

Más allá de la clasificación SCAI: papel de las variables fisiológicas y el sexo en la predicción de mortalidad en shock cardiogénico

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), Joaquín Vila García(1), Lucía Canales Muñoz(1), Alejandro Lara García(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: La clasificación SCAI del shock cardiogénico se utiliza ampliamente para la estratificación del riesgo en el shock cardiogénico. Sin embargo, su rendimiento comparado con variables fisiológicas simples y factores clínicos como el sexo en cohortes de vida real no está completamente establecido. El estudio pretende evaluar la capacidad predictiva del estadio SCAI basal para mortalidad intrahospitalaria y compararla con un modelo multivariante basado en variables fisiológicas basales, incorporando el sexo.

Métodos: Estudio retrospectivo de un registro unicéntrico de shock cardiogénico (n=180). Se incluyeron pacientes con datos completos de mortalidad intrahospitalaria (n=115). Se construyó un modelo de regresión logística con variables basales seleccionadas por relevancia clínica: lactato, presión arterial media (PAM), bicarbonato, edad, parada cardiorrespiratoria (PCR) previa y sexo. La discriminación se evaluó mediante el área bajo la curva (AUC) y se comparó con el estadio SCAI basal. Se realizó validación interna mediante bootstrap.

Resultados: De los 115 pacientes incluidos, 49 (42,6%) fallecieron durante el ingreso. El estadio SCAI basal se asoció con mortalidad (OR 2,10 por incremento de estadio; IC95% 1,28–3,43; p=0,003), con discriminación moderada (AUC 0,69). El modelo multivariante mostró mejor capacidad discriminativa (AUC 0,84). Los predictores independientes de mortalidad fueron lactato (OR 1,30 por mmol/L; p=0,004), presión arterial media (OR 0,96 por mmHg; p=0,031), bicarbonato (OR 0,87 por mmol/L; p=0,018) y sexo femenino (OR 0,61; p=0,040). La adición del estadio SCAI al modelo no mejoró la capacidad predictiva.

Conclusiones: Un modelo sencillo basado en variables de perfusión y metabolismo, junto con el sexo, mostró mayor capacidad predictiva que la clasificación SCAI aislada. El sexo femenino se asoció a menor mortalidad intrahospitalaria tras ajuste multivariante.

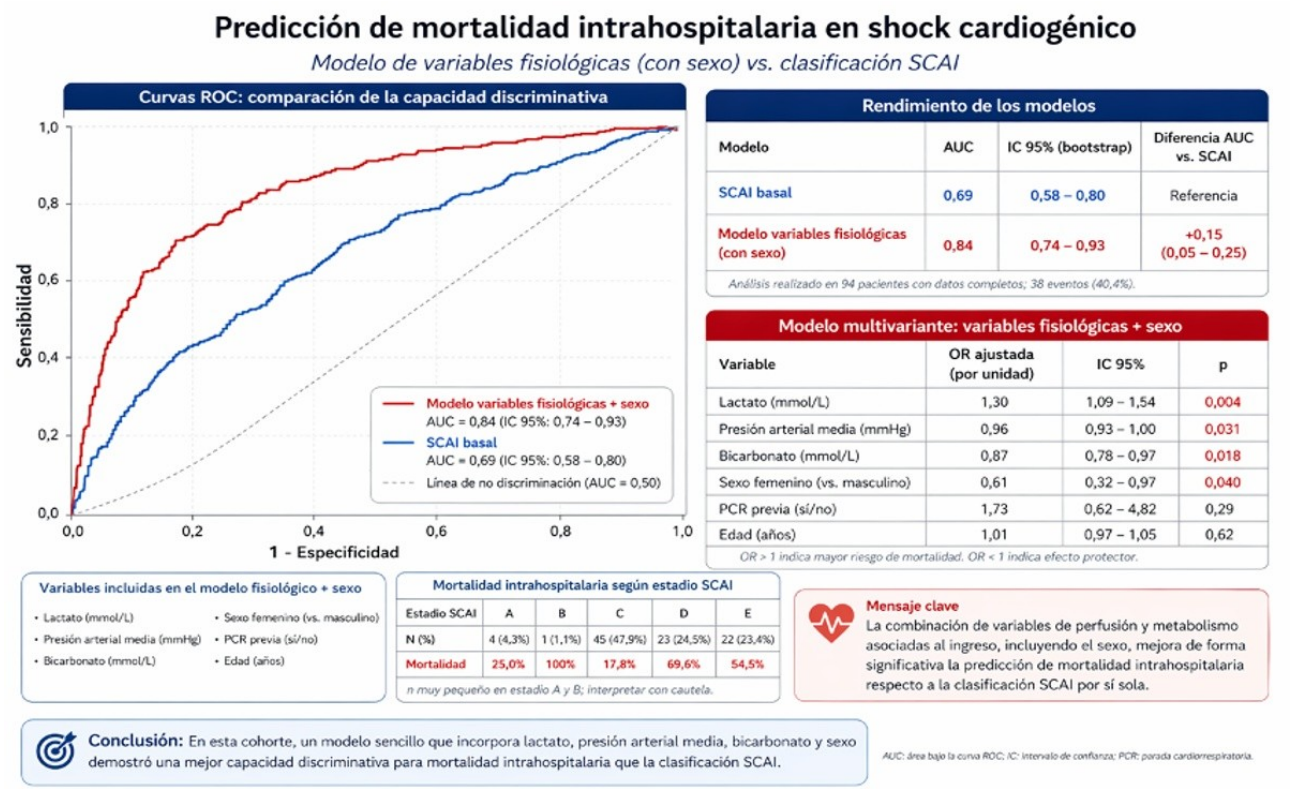


Tabla 1. Característica demográficas de la población. Distribución de la población según la clasificación SCAI al ingreso.

Sexo femenino	28 (25%)	**Clasificación SCAI al ingreso**	**SCAI A**	5 (4.5%)
Hipertensión arterial	54 (48.6%)		**SCAI B**	18 (6.1%)
Diabetes mellitus	28 (25.2%)		**SCAI C**	52 (46.4%)
Tabaquismo activo o pasado	53 (47.9%)		**SCAI D**	25 (22.3%)
Enfermedad renal crónica	27 (24.1%)		**SCAI E**	12 (10.7%)
Parada cardiaca extrahospitalaria (EH)/intrahospitalaria (IH)	PCR-EH – 29 (26.4%)			
	PCR-IH – 28 (25.5%)			
Uso de MCS	46 (25.1%)			