

Parada cardiorrespiratoria y shock cardiogénico en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST: identificación de un fenotipo de muy alto riesgo

Irene Serrano Pastor(1), Javier Poves Gómez(1), Mónica Ferrando Beltrán(1), Verónica Vidal Urrutia(1), Alessandro Pirola(1), Lídia Gómez-Elegido Tenés(1), Adrián Valverde Tavira(1), Mykola Harvat Shchesniy(1), Javier Moya Fernández(1), Pau Aracil Boigues(1), María Lourdes Andreu Sempere(1), Miguel Antonio Benedito Pallarés(1), Carlos Ramón Calatayud(1), Lorenzo Facila Rubio(1) y Rafael Payá Serrano(1) de (1)Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España

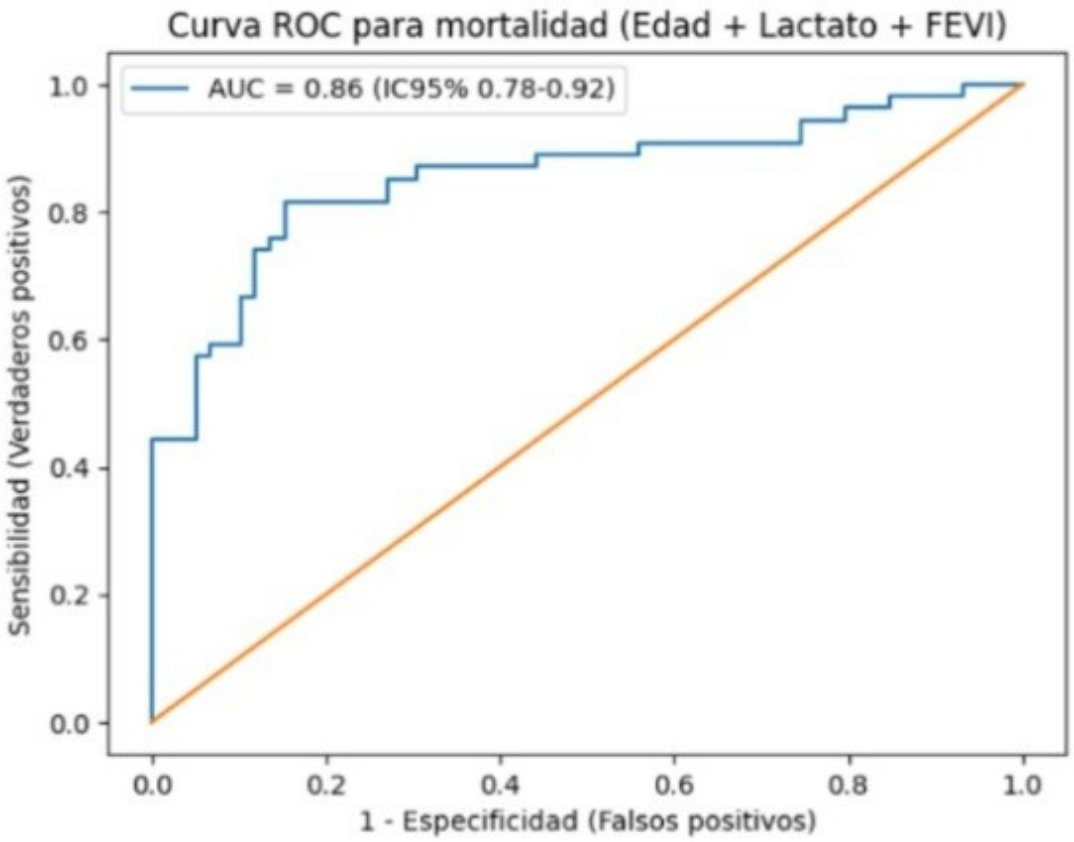
Introducción: El infarto agudo de miocardio con elevación ST (IAMCEST) sigue siendo una causa relevante de morbimortalidad, especialmente cuando se complica con shock cardiogénico y/o parada cardiorrespiratoria (PCR), lo que implica manejo complejo en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos. Pese a los avances en reperfusión y soporte, el pronóstico sigue siendo desfavorable y la evidencia sobre diferencias clínicas, manejo y evolución es limitada.
Objetivo: Analizar características, manejo y pronóstico en IAMCEST complicado con shock y/o PCR, evaluar si su coexistencia define mayor gravedad e identificar predictores de mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo con 130 pacientes ingresados entre 2020-2025 por IAMCEST complicado. Se definieron tres grupos mutuamente excluyentes: shock cardiogénico (n=50), PCR sin shock (n=32) y fenotipo combinado de PCR y shock (n=48). Se analizaron variables basales, FEVI, lactato, enfermedad del tronco coronario izquierdo, soporte respiratorio, fármacos vasoactivos, monitorización y asistencia mecánica. Se evaluó mortalidad intrahospitalaria y acumulada (hasta febrero 2026). Se realizó un análisis mediante regresión logística y se evaluó la capacidad discriminativa mediante el área bajo la curva ROC.

Resultados: La PCR aislada se asoció a menor edad, predominio masculino y mejor FEVI inicial. El grupo con PCR y shock cardiogénico presentó mayor lactato, peor FEVI y mayor necesidad de intubación, soporte vasoactivo, monitorización invasiva y asistencia circulatoria mecánica. La enfermedad del tronco y las complicaciones mecánicas fueron más frecuentes en shock aislado. La mortalidad intrahospitalaria fue del 32% en el shock cardiogénico aislado, del 3,3% en la PCR aislada y del 45,8% en el grupo combinado, y la mortalidad acumulada fue 46%, 15,6% y 62,5% respectivamente (p<0,001). La causa más frecuente de muerte fue el shock refractario, seguida de muerte encefálica. La edad, el lactato y la FEVI se asociaron de forma independiente con la mortalidad (AUC 0,86).

Conclusiones: La coexistencia de shock y PCR en IAMCEST define un fenotipo de extrema gravedad, con mayor necesidad de soporte y mortalidad >60%. La edad, lactato elevado y disfunción ventricular inicial son predictores clave. Se refuerza la importancia de una estratificación precoz y activación temprana de circuitos especializados

con el objetivo de mejorar el pronóstico aún desfavorable de este fenotipo.



Características clínicas, manejo y evolución según presentación: shock cardiogénico, PCR y fenotipo combinado en IAMCEST

Variable	Shock (n=50)	PCR (n=32)	Shock + PCR (n=48)	p
Edad (años)	68.6 ± 13.9	58.6 ± 10.0	64.5 ± 12.8	0.003
Sexo masculino	80,4%	93,8%	64,6%	0,007
Estancia (días)	3.5 ± 3.4	4.1 ± 3.2	4.8 ± 5.5	0.36
Lactato ingreso (mmol/L)	4.7 ± 3.0	3.1 ± 2.8	6.0 ± 4.5	<0.001
FEVI ingreso (%)	34.8 ± 13.7	52.1 ± 12.4	31.6 ± 14.2	<0,001
Enfermedad TCI	22,9%	0%	15,6%	0,016
Complicación mecánica	18%	0%	6,4%	0,016
Swan-Ganz	14,3%	3,1%	22,9%	0,049
IOT	24%	40,6%	79,2%	<0,001
Balón contrapulsación	16%	0%	25,0%	0,009
Impella	8%	0%	12,5%	0,12
ECMO	6%	0%	8,3%	0,26
Cualquier soporte	22%	0%	41,7%	<0,001
Noradrenalina	92%	6,2%	100%	<0,001
Dobutamina	52%	3,1%	70,8%	<0,001
Ritmo desfibrilable	—	100%	72,3%	0,004
Parada extrahospitalaria	—	68,8%	54,2%	0,246
Exitus en UCIC	32,0%	3,3%	45,8%	<0,001
Exitus total	46%	15,6%	62,5%	<0,001

PCR: parada cardiorrespiratoria. FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo. TCI: tronco coronario izquierdo. IOT: intubación orotraqueal. ECMO: membrana de oxigenación extracorpórea. UCIC: Unidad cuidados intensivos cardiológicos.