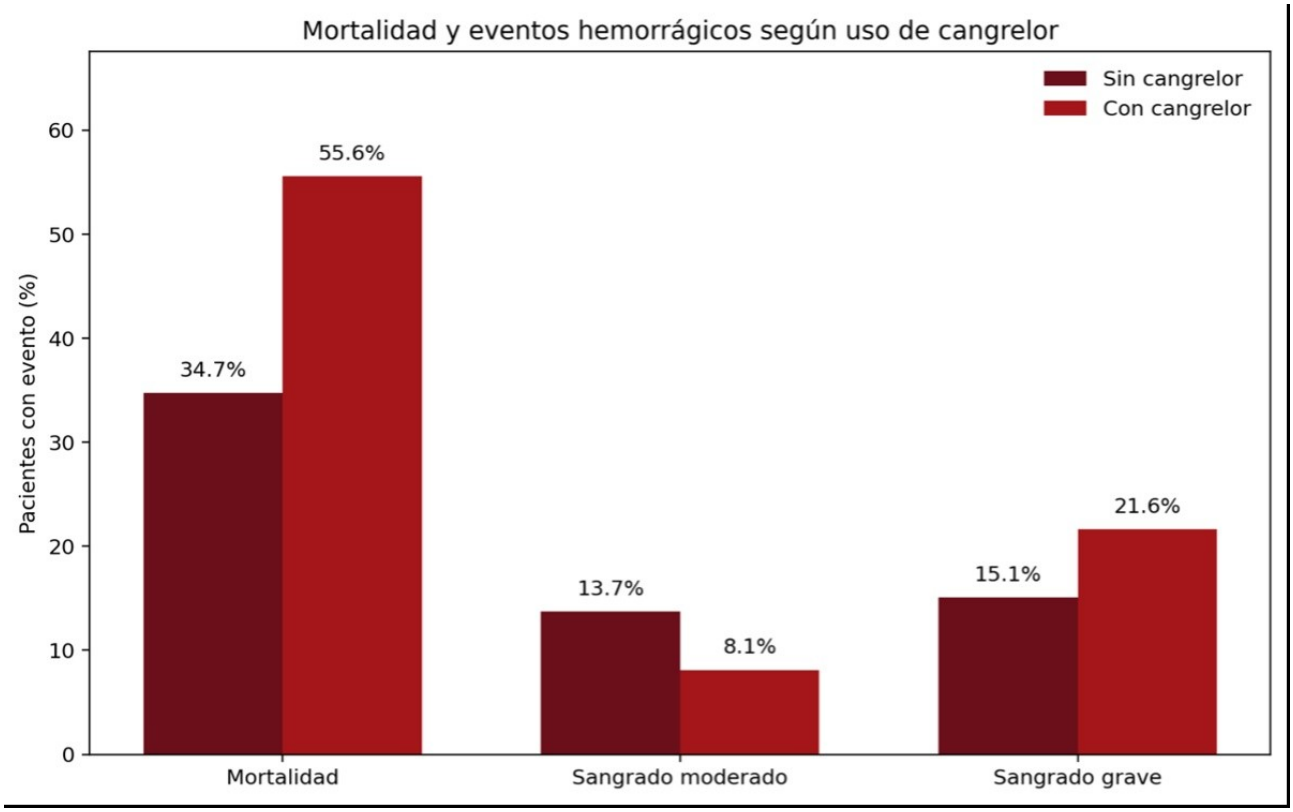


Tabla 1. A la izquierda. Características epidemiológicas, prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, prevalencia de la parada cardiaca, prevalencia del uso de cangrelor, prevalencia del uso de soporte circulatorio mecánico (MCS) en el contexto de los pacientesque ingresan por shock cardiogénico en nuestro centro. A la derecha. Etiologías de shock cardiogénico.

Sexo femenino	28 (25%)	**Etiologías de shock cardiogénico**	**IAMCEST**	53 (47.7%)
Hipertensión arterial	54 (48.6%)		**IAMSEST**	10 (9%)
Diabetes mellitus	28 (25.2%)		**Miocardiopatía**	20 (18%)
Tabaquismo activo o pasado	53 (47.9%)		**Tormenta arrítmica**	15 (13.5%)
Enfermedad renal crónica	27 (24.1%)		**Valvular**	5 (4.5%)
Uso de cangrelor	38 (33.9%)		**TEP**	1 (0.9%)
Parada cardiaca extrahospitalaria (EH)/intrahospitalaria (IH)	PCR-EH – 29 (26.4%)		**Otros**	7 (6.3%)
	PCR-IH – 28 (25.5%)			
Uso de MCS	46 (25.1%)			

IAMCEST = infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmetno ST. TEP: tromboembolia pulmonar aguda.