

Vasopresina como estrategia ahorradora de catecolaminas en el shock cardiogénico: análisis de la evolución hemodinámica precoz en práctica clínica real

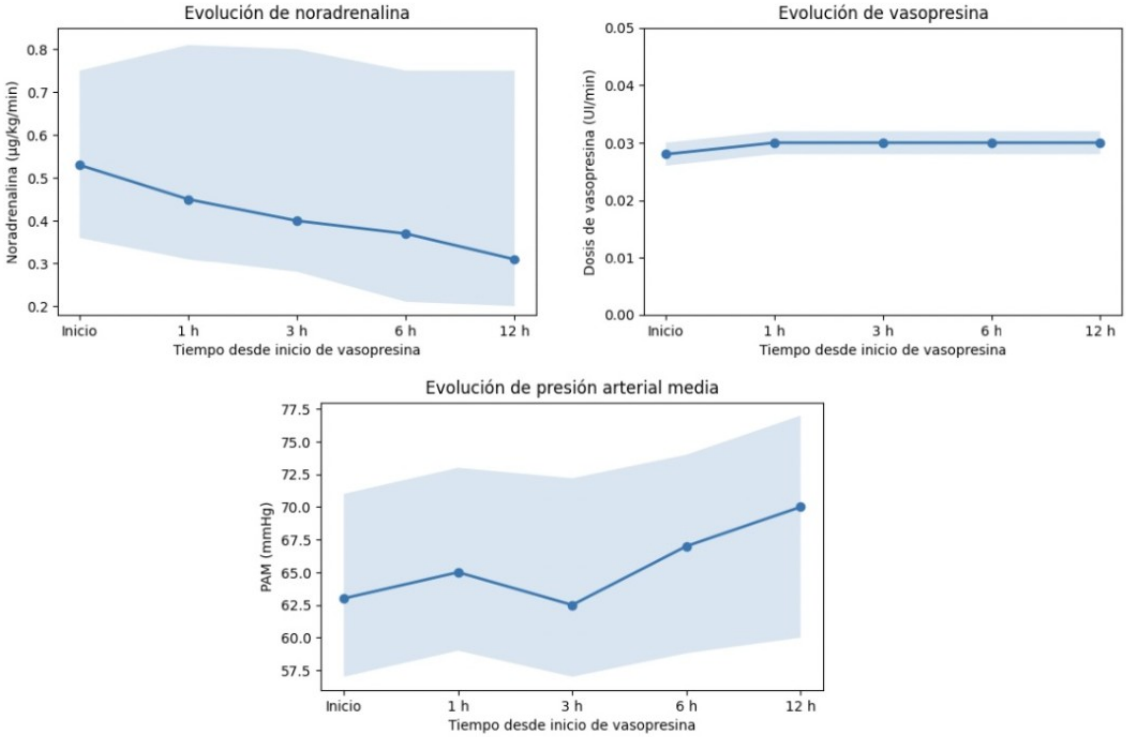
Ester Mínguez de la Guía(1), Macarena López Vázquez(1), Raúl Calvo Córdoba(1), Aday Monzón Melián(1), Julia Piñana Sendra(1), Lidia Laguía Zarco(1), Mateo Jiménez García(1), Álvaro Rodríguez-Lescure González(1), Sonia Cebrián López(1), Pablo Miguel Valentín García(1), Francisco Manuel Salmerón Martínez(1)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

Introducción: La evidencia sobre el uso de vasopresina en el shock cardiogénico es limitada y existen pocos datos sobre el momento óptimo de inicio y su posible efecto ahorrador de catecolaminas. El objetivo fue describir las características clínicas de los pacientes tratados con vasopresina y analizar la evolución de los requerimientos de noradrenalina tras su inicio.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyó pacientes consecutivos con shock cardiogénico tratados con vasopresina entre 2022 y 2025. Se recogieron variables clínicas, soporte vasoactivo, soporte circulatorio mecánico y evolución intrahospitalaria. Se analizaron la presión arterial media (PAM), la dosis de noradrenalina y la dosis de vasopresina al inicio y a la 1, 3, 6 y 12 horas. La evolución temporal se evaluó mediante análisis pareado. Se realizó además un análisis exploratorio comparando 2022-2023 frente a 2024-2025.

Resultados: e incluyeron 57 pacientes. La edad media fue de 68,9 ± 10,8 años y el 71,9% eran varones (tabla 1). La etiología más frecuente fue el síndrome coronario agudo con elevación del ST (67,9%). La FEVI media fue del 30 ± 12% y el 73,7% presentaba shock avanzado SCAI D/E. El lactato basal fue de 4,22 ± 3,10 mmol/L y el pH inicial de 7,27 ± 0,14. Durante el ingreso, el 76,8% requirió ventilación mecánica invasiva, el 50% soporte circulatorio mecánico y el 37,5% terapia renal sustitutiva. La mortalidad hospitalaria fue del 66,7%. La vasopresina se inició con una dosis media de noradrenalina de 0,53 ± 0,29 µg/kg/min y una PAM de 63 ± 11 mmHg. Tras su inicio se observó una reducción progresiva de noradrenalina hasta 0,31 µg/kg/min a las 12 horas (p = 0,025) (figura 1), junto con un aumento de la PAM hasta 70 ± 12 mmHg (p = 0,040). La dosis de vasopresina permaneció estable, con una mediana de 0,03 UI/min. En 2024-2025 la vasopresina se inició con menores dosis de noradrenalina respecto a 2022-2023 (0,50 ± 0,26 vs 0,81 ± 0,55 µg/kg/min; p = 0,048).

Conclusiones: En esta cohorte de práctica clínica real, el inicio de vasopresina en pacientes con shock cardiogénico avanzado se asoció con una reducción significativa de los requerimientos de noradrenalina y mejoría hemodinámica, apoyando su posible papel como estrategia ahorradora de catecolaminas.



características basales de los pacientes con shock cardiogénico tratados con vasopresina.

Variable	Cohorte total (n = 57)
Edad, años	68,9 ± 10,8
Varones, n (%)	41 (71,9%)
Hipertensión arterial, n (%)	40 (70,2%)
Diabetes mellitus, n (%)	31 (54,4%)
Dislipemia, n (%)	38 (66,7%)
Fibrilación auricular, n (%)	13 (22,8%)
Enfermedad renal crónica, n (%)	11 (19,3%)
FEVI al ingreso (%)	30 ± 12
Etiología: IAMCEST, n (%)	38 (67,9%)
pH arterial basal	7,27 ± 0,14
Lactato basal, mmol/L	4,22 ± 3,10
PAM basal, mmHg	63 ± 11
Noradrenalina basal, μg/kg/min	0,53 ± 0,29
Ventilación mecánica invasiva, n (%)	43 (76,8%)
Soporte circulatorio mecánico, n (%)	28 (50,0%)
Terapia renal sustitutiva, n (%)	21 (37,5%)
Mortalidad hospitalaria, n (%)	38 (66,7%)
SCAI D/E, n (%)	42 (73,7%)

FEVI: Fracción de eyección del ventriculo izquierdo. IAMCEST: Infarto agudo de miocardio con elevación del ST, PAM: presión arterial media,