

Frecuencia cardiaca a las 24 horas como predictor independiente de gravedad y mortalidad en el shock cardiogénico

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

Introducción: El gasto cardiaco es el producto del volumen sistólico y la frecuencia cardiaca (FC). En el shock cardiogénico, la reducción del volumen sistólico incrementa la dependencia de la frecuencia cardiaca como mecanismo compensador. Sin embargo, tanto la bradicardia como la taquicardia pueden reflejar una respuesta hemodinámica inadecuada y tener valor pronóstico. Nuestro objetivo fue evaluar la asociación de la FC al ingreso y su evolución precoz con etiología, gravedad hemodinámica, necesidad de soporte avanzado y mortalidad intrahospitalaria.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con shock cardiogénico ingresados en una unidad de críticos cardiovasculares (2015–2025). Se analizó la frecuencia cardiaca al ingreso y a las 24 h, así como su variación. Se categorizó en <60, 60–99 y ?100 lpm. Se evaluó su asociación con etiología, estadio SCAI, ventilación mecánica, terapia renal, soporte circulatorio y mortalidad. Regresión logística multivariable ajustada por edad, comorbilidad y SCAI.

Resultados: Se incluyeron 604 pacientes. La frecuencia cardiaca al ingreso no difirió entre supervivientes y fallecidos (92 vs 96 lpm; p=0,08), pero los valores extremos se asociaron con mayor mortalidad (52% bradicardia, 42% taquicardia vs 34%). La bradicardia se asoció con mayor mortalidad (OR 2,11; IC95% 1,14–3,88; p=0,02) y la taquicardia con menor magnitud (OR 1,40; IC95% 0,99–1,99; p=0,04).La etiología varió según frecuencia cardiaca (p=0,001), con más IAMCEST y shock arrítmico en bradicardia y más insuficiencia cardiaca en taquicardia. A las 24 h, la frecuencia cardiaca fue mayor en fallecidos (94 vs 82 lpm; p<0,001), con gradiente pronóstico (28%, 40% y 58%). Se asoció a mayor gravedad (SCAI D/E: 98 vs 84 lpm; p<0,001) y mayor necesidad de ventilación, terapia renal y soporte circulatorio (p<0,001). Los supervivientes presentaron mayor descenso (?11 vs ?2 lpm; p<0,001) y reducción más frecuente (68% vs 49%; p<0,001). En el análisis multivariable, la frecuencia cardiaca a las 24 h se asoció con mortalidad (OR 1,03 por lpm; IC95% 1,02–1,05; p<0,001), no así la inicial.

Conclusiones: La frecuencia cardiaca a las 24 h se asocia de forma independiente con gravedad, necesidad de soporte y mortalidad en el shock cardiogénico. La persistencia de taquicardia y la ausencia de descenso precoz podrían reflejar peor evolución.

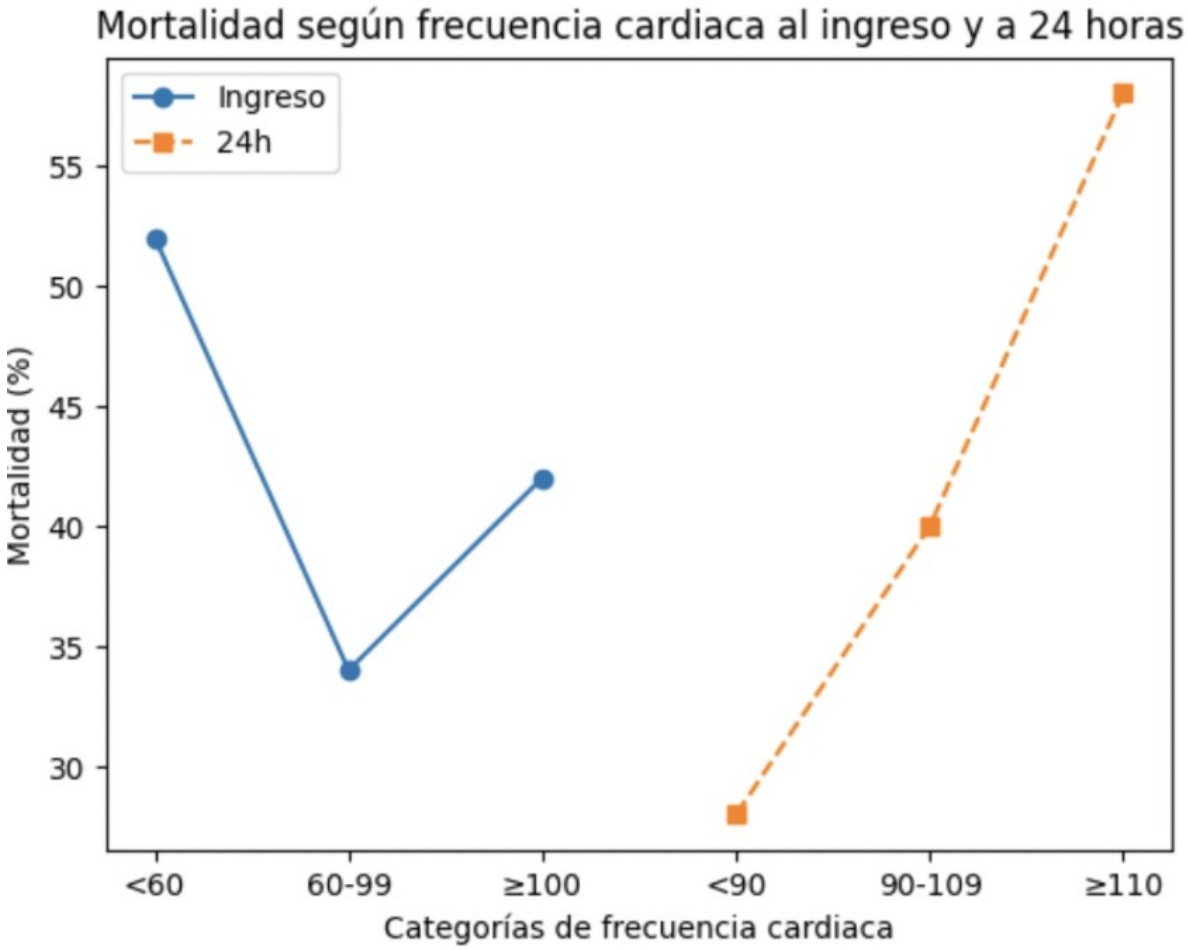


Tabla 1: características basales, etiología y estado hemodinámico según la frecuencia cardiaca al ingreso.

Variable	< 60 lpm (n= 48)	60-99 lpm (n=332)	≥100 lpm (n=224)	p valor
Edad (años)	72	70	69	0,12
Varones (%)	68 %	74 %	72 %	0,45
Parada cardiaca (%)	38 %	25 %	32 %	0,03
Ventilación mecánica (%)	52 %	33 %	44 %	<0,001
Terapia de reemplazo renal (%)	16 %	8 %	14 %	0,01
Soporte circulatorio (%)	22 %	12 %	21 %	<0,001
SCAI D/E (%)	34 %	20 %	28 %	<0,001
Mortalidad (%)	52 %	34 %	42 %	<0,001
IAMCEST (%)	69,5 %	57,7 %	53,1 %	0,044
IAMSEST (%)	1,2 %	11,6 %	8,4 %	0,013
Insuficiencia cardiaca (%)	8,5 %	16,4 %	24,6 %	0,004
Arrítmico (%)	13,4 %	4,8 %	4,5 %	0,007
Otras etiologías (%)	7,2 %	9 %	9 %	0,862

lpm: latidos por minuto. IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del ST. IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del ST