

Shock cardiogénico en SCACEST: predictores, soporte y pronóstico en un hospital de tercer nivel

Manuel Sánchez Suárez(1), María Salgado Barquinero(1), Andrés Álvarez Gato(1), Daniel Suárez Fernández(1), Alberto Alén Andrés(1), Marcel Almendarez Lacayo(1), Pablo Avanzas Fernández(1), Francisco González Urbistondo(2), Íñigo Lozano Martínez-Luengas(3), Hugo Javier Aguado Solana(3), Diego Argüelles Vicente(3), Carmen de la Hoz López Collado(1), María Victoria Luis Valle(1), Laura Pérez Bacigalupe(1) y Antonio Adeba García(3) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria) - España y (3)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España

Introducción: El shock cardiogénico (SC) es una de las principales causas de mortalidad en el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST). La identificación precoz de pacientes de alto riesgo y la optimización de su manejo siguen siendo retos clínicos. El objetivo fue estudiar pacientes con SCACEST revascularizado y SC, identificar predictores de SC y evaluar su impacto.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 270 pacientes con SCACEST sometidos a angioplastia primaria, en un hospital de tercer nivel, con acceso a distintos soportes circulatorios y trasplante cardiaco, entre enero de 2024 y diciembre de 2025, con diagnóstico de SC al ingreso o durante la hospitalización. Se compararon variables clínicas, analíticas y angiográficas. Se realizó un modelo de regresión logística para identificar predictores independientes.

Resultados: La incidencia de SC fue del 14,1%, con una mortalidad intrahospitalaria del 42,1%. Los pacientes con SC eran mayores, con mayor prevalencia de diabetes, enfermedad renal crónica (ERC), cardiopatía y disfunción ventricular previa. Además, mayor extensión de enfermedad coronaria y afectación de arteria descendente anterior (DA)
En el análisis multivariante, la ERC, la disfunción ventricular, la enfermedad de 3 vasos/tronco coronario y la afectación de DA fueron predictores independientes.
Todos los pacientes con SC recibieron algún tipo de soporte circulatorio, de los cuales el 36,8% solo precisaron drogas vasoactivas. Sin embargo, el 31.6% de los pacientes con SC requirió además Balón de contrapulsación aórtico (BCIAo), el 15.8% requirió Impella CP y el 15.8% necesitó implante de ECMO. La supervivencia disminuyó progresivamente con el aumento del soporte hemodinámico requerido (figura 1). Uno de los pacientes en ECMO fue trasplantado en urgencia 0A.

Conclusiones: El shock cardiogénico complicó el 14,1% de los pacientes de nuestra cohorte, asociándose a mayor mortalidad precoz. La ERC, la disfunción ventricular previa y la extensión de la enfermedad coronaria identifican un perfil de alto riesgo, permitiendo una identificación precoz de pacientes candidatos a soporte mecánico y optimizar

su manejo desde el ingreso. Además se observó una disminución progresiva de la supervivencia conforme aumenta la complejidad del soporte hemodinámico requerido, reflejando probablemente mayor gravedad basal en los pacientes que precisan más soporte.

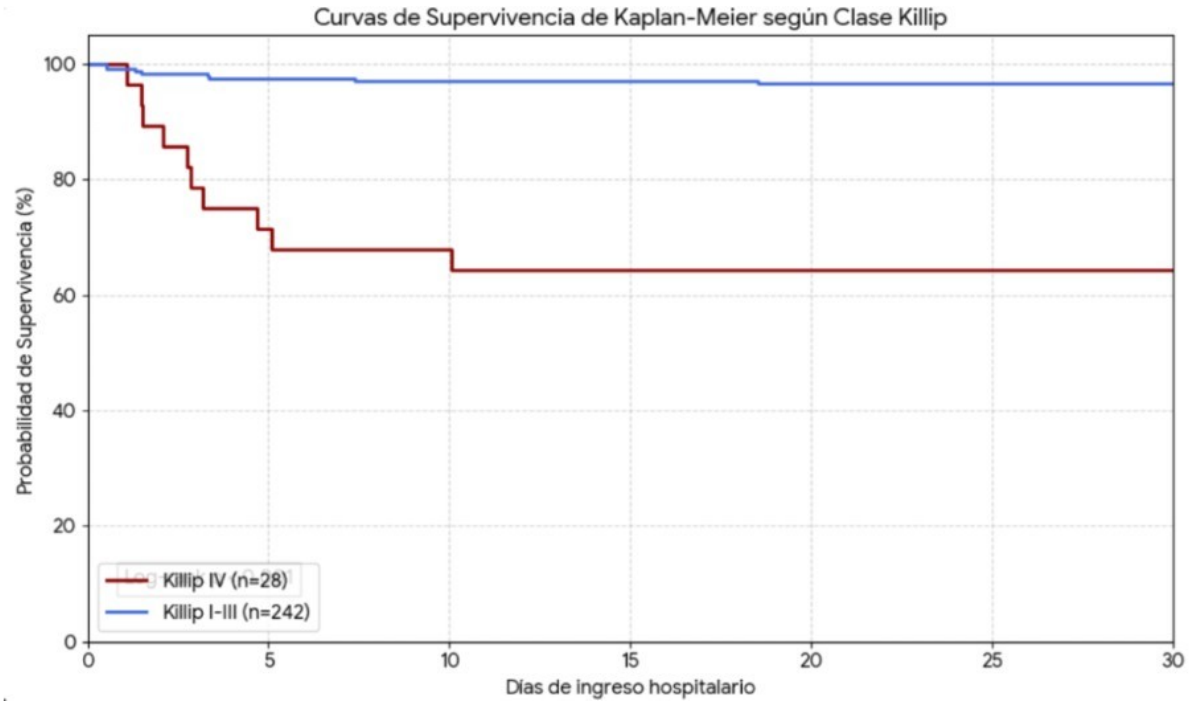


Tabla 1. Comparación de variables clínicas y analíticas entre pacientes supervivientes y fallecidos durante el ingreso hospitalario. Los pacientes fallecidos presentaron mayor edad, mayor frecuencia de clase Killip IV, peor función ventricular y niveles más elevados de NT-proBNP.

Variable	Supervivientes (n=252)	Fallecidos (n=18)	p-valor
Edad (años)	63,4 ± 12,5	75,8% ± 11,2	<0,001[1]
Clase Killip IV	18 (7,1%)	10 (55,6%)	<0,001[2]
FEVI <40%	52 (20,6%)	11 (61,1%)	<0,001[2]
NT-proBNP (pg/ml)	1,45 (0,58-3,2)	8,75 (2,78-27)	<0,001[3]

1 t Student/ 2 Test extracto de Fisher/ 3 U de Mann-Withney