

Balón de contrapulsación intraaórtico en shock cardiogénico: experiencia contemporánea en una cohorte de práctica clínica real

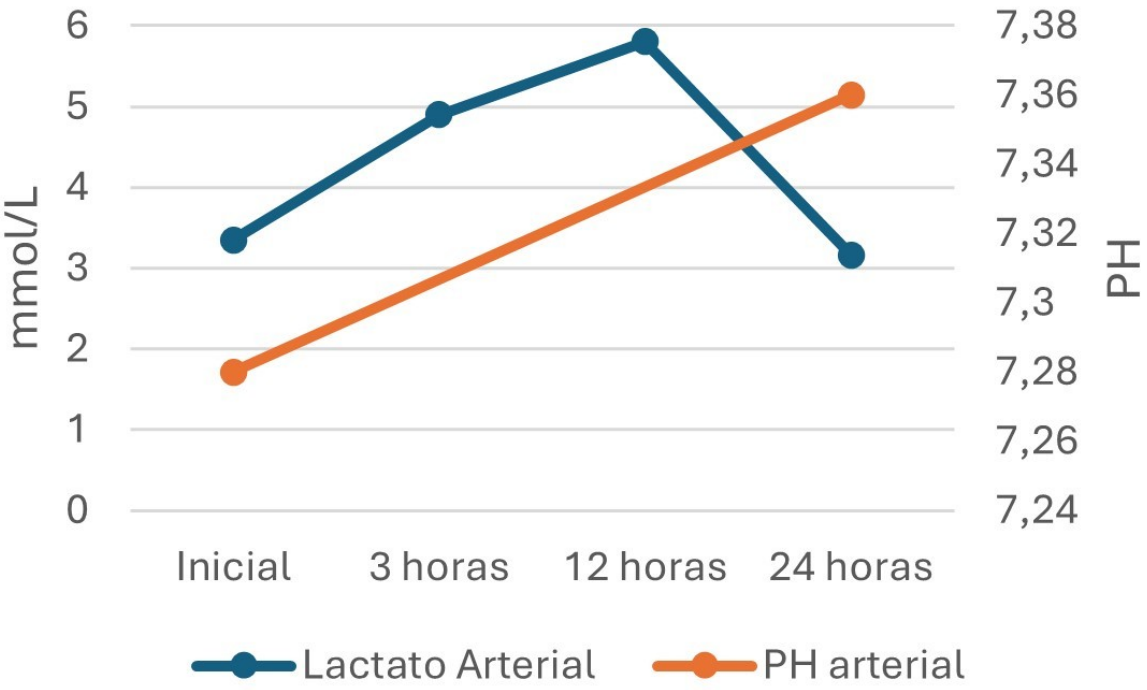
Mateo Jiménez García(1), Álvaro Rodríguez-Lescure González(1), Ester Mínguez de la Guía(1), María Dolores Lara Peinado(1), Marina Gras Ballester(1), Macarena López Vázquez(1), Lidia Laguía Zarco(1), Julia Piñana Sendra(1), Aday Monzón Melián(1), Raúl Calvo Córdoba(1), Pablo Valentín García(1), Sonia Cebrián López(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: El balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA) es un dispositivo de soporte circulatorio mecánico que continúa empleándose en escenarios seleccionados de shock cardiogénico (SC), especialmente en unidades de críticos sin disponibilidad de ECMO-VA. El objetivo es describir el perfil clínico y evolución de los pacientes tratados con BCIA.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de una cohorte de 653 pacientes consecutivos ingresados por SC en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos sin acceso a soporte avanzado entre 2015 y 2025. Se analizaron las características basales, etiología, parámetros hemodinámicos y analíticos al ingreso y 24 horas, manejo, complicaciones y mortalidad de los pacientes tratados con BCIA.

Resultados: De 653 pacientes con SC, 89 fueron tratados con BCIA (13,6%). La edad fue 66,69 ± 12,96 años y 49 eran varones (55,1%). La etiología predominante fue infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), presente en 75 pacientes (84,3%), y 22 (24,7%) ingresaron tras parada cardiorrespiratoria. Al ingreso, los pacientes presentaban marcada disfunción ventricular, con FEVI de 26,45 ± 12,62%. En cuanto a la gravedad inicial según la clasificación SCAI, 28 pacientes se encontraban en estadio C (31,4%) y 61 en estadio D/E (68,6%). Al ingreso el pH arterial era de 7,28 ± 0,14 que durante las primeras 24 horas mejoró de forma significativa a 7,36 ± 0,09 ($p<0,001$); mientras que el lactato arterial no mostró mejoría significativa tras 24 horas (3,35 ± 1,90 a 3,16 ± 2,37 mmol/l, $p=0,556$). Por contraparte, la creatinina empeoró de 1,40 ± 0,82 a 1,68 ± 1,05 mg/dl. La ventilación mecánica invasiva fue necesaria en 55 pacientes (61,8%) y la terapia de reemplazo renal en 18 (20,2%). El número medio de fármacos vasoactivos fue 2,44 ± 0,66 al ingreso y 2,19 ± 0,54 tras 24 horas. No se registraron sangrados graves y la isquemia periférica ocurrió en 1 paciente (1,1%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 58,0%.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con SC tratados con BCIA se observó un perfil de elevada gravedad inicial. A pesar de una elevada mortalidad, la evolución precoz se caracterizó por la mejoría de algunos parámetros indirectos de hipoperfusión como el pH arterial. Estos datos podrían apoyar el uso selectivo del BCIA en SC refractario en centros sin disponibilidad de soporte circulatorio avanzado, con un aceptable perfil de seguridad vascular.



Características clínicas y evolución precoz de los pacientes tratados con BCIA por shock cardiogénico.

Variable	BCIA (n=89)
Edad, años	66,69 ± 12,96
Sexo masculino	49 (55,1%)
Diabetes mellitus	38 (42,7%)
Hipertensión arterial	53 (59,6%)
Enfermedad renal crónica	11 (12,4%)
Infarto previo	22 (24,7%)
IAMCEST / IAMSEST	75 (84,3%) / 8 (9,0%)
Ingreso tras PCR	22 (24,7%)
SCAI C / D / E	28 (31,4%) / 60 (67,4%) / 1 (1,12%)
FEVI al ingreso, %	26,45 ± 12,62
Lactato arterial al ingreso, mmol/l	3,35 ± 1,90
Lactato arterial 24 h, mmol/l	3,16 ± 2,37
pH arterial al ingreso	7,28 ± 0,14
pH arterial 24 h	7,36 ± 0,09
Creatinina ingreso, mg/dl	1,40 ± 0,82
Creatinina 24 h, mg/dl	1,68 ± 1,05
Ventilación mecánica invasiva	55 (61,8%)
Terapia de reemplazo renal	18 (20,2%)
Mortalidad intrahospitalaria	51 (58,0%)

IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST; IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST; PCR: parada cardiorrespiratoria; SCAI: clasificación de la Society for Cardiovascular Angiography and Interventions para estratificación de la gravedad del shock cardiogénico.