

Shock cardiogénico secundario a insuficiencia cardiaca: redefiniendo el fenotipo en la era de las unidades avanzadas de shock

Alejandro Nistal Juárez(1), Sergio Martínez Álvarez(2), Ramón Garrido González(2), Mercedes Rivas Lasarte(2), Daniela Cristina Mitroi(2), Manuel Gómez Bueno(2), Javier Segovia Cubero(2), María Prieto Meana(3), Gemma Olmedo Beltrán(4), Andrea Matutano Muñoz(1), Carlos Collado Macián(1), Gabriela Uriarte Zavala(1), Ana Muñoz Serna(1), Luis Blanco Tapia(1) y Francisco José Hernández Pérez(2) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (2)Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada y Trasplante Cardiaco. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (3)Universidad Autónoma de Madrid. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España y (4)Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de La Plana (Castellón) - España

Introducción: El shock cardiogénico (SC) ha sido tradicionalmente conceptualizado como una entidad predominantemente isquémica o perioperatoria. Sin embargo, la evolución de las unidades avanzadas de shock y el incremento de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) avanzada han modificado sustancialmente este paradigma. El objetivo de este estudio es caracterizar el SC secundario a IC (SCIC) y compararlo con las etiologías clásicas, evaluando si constituye un fenotipo clínico diferenciado.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de un registro prospectivo de casos que incluyó 304 pacientes consecutivos con SC tratados en un centro de referencia entre 2014 y 2024. Se compararon tres grupos etiológicos: SC por IC (SCIC, n=96), SC por infarto agudo de miocardio (SCIAM, n=91) y SC tras cardiotomía (n=84). Se analizaron variables clínicas basales, perfil de gravedad al diagnóstico (clasificación SCAI, SOFA, lactato), estrategias terapéuticas (incluyendo soporte circulatorio mecánico [SCM]) y evolución hospitalaria.

Resultados: El SCIC se asoció a pacientes más jóvenes y con alta prevalencia de cardiopatía estructural previa (67%).
En el momento del diagnóstico, estos pacientes presentaban menor gravedad hemodinámica y metabólica, con menor proporción de estadios SCAI D-E al diagnóstico, menores valores de SOFA y lactato al ingreso y un perfil más congestivo y de instauración subaguda.
La tasa global de implante de SCM fue similar, el tiempo hasta su instauración fue mayor en el SCIC (14 h vs a 6 h en SCA y 1 h en tras cardiotomía), junto con un patrón diferente en la selección de dispositivos.
El SC por IC requirió menor soporte vasoactivo y menor utilización de ventilación mecánica y terapia renal sustitutiva. Destaca una mayor tasa de trasplante cardiaco (44%) y menor mortalidad hospitalaria (28%).
En el análisis no ajustado, la etiología IC se asoció a menor mortalidad (OR 0,44; p=0,007), perdiendo la significación tras el ajuste por variables de gravedad, sugiriendo un papel predominante del perfil inicial del SC sobre la etiología per se.

Conclusiones: El SC secundario a IC emerge como un fenotipo clínico diferenciado, caracterizado por menor gravedad inicial, con estrategias terapéuticas orientadas a terapias definitivas como el trasplante. Estos hallazgos reflejan una redefinición del espectro del SC y apoyan la necesidad de enfoques diagnósticos y terapéuticos específicos para esta población.

Características basales, gravedad del shock, estrategias terapéuticas y resultados de shock cardiogénico en función de la etiología

Variable	SCIAM (n=91)	SCIC (n=96)	SC tras cardiotomía (n=84)	p
Edad, años (mediana [RIC])	56 (51–64)	48 (31–58)	56 (47–68)	<0,001
Sexo masculino, n (%)	79 (87%)	67 (70%)	59 (70%)	0,01
Cardiopatía previa, n (%)	15 (16%)	64 (67%)	72 (86%)	<0,001
Traslado interhospitalario, n (%)	60 (66%)	56 (58%)	14 (17%)	<0,001
SCAI D–E, n (%)	77 (85%)	70 (73%)	76 (91%)	<0,001
SOFA (mediana [RIC])	10 (6–12)	8 (5–11)	11 (9–14)	<0,001
Lactato inicial, mmol/L (mediana [RIC])	2.45	2.00	6.40	<0,001
Bilirrubina inicial, mg/dL (mediana [RIC])	0.70	1.60	1.00	<0,001
Tiempo a SCM, h (mediana [RIC])	6	14	1	<0,001
VIS 24h (mediana [RIC])	20.85	15.80	36.79	<0,001
Trasplante cardiaco, n (%)	17 (19%)	42 (44%)	7 (8%)	<0,001
Mortalidad hospitalaria, n (%)	43 (47%)	27 (28%)	44 (52%)	0,002

Valores expresados como mediana [RIC] o n (%). p por χ^2 para variables categóricas y U de Mann-Whitney para variables continuas. SCIAM: shock cardiogénico por infarto agudo de miocardio. SCIC: shock cardiogénico por insuficiencia cardiaca. SC: shock cardiogénico. SCAI: Escala de Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. SOFA: escala Sequential Organ Failure Assessment. RIC: Rango Intercuartílico. SCM: Soporte Circulatorio Mecánico. VIS: Vasoactive Inotropic Score