

Discordancia entre gravedad clínica e intensidad terapéutica en el shock cardiogénico: influencia del perfil basal en la toma de decisiones

Pablo Rodríguez Alonso(1), Celia Denche Sanz(1), Ignacio Pascual Ramos(1), Álvaro Velasco de Andrés(1), Verónica Pérez Garcerán(1), Sarem Damaris Bazán Dávila(1), Elena Puerto García(2), Víctor Manuel Juárez Olmos(2), Alejandro Durante López(2), Helena Alarcos Blasco(2), Matteo de Carli(3), Rafael Salguero Bodes(1), Fernando Arribas Ynsaurriaga(1), Roberto Martín Asenjo(2) y Lourdes Vicent Alaminos(2) de (1)Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (2)Cardiología. Unidad de Críticos Cardiovasculares. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España y (3)Cardiología. Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Milán (Italia) - Italia

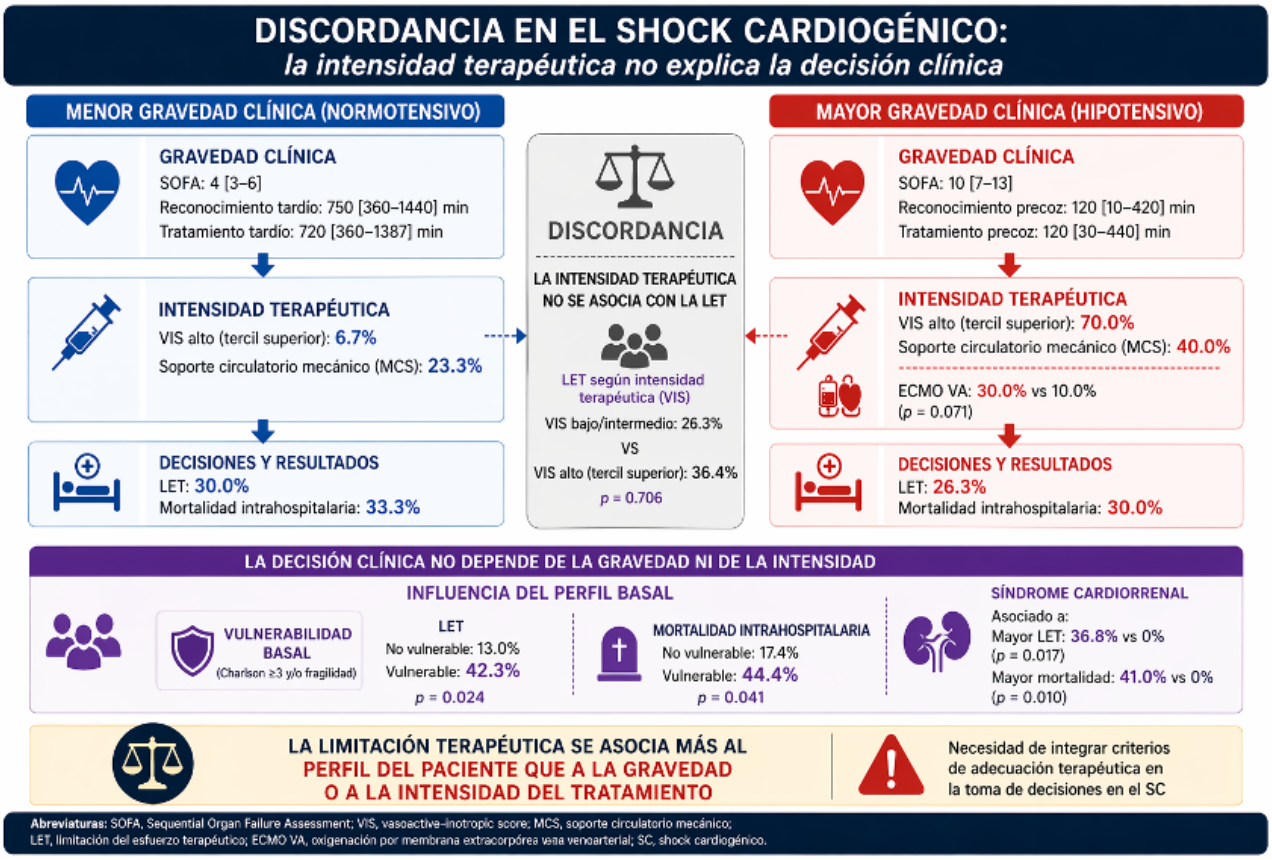
Introducción: En el shock cardiogénico (SC), la intensidad terapéutica debería alinearse con la gravedad clínica. Sin embargo, la toma de decisiones podría estar modulada por factores adicionales como el perfil basal del paciente. Evaluamos la relación entre gravedad, intensidad terapéutica y limitación del esfuerzo terapéutico (LET), explorando posibles discordancias.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de 50 pacientes con SC. Se analizaron marcadores de gravedad (fenotipo clínico, SOFA, tiempos asistenciales), intensidad terapéutica (VIS en las primeras 24 h y uso de soporte circulatorio mecánico [MCS]) y decisiones clínicas (LET). Asimismo, se evaluó el impacto del perfil basal (vulnerabilidad definida como Charlson ?3 y/o fragilidad) y de complicaciones relevantes (síndrome cardiorrenal). Se realizaron análisis bivariados y modelos multivariables ajustados por edad y sexo.

Resultados: Los pacientes con SC hipotensivo presentaron mayor gravedad clínica, SOFA más elevado (10 [7–13] vs 4 [3–6]; p<0,001), menor tiempo a reconocimiento (120 [10–420] vs 750 [360–1440] min; p<0,001) y mayor intensidad terapéutica, con predominio de VIS alto (70,0% vs 6,7%; p<0,001).
Asimismo, mostraron tendencia a mayor uso de soporte circulatorio mecánico (40,0% vs 23,3%; p=0,208), especialmente ECMO VA (30,0% vs 10,0%; p=0,071).
Sin embargo, no se observaron diferencias en mortalidad intrahospitalaria (30,0% vs 33,3%; p=0,804) ni en la frecuencia de LET (26,3% vs 30,0%; p=0,781) entre fenotipos.
La intensidad terapéutica no se asoció significativamente con la LET. Por el contrario, la vulnerabilidad basal se asoció a una mayor frecuencia de LET (42,3% vs 13,0%; p=0,024) y mayor mortalidad (44,4% vs 17,4%; p=0,041), con tendencia independiente en el análisis multivariable (OR 3,60; IC95% 0,92–14,08; p=0,065).
El síndrome cardiorrenal se asoció con mayor mortalidad (41,0% vs 0%; p=0,010) y mayor frecuencia de LET (36,8% vs 0%; p=0,017).

Conclusiones: En el SC existe una discordancia entre gravedad, intensidad terapéutica y decisiones clínicas.

Mientras la gravedad condiciona la intensidad del tratamiento, la limitación terapéutica parece depender principalmente del perfil basal del paciente y de la aparición de complicaciones. Estos hallazgos sugieren la necesidad de integrar de forma explícita criterios de adecuación terapéutica en la toma de decisiones en el SC.



Gravedad, intensidad terapéutica, vulnerabilidad y decisiones clínicas en shock cardiogénico

Dominio	Variable	Comparación	Resultado	p
Gravedad clínica	SOFA total	Normotensivo vs Hipotensivo	4 (3–6) vs 10 (7–13)	<0.001
	Tiempo a reconocimiento (min)	Normotensivo vs Hipotensivo	750 (360–1440) vs 120 (10–420)	<0.001
	VIS alto (%)	Normotensivo vs Hipotensivo	6.7 vs 70.0	<0.001
	Uso de MCS (%)	Normotensivo vs Hipotensivo	23.3 vs 40.0	0.208
	Mortalidad (%)	Normotensivo vs Hipotensivo	33.3 vs 30.0	0.804
	LET (%)	Normotensivo vs Hipotensivo	30.0 vs 26.3	0.781
Intensidad terapéutica	LET (%)	VIS bajo vs alto	26.3 vs 36.4	0.706
Vulnerabilidad basal	LET (%)	No vulnerable vs vulnerable	13.0 vs 42.3	0.024
	Mortalidad (%)	No vulnerable vs vulnerable	17.4 vs 44.4	0.041
	OR ajustada mortalidad	Vulnerable vs no	3.60 (0.92–14.08)	0.065
Complicaciones	Mortalidad (%)	Sin vs con cardiorrenal	0 vs 41.0	0.010
	LET (%)	Sin vs con cardiorrenal	0 vs 36.8	0.017