

Determinantes de mortalidad en el shock cardiogénico secundario a insuficiencia cardiaca: interacción entre hipoperfusión y trayectoria asistencial

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), Enrique Cadaval Romero(4), Juan Manuel Escudier Villa(1), Carlos Collado Macián(1), Gabriela Uriarte Zavala(1), Samuel Renedo Martínez(1), Victoria Vázquez Izquierdo(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. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España

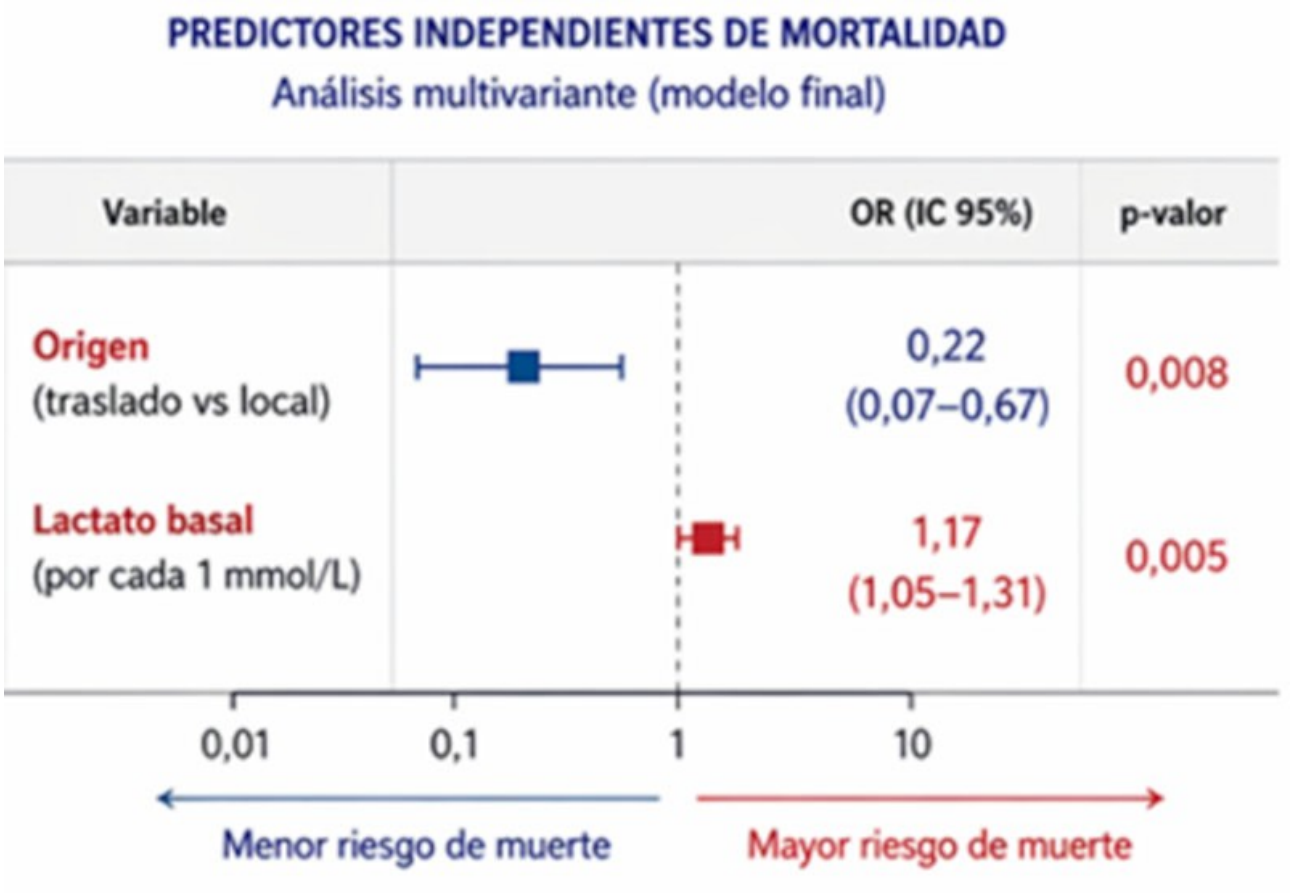
Introducción: El shock cardiogénico (SC) secundario a insuficiencia cardiaca (IC) se ha consolidado como una entidad emergente en las unidades avanzadas de shock, con un perfil clínico y evolutivo distinto a las etiologías clásicas. Sin embargo, sus determinantes pronósticos permanecen insuficientemente caracterizados.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 96 pacientes consecutivos con SC por IC tratados en un centro terciario. Se evaluaron variables clínicas, hemodinámicas y analíticas al diagnóstico, así como parámetros terapéuticos iniciales. Se llevó a cabo un análisis univariante de mortalidad hospitalaria seguido de un modelo multivariante de regresión logística.

Resultados: La mortalidad hospitalaria fue del 28%. En el análisis univariante, los pacientes fallecidos presentaron un perfil de mayor hipoperfusión, con niveles más elevados de lactato (3,6 vs 1,9 mmol/L; p=0,020), menor pH (7,39 vs 7,43; p=0,016) y menor presión arterial media (64 vs 76 mmHg; p=0,008). Asimismo, requirieron mayor soporte vasoactivo (VIS 24h: 28,1 vs 11,3; p=0,023). La mortalidad fue mayor en pacientes con ventilación mecánica invasiva (33% vs 10%) y en aquellos que desarrollaron eventos neurológicos (53% vs 22%), interpretándose estos hallazgos como marcadores de mayor gravedad y evolución desfavorable.
De forma relevante, los pacientes trasladados desde otros centros presentaron menor mortalidad (20% vs 40%; p=0,029). En el análisis multivariante, los predictores independientes de mortalidad fueron el lactato basal (OR 1,17 por mmol/L; IC95% 1,05–1,31; p=0,005) y el origen del paciente (traslado vs local: OR 0,22; IC95% 0,07–0,67; p=0,008).

Conclusiones: En el SC por IC, la mortalidad está determinada fundamentalmente por la magnitud de la hipoperfusión al diagnóstico. La asociación entre menor mortalidad y traslado probablemente refleja sesgos de selección y supervivencia, así como la derivación de pacientes con mayor potencial de recuperación, más que un efecto causal del traslado. Estos hallazgos sugieren que el pronóstico resulta de la interacción entre la gravedad

fisiopatológica inicial y la trayectoria asistencial, subrayando la necesidad de estrategias precoces de identificación y derivación estructurada a centros especializados.



Análisis univariante de variables clínicas, analíticas y hemodinámicas asociadas a mayor mortalidad hospitalaria.

Variable	Mortalidad con la exposición	Mortalidad sin la exposición	p-valor
Ventilación mecánica invasiva	25/76 (33%)	2/20 (10%)	0,043
Evento neurológico	10/19 (53%)	17/77 (22%)	0,008
Origen del paciente (traslado vs local)	11/56 (20%)	16/40 (40%)	0,029
Lactato basal (mmol/L)	3,6 (1,4–7,1)	1,9 (1,2–2,9)	0,020
pH basal	7,39 (7,31–7,43)	7,43 (7,38–7,47)	0,016
PAM basal (mmHg)	64 (59–78)	76 (68–82)	0,008
VIS a 24 h	28,1 (9,9–74,0)	11,3 (4,4–26,3)	0,023
Nº fármacos vasoactivos a 24 h	2 (2–3)	2 (1–2)	0,014

Valores expresados como mediana [RIC] o n (%). p por χ^2 para variables categóricas y U de Mann-Whitney para variables continuas. PAM: presión arterial media. VIS: Vasoactive Inotropic Score.