

Lactato inicial y su dinámica en el shock cardiogénico: la persistencia a 24 horas supera al descenso precoz como predictor de mortalidad

Ester Mínguez de la Guía(1), Álvaro Rodríguez-Lescure González(1), Mateo Jiménez García(1), Marina Gras Ballester(1), María Dolores Lara Peinado(1), Macarena López Vázquez(1), Julia Piñana Sendra(1), Aday Monzón Melián(1), Raúl Calvo Córdoba(1), Lidia Laguía Zarco(1), Sonia Cebrián López(1), Pablo Valentín García(1), Francisco Manuel Salmerón Martínez(1) y Miguel José Corbí Pascual(1) de (1)Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España

Introducción: El lactato es un marcador precoz de hipoperfusión tisular en el shock cardiogénico (SC), utilizado para evaluar gravedad y respuesta al tratamiento. Sin embargo, el valor pronóstico de su evolución temprana y persistencia no está completamente establecido. El objetivo fue analizar la asociación del lactato inicial y su evolución con la parada cardiaca al ingreso, la necesidad de soporte avanzado y la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con SC.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por SC entre los años 2015-2025. Se analizaron el lactato inicial, los valores a 6 y 24 horas y su aclaramiento. Se evaluó su asociación con parada cardiaca al ingreso, soporte avanzado y mortalidad intrahospitalaria. Se realizó regresión logística multivariable ajustada por edad, comorbilidad, estadio SCAI y complejidad clínica.

Resultados: Se incluyeron 604 pacientes (edad media 70,6 ± 12,5 años; 73,5% varones). El lactato inicial estuvo disponible en 515 (85,3%) y fue superior en los pacientes con mortalidad intrahospitalaria (5,29 vs 3,54 mmol/L; p < 0,001), manteniendo asociación independiente con mortalidad tras ajuste multivariable (OR 1,11 por cada 1 mmol/L; IC95% 1,05–1,17; p < 0,001). Los pacientes con lactato >4 mmol/L presentaron mayor frecuencia de parada cardiaca al ingreso, ventilación mecánica invasiva, terapia de reemplazo renal, soporte circulatorio mecánico y mortalidad (56,4% vs 28,9%; p < 0,001) (Tabla 1). Se observó un gradiente pronóstico progresivo según lactato inicial, con incremento de mortalidad desde 22% en pacientes con lactato ?2 mmol/L hasta 78% en aquellos con lactato >8 mmol/L (Figura 1). El aclaramiento del lactato a 6 horas no mostró diferencias significativas entre supervivientes y éxitus (62,3% vs 57,4%; p = 0,442). Se dispuso de lactato a las 24 horas en 428 pacientes (70,9%), permaneciendo superior en los pacientes fallecidos (3,48 vs 2,55 mmol/L; p = 0,003) y mantuvo asociación independiente con mortalidad (OR 1,11 por mmol/L; IC95% 1,02–1,20; p = 0,014).

Conclusiones: Un lactato inicial elevado se asoció con mayor mortalidad intrahospitalaria, mayor necesidad de soporte avanzado y mayor frecuencia de parada cardiaca al ingreso. La persistencia de hiperlactacidemia a las 24 horas mostró mayor valor pronóstico que el aclaramiento precoz, reforzando el papel del lactato como marcador dinámico de gravedad y evolución clínica.

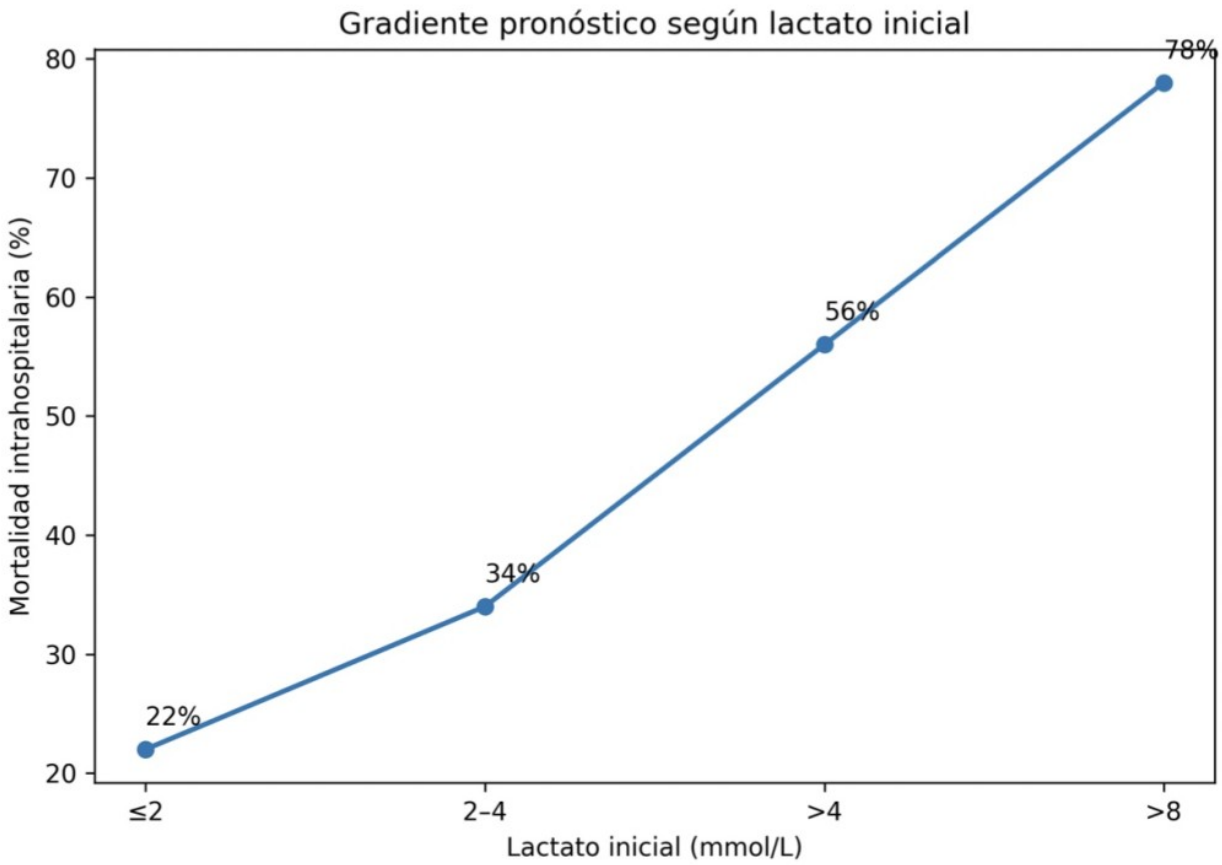


Tabla 1. Características basales, necesidad de soporte y mortalidad intrahospitalaria según lactato inici al ≤4 vs >4 mmol/L

Variable	≤4 mmol/L	>4 mmol/L	p
Edad media (años)	71,4 ± 12,3	68,9 ± 12,7	0,041
Diabetes mellitus	44,1 %	42,9 %	0,864
Hipertensión arterial	68,2 %	63,7 %	0,318
Fibrilación auricular	21,4 %	15,8 %	0,109
EPOC	11,2 %	7,5 %	0,214
Enfermedad renal crónica	15,1 %	13,8 %	0,771
Insuficiencia cardiaca al ingreso	24,5 %	20,4 %	0,287
Infarto previo	26,8 %	24,1 %	0,537
Parada cardiaca previa	18,6 %	49,7 %	<0,001
Ventilación mecánica invasiva	28,3 %	61,2 %	<0,001
Terapia de reemplazo renal	6,7 %	18,4 %	<0,001
Soporte circulatorio mecánico	11,5 %	26,8 %	<0,001
Estadio SCAI D/E	18,4 %	35,3 %	<0,001
Mortalidad intrahospitalaria	28,9 %	56,4 %	<0,001

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica