

¿A quién estamos tratando en las redes de shock cardiogénico? Evidencia de sesgo de supervivencia y pérdida de pacientes en fases precoces

Alejandro Nistal Juárez(1), Sergio Martínez Álvarez(2), Ramón Garrido González(2), Mercedes Rivas Lasarte(2), Daniela Cristina Mitroi(2), Manuel Gómez Bueno(2), Javier Segovia Cubero(2), María Prieto Meana(3), Paula Cano García(4), Andrea Matutano Muñoz(1), David Pujol Pocull(1), Alberto Sánchez Arjona(1), Noelia Mora Buitrago(1), Xabier Gurrutxaga Elano(1) y Francisco José Hernández Pérez(2) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (2)Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada y Trasplante Cardiaco, Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (3)Universidad Autónoma de Madrid. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España y (4)Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de León, León - España

Introducción: Las redes de shock cardiogénico (SC) han mejorado el acceso a terapias avanzadas mediante la centralización en centros de referencia. Sin embargo, los datos procedentes de estos centros pueden no reflejar la totalidad del espectro clínico del shock. El objetivo del estudio es analizar la repercusión del origen del paciente y del tiempo de derivación en el perfil clínico y los resultados en el shock cardiogénico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 304 pacientes consecutivos con SC atendidos en un centro terciario entre 2014 y 2024. Se analizaron variables clínicas, bioquímicas, gravedad (SCAI), soporte vasoactivo (VIS a 24 h), etiología, destino hospitalario y mortalidad. Se compararon pacientes locales frente a trasladados, incluyendo el tiempo desde el diagnóstico hasta la llegada al centro de referencia.

Resultados: La mortalidad hospitalaria global fue del 43,1%. Los pacientes trasladados (n=142) presentaron menor mortalidad que los locales (34,5% vs 50,6%; p=0,007) y mayor acceso a terapias de reemplazo cardiaco (trasplante o asistencia ventricular de larga duración: 33,1% vs 20,4%). Sin embargo, mostraron menor gravedad al ingreso, con niveles inferiores de lactato (1,9 [1,2–4,6] vs 3,8 [1,9–9,0] mmol/L; p<0,001) y menor VIS 13,3 [4,0–41,9] vs 28,9 [8,2–59,1]; p<0,001. El uso de soporte circulatorio mecánico también difirió entre grupos, con mayor utilización de ECMO en pacientes locales (56,8% vs 48,6%) y mayor proporción de pacientes sin soporte en los trasladados (19,0% vs 11,7%). La etiología también difirió significativamente, con predominio de postcardiotomía en pacientes locales (43,2% vs 9,9%; p<0,001). El tiempo mediano desde el diagnóstico hasta el traslado fue de 2 días (RIC 1–5), evidenciando una derivación diferida.

Conclusiones: En una cohorte contemporánea de SC, los pacientes trasladados presentan mayor supervivencia y mayor acceso a terapias avanzadas; sin embargo, estos resultados están condicionados por un sesgo de supervivencia y selección clínica asociado al tiempo hasta la derivación. Nuestros datos sugieren que los registros de centros terciarios infra-representan a los pacientes que fallecen en fases precoces en centros no especializados.

Es necesario el desarrollo de redes de SC verdaderamente efectivas que se centre en la identificación y rescate precoz de estos pacientes desde las primeras horas de evolución.

Marcadores de gravedad al ingreso, etiología del shock, clasificación SCAI y destino hospitalario de pacientes con shock cardiogénico en la totalidad de los pacientes, locales y trasladados.

Variable	Total (n=304)	Local (n=162)	Trasladado (n=142)	p
Lactato basal, mmol/L	2.7 [1.4–7.1]	3.8 [1.9–9.0]	1.9 [1.2–4.6]	<0,001
VIS a 24 h	21.2 [6.4–52.3]	28.9 [8.2–59.1]	13.3 [4.0–41.9]	<0,001
Etiología del shock				**<0,001**
SCIAM	91 (29,9)	31 (19,1)	60 (42,3)	
SCIC	78 (25,7)	36 (22,2)	42 (29,6)	
Postcardiotomía	84 (27,6)	70 (43,2)	14 (9,9)	
Miocarditis	18 (5,9)	4 (2,5)	14 (9,9)	
Otros	33 (10,9)	21 (13,0)	12 (8,5)	
SCAI inicial				**0,076**
SCAI B	4 (1,3)	3 (1,9)	1 (0,7)	
SCAI C	48 (15,8)	24 (14,8)	24 (16,9)	
SCAI D	90 (29,6)	39 (24,1)	51 (35,9)	
SCAI E	162 (53,3)	96 (59,3)	66 (46,5)	
SCAI E vs resto	162 (53,3)	96 (59,3)	66 (46,5)	0,035
Destino hospitalario				**0,031**
Recuperación	103 (33,9)	54 (33,3)	49 (34,5)	
Muerte	121 (39,8)	75 (46,3)	46 (32,4)	
Terapia avanzada (Tx + VAD larga duración)	80 (26,3)	33 (20,4)	47 (33,1)	0,017
Mortalidad hospitalaria	131 (43,1)	82 (50,6)	49 (34,5)	0,007

Valores expresados como mediana [RIC] o n (%). p por χ^2 para variables categóricas y U de Mann-Whitney para variables continuas. Terapia avanzada definida como Tx (trasplante cardiaco) o dispositivo de asistencia (DAV) de larga duración según la variable Destino. VIS: vasoactive-inotropic score; SCIAM, shock cardiogénico por infarto agudo de miocardio; SCIC, shock cardiogénico por insuficiencia cardiaca.