

XII Meeting. State of the Art in

HEART FAILURE

CLINICAL PRACTICE AND ORGANIZATIONAL MODELS

Venue: Hotel Meliá María Pita, A Coruña

A Coruña 26-27 September 2025



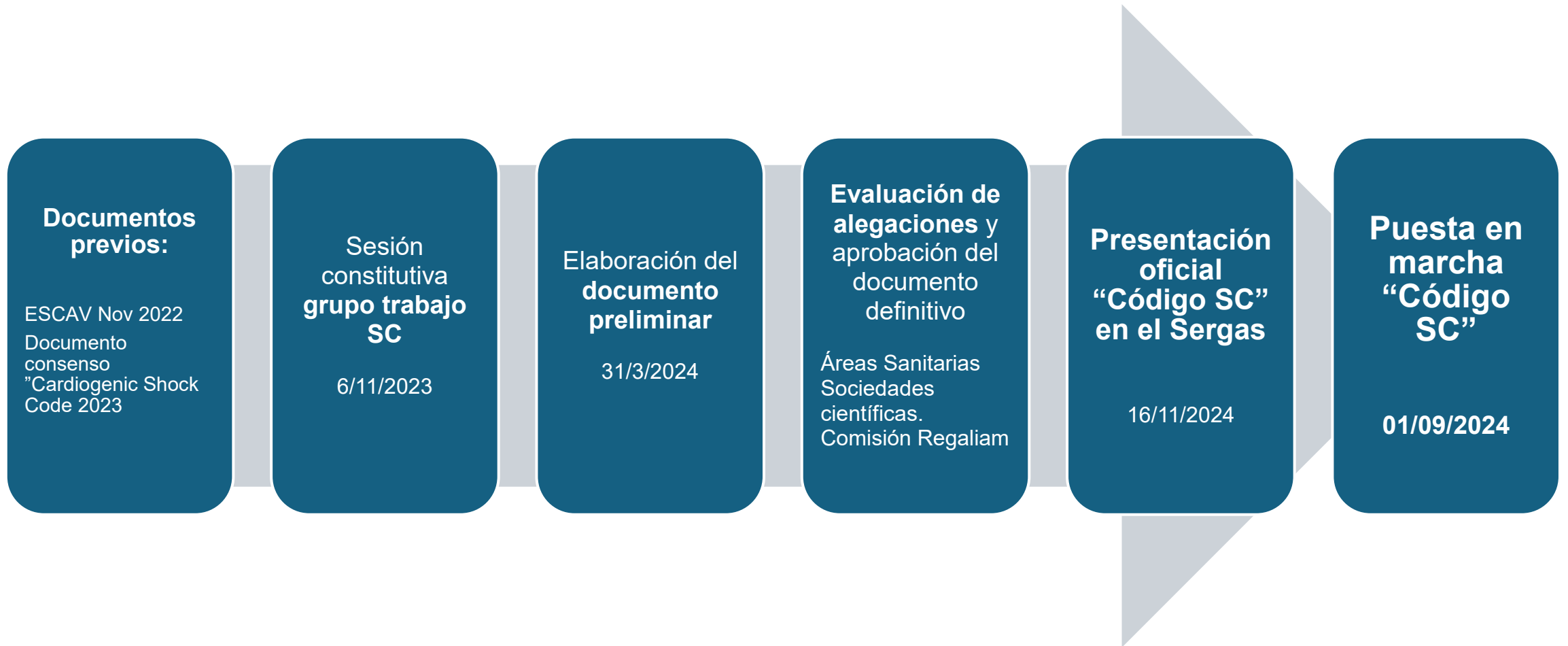
#ACORUÑAHF2025



Cardiogenic shock in Galicia. Update

Miguel Solla Buceta || Hospital Universitario A Coruña

Proyecto “Código Shock Cardiogénico”



Difusión y Formación continuada



- **Presentación oficial “Código SC en el Sergas” 16 Octubre 2024**

- Comunicaciones en reuniones científicas
- Difusión diferentes áreas sanitarias



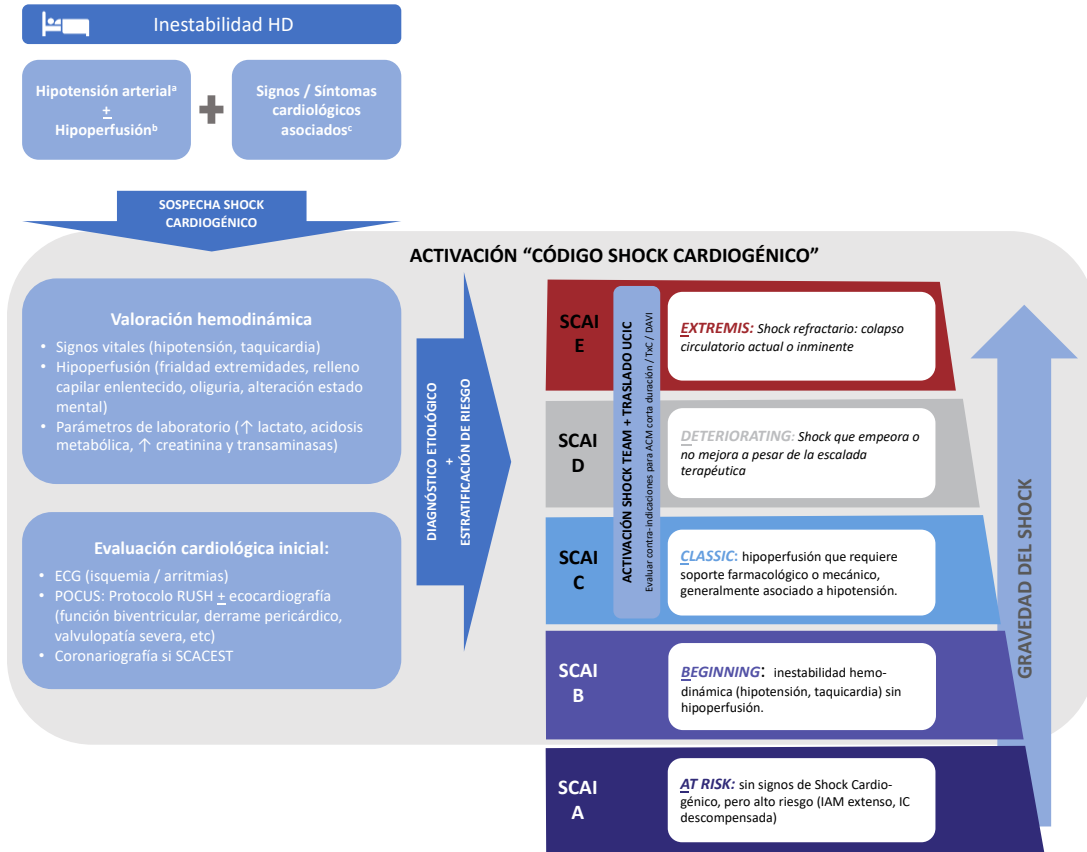
- **Formación continuada**

- Identificación y manejo del Shock Cardiogénico
- Traslado interhospitalario de pacientes en SC



”Puesta en marcha” del código SC

Evaluación inicial y activación “Código SC”

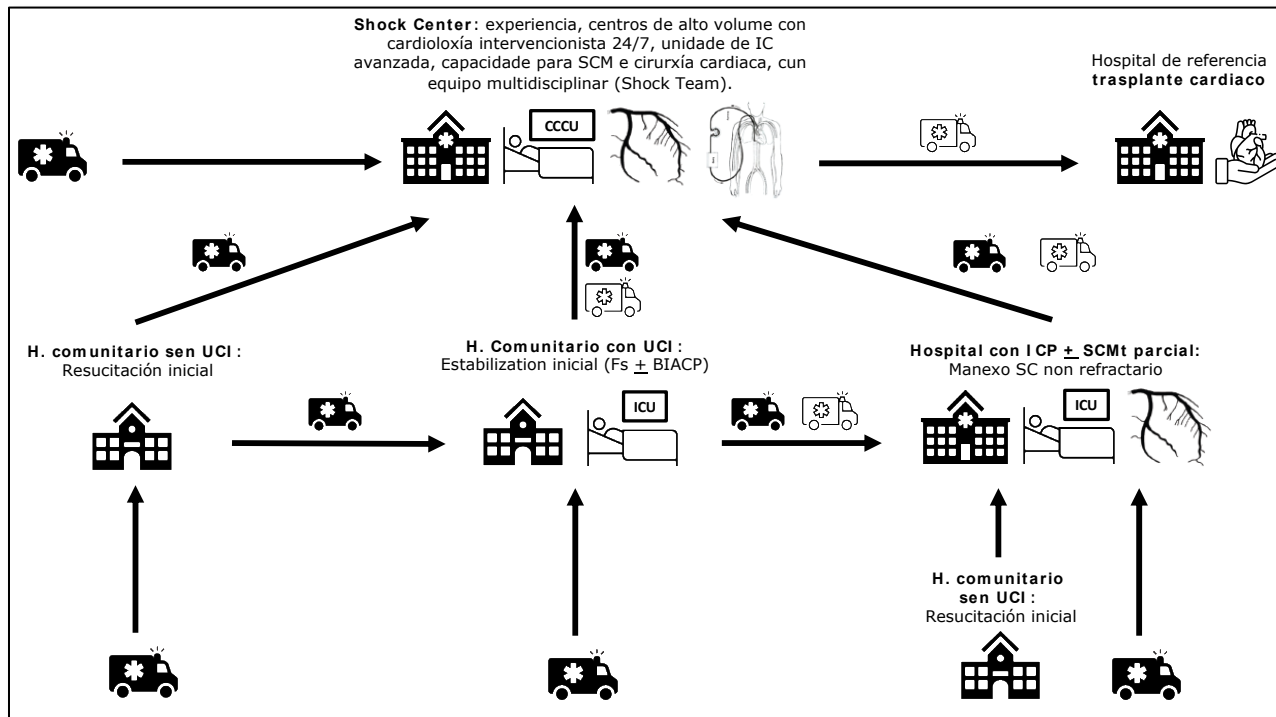


In progress

- Estandarización de la determinación de lactato como marcador de hipoperfusión.
- Mejor comunicación entre centros: manejo consensuado de pacientes no trasladados.
- Reconocimiento de estadíos precoces (SCAI B poco representado en el registro)
- Optimizar el funcionamiento del “Shock Team” en todas las áreas sanitarias. Cambio de coordinadores en hospitales comunitarios.

”Puesta en marcha” del código SC

Continuidad asistencial: Traslados interhospitalarios



Traslado emerxente: acceso a recursos especializados

Traslado Urxente ou programable



Coordinador “Shock Team”



Central Coordinación 061

- Inclusión del **traslado interhospitalario EMERGENTE** del paciente en SC en la cartera de servicios del 061.



061
URGENCIAS
SANITARIAS



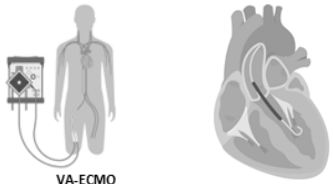
”Puesta en marcha” del código SC

Protocolos de actuación estandarizados



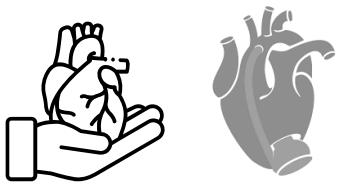
Monitorización hemodinámica avanzada

- Mayor disponibilidad de monitorización con Catéter Arteria Pulmonar (CAP). Nuevas plataformas de monitorización.



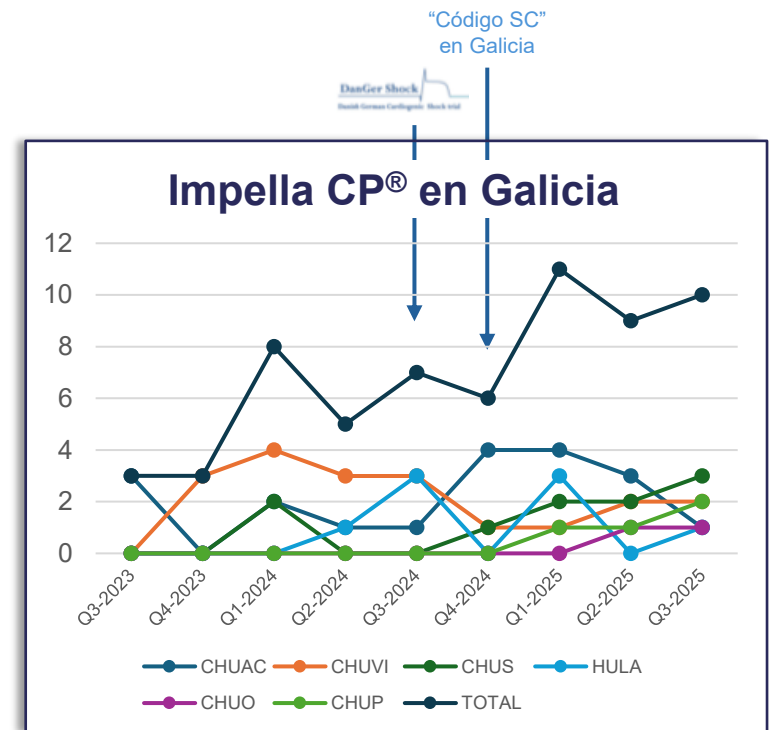
Soporte circulatorio mecánico de corta duración

- Incorporación del soporte Impella CP® en salas de hemodinámica.



Terapias de “reemplazo”: TxC vs LVAD

- Nuevos criterios de distribución de órganos



*Incluye angioplastia de riesgo y soporte al SC

Análisis de resultados: Registro CoSCa

Epidemiología del Shock Cardiogénico en Galicia

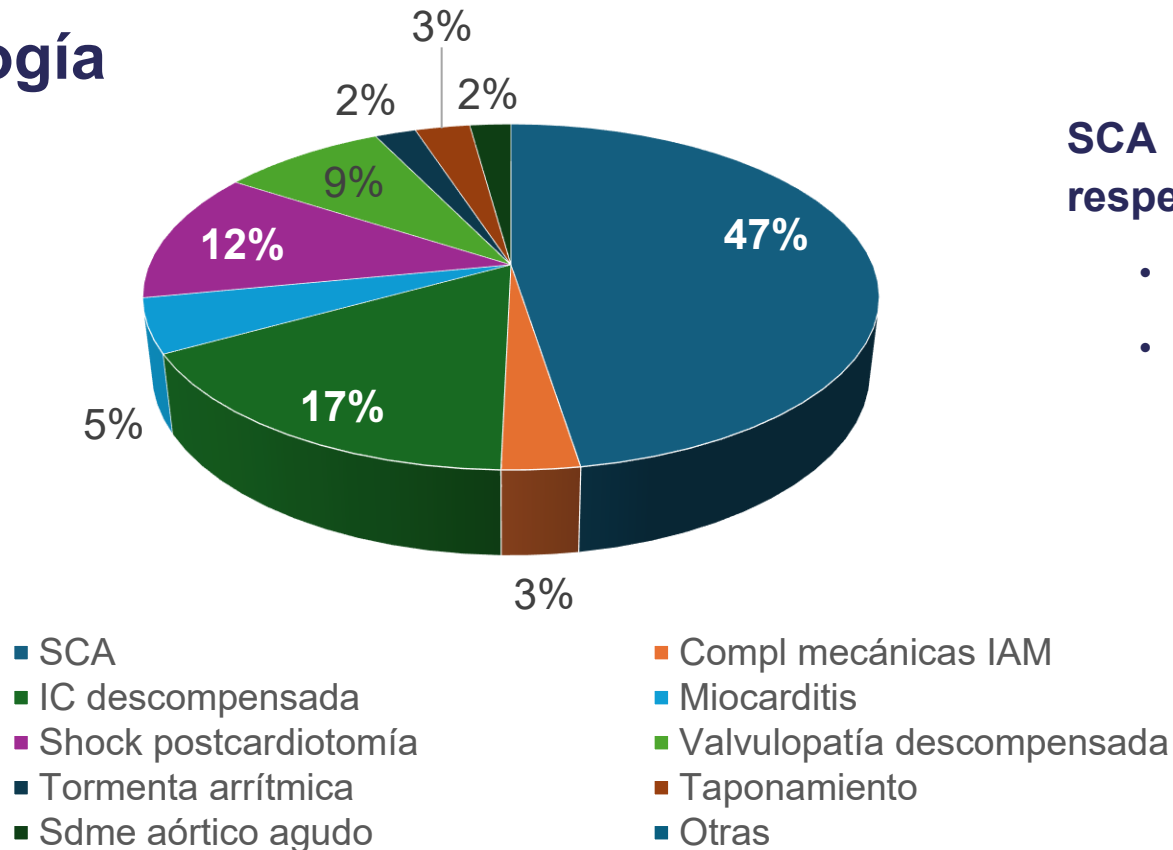
	SC en Galicia	Harjola V.P. 2015 CardShock trial (Europa)	Lang C.N. 2021 Alemania	Kapur N.K. 2022 CSWG registry (USA)	Zeymer U. 2024 CULPRIT-SHOCK registry. (Europa)	Bogerd M 2025 (Netherlands): AMI CS registry.
	Nov 2024 – Sep 2025	Oct 2010 – 31 Dic 2012	2007-2017	2016-2020	Abr 2013-Abr 2017	2017-2021
N (pac SC)	147	219	383.983	3455	1055	2217
Edad (años)	63,7 ± 11,9 (Rango 27-83)	SCA 177 (80,8%) vs No-SCA 42 (19,2%) 67 ± 12	SCA 333.459 (86,8%) vs No SCA 50.524 (13,2%) 71,3	MI 1110 (32,1%) Vs HF 1790 (52%) vs Other 555(16%) 61,6 ± 14,6	IAM con PCI en SC 68 ± 12	pac IAM en SC 66,4 ± 12,3
Sexo Mujer	44 (29,9%)	[SCA 68(11) vs No SCA 62(15)] 57 (26 %)	[To médico 72,2 vs SCM 66,5] 147.711 (38,5%)	MI 65,6 ± 12,5 vs HF 60,3 ± 14,5 1019(29,5%)	260/1038(25%)	604 (27,2%)
Enfermedad coronaria	46 (31,3%)	76 (35%)	179.740 (46,8%)	PCI + CABG 673 + 369	167/1005(16,5 %)	PCI 127(27,1%) + CABG 449(28,4 %)
Insuficiencia cardiaca	62 (42,2%)	36 (16%)				
Fibrilación auricular	34 (23,1%)	32 (15%)	121.074 (31,5%)	896 (26,0%)		
Hipertensión arterial	76 (51,7%)	132 (60 %)	141.339 (36,8%)	1872 (54,2 %)	602/1001(60,1%)	
Diabetes Mellitus	51 (34,7%) 52 (35,4%)	62 (28%)	116.314 (30,3%)	1245 (36,0 %)	302/1001 (30,2%)	115(23,6%) vs 323(19,8%)
Insuficiencia renal crónica	Leve 19 (12,9%) Moderada 29 (19,7%) Grave 3 (2%) Diálisis 1 (0,7%) 14 (9,5%)	25 (11%)	GFR < 30% 20.210 (5,3%) GFR < 15% 14.860 (3,9%)	538 (15,6%)		FG < 60 256(53,8%) vs 704 (45,2%)
Enf vascular cerebral	AIT 10 / Ictus 4	20 (9%)	Carotid disease 6236 (1,6%)	409 (11,8%)	76/1008 (7,5%)	
Arteriopatía periférica	18 (12,2%)		28.254 (7,4%)	236 (6,8%)	112/1009 (11,1%)	
Lactato mmol/L	5,8 ± 4,1 4,8 [2,6-8]			2,6(1,5-5,7)		5,6 (2,7-9,5)
- Lactato > 2 mmol/L		155 (71%)			659/986 (66,8%)	
Parada cardiorrespiratoria	44 (29,9%)	62 (28%)		OHCA 293 (8,5 %)	550/1015 (54,2%)	41,3%
Ventilación mecánica	99 (67,3%)				819/1011 (81,0%)	300(58,4%) vs 755(44,7%)
Terapia reemplazo renal	35 (23,8%)				126/1024(12,3%)	
Estancia hospitalaria (días)	18 [9-32]	12 (7-25)				6,0(1,0-15,3) vs 5,0(2,0- 11,0)
Mortalidad hospitalaria o a 30 días n(%)	35 (23,8%)	80 (37%)	229622 (59,8%)	1055 (30,5 %) MI 449(40,5%) vs HF 441(24,6%)	487/1024 (47,6%)	284(55,0%) vs 591 (34,7%) After PS matched 53,8 vs 44,7% OR 1,44

147 pc en SC (Nov 2024 – Sep 2025)

- Edad 63,7 ± 11,9 años (29,9% ♀)
- FRCV: HTA + frec (51,7%), DM (34,7%)
- Antec. Cardiológicos: 31,3% enf coronaria y 42,2% IC previa
- Comorbilidades: IRC 35,4%

Análisis de resultados: Registro CoSCa

Etiología

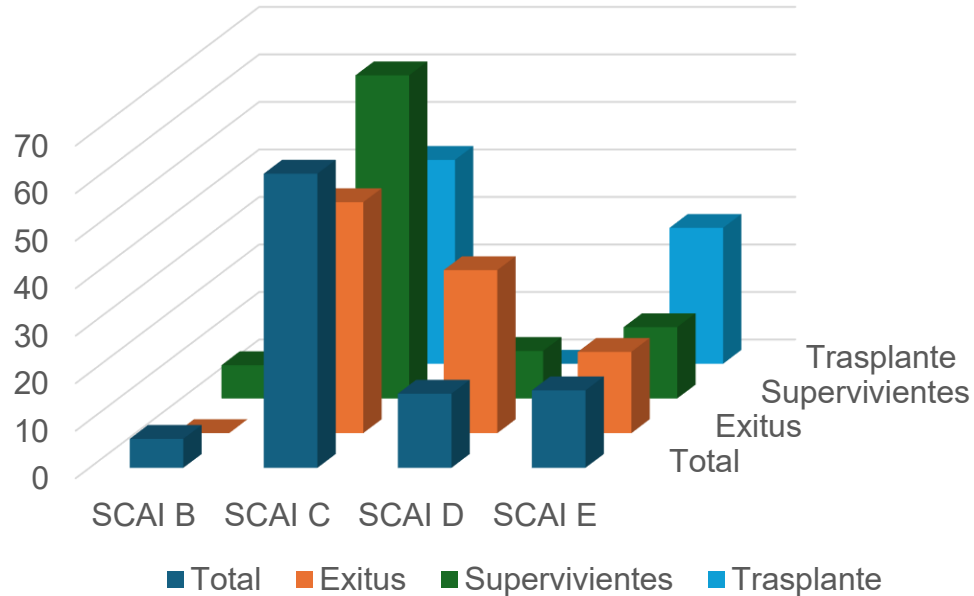


SCA causa + frec de SC en Galicia: ↓
respecto a series históricas.

- IC descompensada 2ª causa.
- Diferencias mortalidad entre SCA-SC vs HF-SC

Análisis de resultados: Registro CoSCa

Perfil de gravedad



- SCAI C es la forma más frec de presentación (61,9%)
- Hipotensión e Hipoperfusión:
 - VIS 25 [8,5-65]
 - VIS < 20 63 (42,9%)
 - VIS 20-50 38 (25,9%)
 - VIS > 50 39 (26,5%)
 - Lactato mmol/L 5,77 + 4,11 (4,6 [2,6 – 8])
- Disfx multiorgánica y soporte:
 - SOFA 8 [6-10]
 - Ventilación mecánica (VMI) 99 (67,3%)
 - TRR. 35 (23,8%)

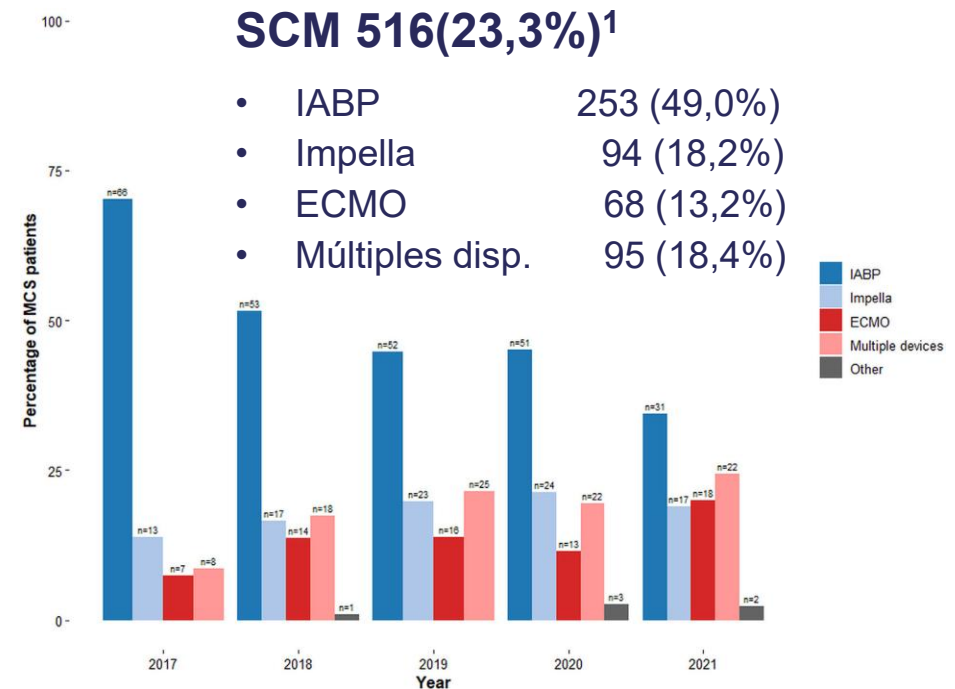
Mortalidad Hospitalaria 35 (23,8%)

Análisis de resultados: Registro CoSCa

Soporte circulatorio mecánico

	BIACP	Impella	ECMO VA	AV quirúrgica
n	44 (29,9%)	24 (16,3%)	23 (15,6%)	2 (1,4%)
SCAI				
• B	0	1 (4,2%)	0	0
• C	23 (52,3%)	10 (41,7%)	0	2 (100%)
• D	15 (34,1%)	8 (33,3%)	7 (30,4%)	0
• E	6 (13,6%)	5 (20,8%)	16 (69,6%)	0
Lactato mmol/L	4,75 [1,8-8,7]	3,05 [1,1-7]	8,5[5,2-13,1]	(1,4-2,15)
VIS	31,5 [8,5-99.7]	24 [6-101]	90,5 [66,3-139.8]	(6-12,5)
SOFA	7,5 [6-9,2]	8 [6-10]	11[8,2-13]	(6-9)
Aplicación:				
• Inicial	33	18	14	1
• Upgrade	6	6	8	1
Durac soporte (días)	3 [1-6]	3 [1-13]	7 [4-16,5]	(13,15)

Percentage of patients per device, per year

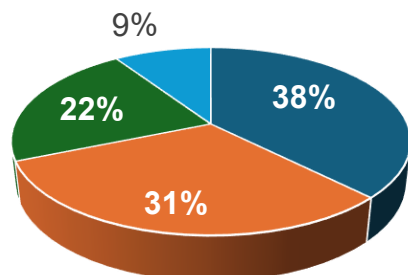


¹Bogerd M 2025 (Netherlands): AMI CS registry.

Análisis de resultados: Registro CoSCa

Transporte interhospitalario: (n = 32 (21,8%))

Indicación traslado



- Quirúrgico
- Revascularización miocárdica
- Soporte Circulatorio
- Trasplante

*4 traslados secundarios: 1 revasc, 1 trasplante, 2 retornos



Medios de transporte:

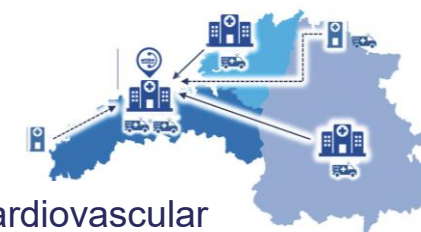
- 061 14 (43,7%)
- Propios centro 18 (56,3%)

Emergente (<24h) 12/14
Emergente (<24h) 15/18

Soporte durante el traslado:

- Aminas vasoactivas
- VMI
- Soporte circulatorio mecánico (2 Impella, 2 ECMO y 1 BIACP)

22 (66,6%)
12 (37,5%)
5 (15,6%)



*Traslados interhospitalarios en patología cardiovascular en el **Área Norte**: 75 traslados/21 pac SC

Análisis de resultados: Registro CoSCa

Limitaciones

Corto tiempo de seguimiento:

- No permite evaluar los efectos en resultados de salud cardiovascular ni los cambios en los protocolos de manejo
- Baja casuística que limita el estudio estadístico

Ausencia de grupo control / cohorte histórica pre-código shock

Baja representación de estadios precoces del SC (SCAI B)

Diferencias en la incidencia del SC en las diferentes áreas sanitarias

- En curso la realización de una auditoría en base a CMBD (Código R57.0 del ICD-10)



Grupo Traballo Código Shock Cardioxénico



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE

CÓDIGO SHOCK CARDIOXÉNICO

Atención ao paciente en Shock Cardioxénico no
Servizo Galego de Saúde

