

Shock cardiogénico en la era actual, más allá de la etiología

Carlos Cobo López(1), Francisco José García López(1), Fernando Laviana Martínez(1), Manuel Coca Real(1), Jesús Carmona Carmona(1), Begoña Hernández Meneses(1) y Inés Sayago Silva(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla - España

Introducción: El shock cardiogénico es un estado crítico de elevada morbimortalidad. Tradicionalmente, el síndrome coronario agudo (SCA) era la principal etiología (70–80%), pero datos recientes sugieren nuevas tendencias. Nuestro grupo analizó la epidemiología y las diferencias clínicas entre shock de origen SCA y no SCA.

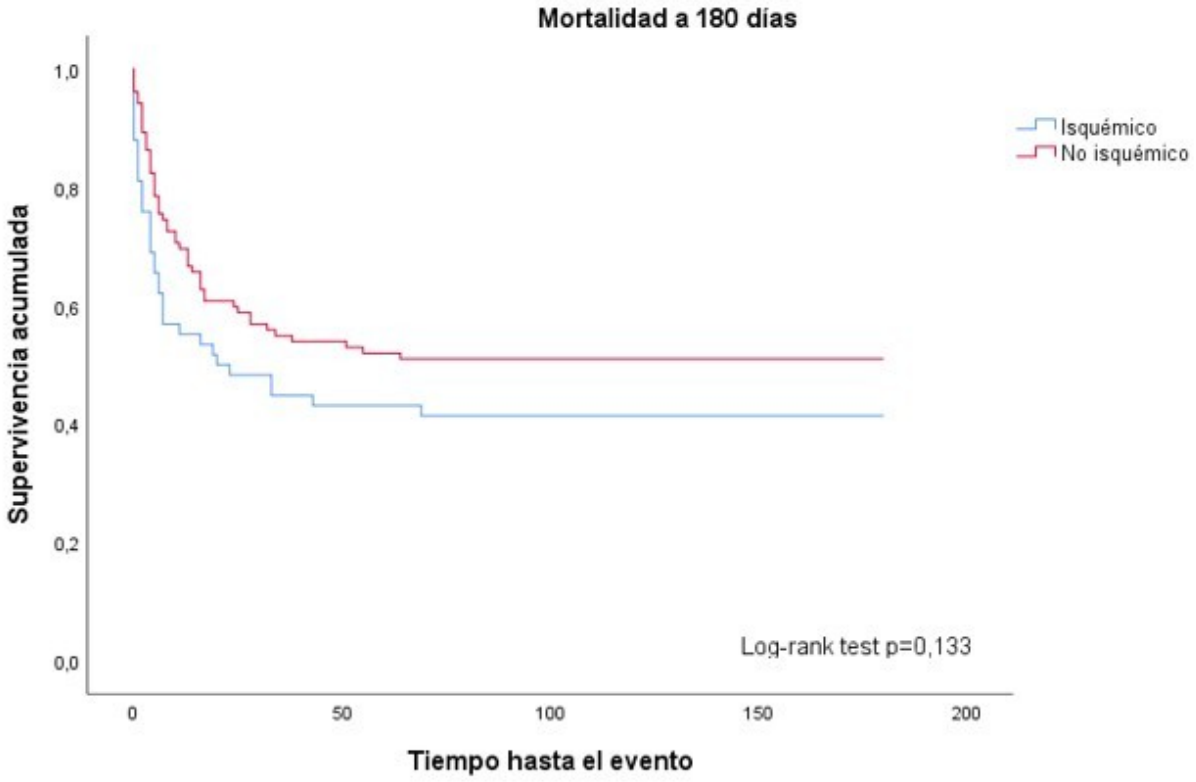
Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico, que incluyó 168 pacientes con shock cardiogénico, según la clasificación de cinco grupos de SCAI, ingresados en la Unidad Coronaria (UCOR) entre enero de 2020 y mayo de 2025. Se compararon características basales, factores de riesgo y variables de resultado entre shock por SCA y no SCA, incluyendo mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: La mediana de edad fue 71 años [63–79] y el 29,2% fueron mujeres. Se registraron 59 casos por SCA (35,1%) y 109 no SCA (64,9%), siendo la insuficiencia cardíaca descompensada la causa más frecuente (29,8%). Los pacientes no SCA presentaron mayor proporción de ingresos previos por insuficiencia cardiaca (IC) (42,6% vs 8,6%, p<0,001) y mayor disfunción ventricular (63,0% vs 20,8%, p<0,001), sin otras diferencias basales relevantes.

El índice vasoactivo-inotrópico fue mayor en SCA (20 vs 15, p=0,036), sin diferencias en tensión arterial media inicial (66 vs 66,5 mmHg), lactato pico (4,55 vs 3,10 mmol/L) ni días de ventilación mecánica invasiva (1,5 vs 3).

No se observaron diferencias significativas en mortalidad intrahospitalaria (59,6% SCA vs 46,3% no SCA, p=0,103), ni en el análisis ajustado por edad, lactato inicial y parada cardiorrespiratoria (OR 1,28; IC95% 0,59–2,79; p=0,539). No se observaron diferencias significativas en el tiempo hasta la muerte con seguimiento a 180 días (prueba de log-rank p=0,133), ni tampoco en la duración del shock (? 0,83; IC95% -1,55–3,21; p=0,491) ni en la estancia en UCOR (5,5 vs 7 días, p=0,128).

Conclusiones: La etiología no isquémica, especialmente la insuficiencia cardiaca descompensada, se sitúa como la principal causa de shock cardiogénico en la actualidad. No obstante, este cambio epidemiológico no se traduce en diferencias significativas en la mortalidad, lo que sugiere que la etiología podría tener un impacto pronóstico menor de lo esperado. Estos resultados apoyan un enfoque centrado en la estabilización hemodinámica y el manejo integral, independientemente de la causa. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados.



Características basales de los pacientes

	Shock isquémico (n=59)	**Shock no isquémico (n=109)**	**p valor**
Edad (años)	72 [65–80]	73 [67–79]	0,407
Sexo femenino	18 (30,5%)	30 (27,5%)	0,683
HTA	37 (62,7%)	72 (66,1%)	0,665
Diabetes mellitus	30 (50,8%)	45 (41,3%)	0,234
IMC (kg/m2)	26,57 [22,63–30,52]	24,98 [21,40–28,56]	0,874
Cardiopatía isquémica previa	19 (32,2%)	34 (31,2%)	0,893
FEVI<50% previa	10 (20,8%)	63 (63,0%)	0,001
Ingreso previo por IC	5 (8,6%)	46 (42,6%)	0,001

Tabla 1. Los datos se expresan como mediana [rango intercuartílico] o n (%). Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante test de Mann-Whitney para variables continuas y χ^2 para variables categóricas. HTA: Hipertensión arterial; IMC: Índice de masa corporal; FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC: Insuficiencia cardíaca.