

Cambio temporal en el perfil clínico y pronóstico del shock cardiogénico en una unidad de críticos cardiovasculares

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

Introducción: El shock cardiogénico mantiene una elevada mortalidad intrahospitalaria pese a los avances en soporte circulatorio y cuidados críticos. La centralización asistencial y el mayor acceso a soporte vital avanzado han permitido tratar pacientes más graves, pudiendo modificar su perfil clínico y pronóst. Nuestro objetivo analizar la evolución temporal de la comorbilidad basal, complejidad clínica, gravedad hemodinámica inicial y mortalidad intrahospitalaria en dos periodos (2015–2019 vs 2020–2025).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos ingresados por shock cardiogénico entre enero de 2015 y diciembre de 2025 en una unidad de críticos cardiovasculares sin disponibilidad de ECMO-VA. La comorbilidad basal se evaluó mediante un índice de once enfermedades crónicas previas. La complejidad clínica se definió mediante un índice de soporte vital (0–3): ventilación mecánica invasiva, terapia de reemplazo renal y soporte circulatorio mecánico. La gravedad hemodinámica basal se evaluó mediante SCAI stage. Se realizó regresión logística multivariable ajustada por edad, comorbilidad, complejidad clínica y SCAI.

Resultados: Se incluyeron 604 pacientes (46,0% vs 54,0%). La edad fue similar (71,5 vs 69,9 años; p = 0,137). La comorbilidad fue menor en el periodo reciente (2,8 vs 2,5; p = 0,042). Aumentó el shock isquémico (59,2% vs 73,9%; p<0,001), principalmente IAMCEST (49,8% vs 64,7%; p<0,001), con descenso de etiologías no isquémicas. Se incrementó el uso de ventilación mecánica (33,7% vs 43,9%; p = 0,014) y soporte circulatorio mecánico (10,4% vs 23,3%; p<0,001), especialmente balón de contrapulsación (8,6% vs 19,6%; p<0,001), sin cambios significativos en Impella. La terapia renal mostró tendencia al alza. La complejidad clínica aumentó (0,5 vs 0,8; p<0,001), así como los estadios SCAI D/E (17,7% vs 27,0%; p = 0,038). La mortalidad fue mayor sin significación (36,5% vs 42,2%; p = 0,180). En el análisis multivariable, el periodo no se asoció a mortalidad (OR 1,08; p = 0,661), mientras que edad (OR 1,03), complejidad (OR 1,92) y SCAI (OR 1,98) sí se asociaron de forma independiente.

Conclusiones: En el periodo reciente, los pacientes presentan menor comorbilidad pero mayor gravedad y complejidad clínica. La mayor mortalidad observada parece explicarse por un perfil más grave, reflejando un cambio en el paradigma asistencial del shock cardiogénico

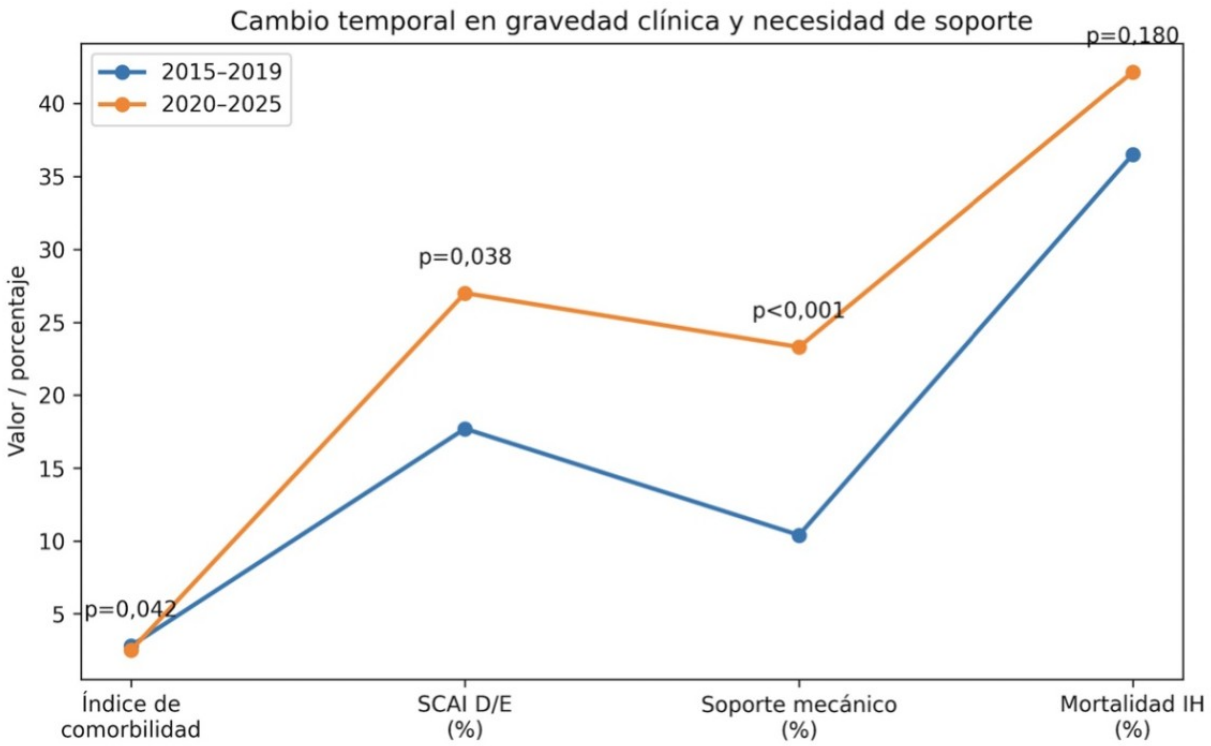


Tabla 1: comorbilidades basales, terapias de soporte de de los pacientes ingresados en 2015-2019 y 2020-2025

Variable	2015–2019	2020–2025	p
Diabetes mellitus	43,2 %	44,2 %	0,868
Hipertensión arterial	70,5 %	63,5 %	0,083
Fibrilación auricular	26,3 %	14,7 %	<0,001
Enfermedad pulmonar crónica	15,1 %	5,5 %	<0,001
Ictus/AIT previo	6,1 %	6,1 %	0,995
Enfermedad arterial periférica	16,9 %	18,1 %	0,793
Enfermedad renal crónica	19,1 %	11,0 %	0,008
Cáncer	13,7 %	9,2 %	0,116
Insuficiencia cardiaca previa	21,6 %	24,5 %	0,468
Infarto previo	24,8 %	27,0 %	0,618
Revascularización previa	23,0 %	21,2 %	0,676
Etiología:			
-Etiología isquémica	59,2 %	73,9 %	<0,001
-IAMCEST	49,8%	64,7%	<0,001
-IAMSEST	9,4%	9,2%	0,942
-Insuficiencia cardiaca	20,6%	15,3%	0,103
-Arrítmias	9%	3,1%	0,003
Ventilación mecánica invasiva	33,7 %	43,9 %	0,014
Terapia de reemplazo renal	7,9 %	12,7 %	0,078
Soporte circulatorio mecánico total	10,4 %	23,3 %	<0,001
Balón de contrapulsación intraaórtico	8,6 %	19,6 %	<0,001
Impella CP	1,8 %	3,4 %	0,343
SCAI D/E	17,7 %	27,0 %	0,038

IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del ST, IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del ST