

Vulnerabilidad basal en el shock cardiogénico: mayor mortalidad y limitación terapéutica con perfil etiológico diferenciado

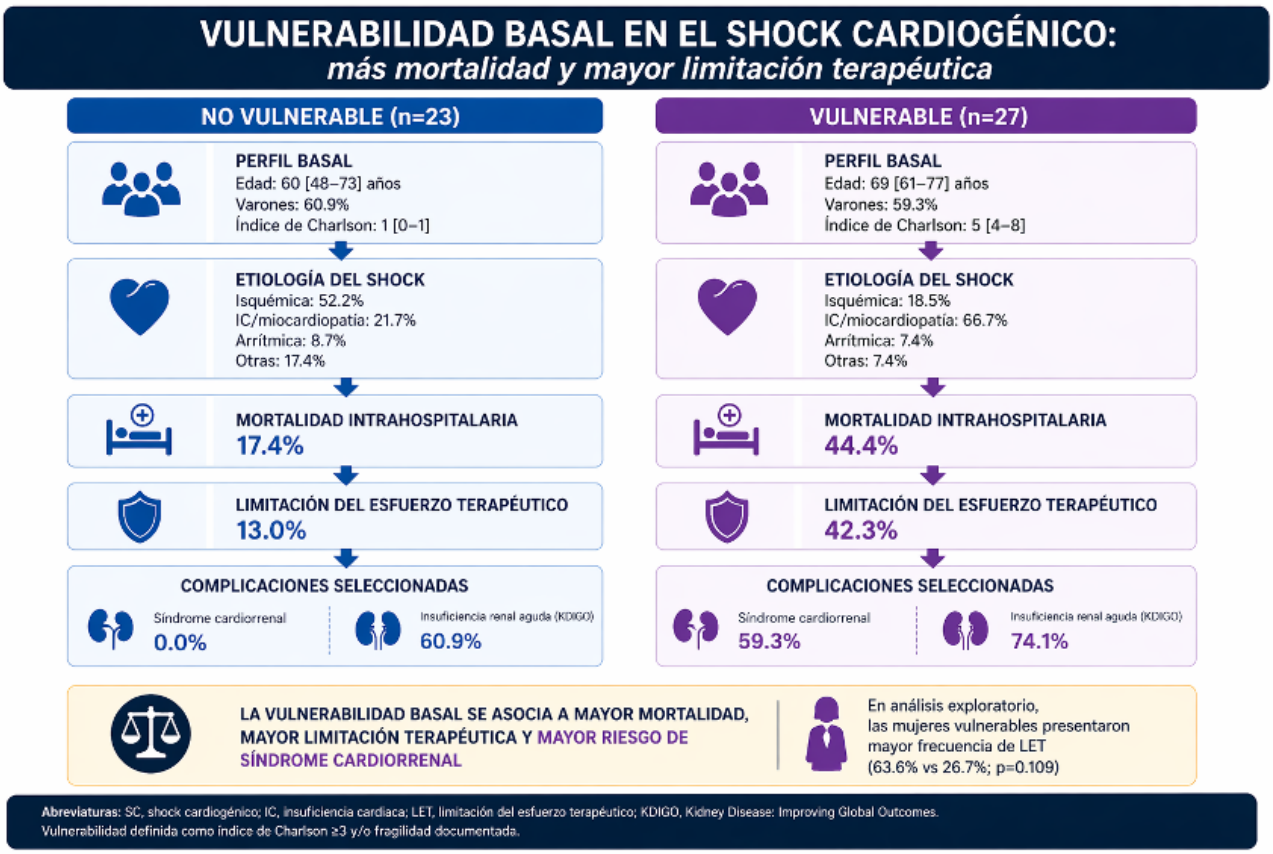
Pablo Rodríguez Alonso(1), Sarem Damaris Bazán Dávila(1), Verónica Pérez Garcerán(1), Ignacio Pascual Ramos(1), Álvaro Velasco de Andrés(1), Celia Denche Sanz(1), Alejandro Durante López(2), Víctor Manuel Juárez Olmos(2), Elena Puerto García(2), Helena Alarcos Blasco(2), Matteo de Carli(3), Rafael Salguero 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: La vulnerabilidad basal puede influir en el pronóstico y en la toma de decisiones en el shock cardiogénico (SC). Evaluamos su asociación con mortalidad, limitación del esfuerzo terapéutico (LET), complicaciones y etiología.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de 50 pacientes con SC. Se definió vulnerabilidad como índice de Charlson ?3 y/o fragilidad documentada. Se analizó su relación con mortalidad intrahospitalaria, LET, complicaciones y etiología. La insuficiencia renal aguda (IRA) se definió por criterios KDIGO y el síndrome cardiorrenal como IRA secundaria a disfunción cardíaca en SC. Se realizó un análisis multivariable parsimonioso ajustado por edad y sexo.

Resultados: Veintisiete pacientes (54%) se clasificaron como vulnerables. Presentaron mayor edad y comorbilidad, sin diferencias en sexo. La etiología difirió (p=0,007), con predominio de IC/miocardiopatía (66,7% vs 21,7%) y menor causa isquémica (18,5% vs 52,2%) en pacientes vulnerables. Los pacientes vulnerables tuvieron mayor mortalidad intrahospitalaria (44,4% vs 17,4%; p=0,041) y mayor LET (42,3% vs 13,0%; p=0,024). También mayor síndrome cardiorrenal (59,3% vs 0%; p=0,010), sin diferencias en IRA global. La vulnerabilidad se asoció a mayor mortalidad (OR 3,60; IC95% 0,92–14,08; p=0,065), mientras que la edad y el sexo no mostraron asociación significativa. En análisis exploratorio, las mujeres vulnerables mostraron mayor LET en comparación con los hombres (63,6% vs 26,7%; p=0,109).

Conclusiones: La vulnerabilidad basal identifica un subgrupo de pacientes con SC con mayor mortalidad, mayor frecuencia de limitación terapéutica y un perfil etiológico diferenciado. La mayor prevalencia de síndrome cardiorrenal, en ausencia de diferencias en IRA global, apunta a un patrón específico de afectación renal mediado por la disfunción hemodinámica. Estos hallazgos indican que la situación basal del paciente influye no solo en el riesgo clínico, sino también en la toma de decisiones terapéuticas, con posibles implicaciones en equidad.



Vulnerabilidad basal y desenlaces en shock cardiogénico

Variable	No vulnerable (n=23)	Vulnerable (n=27)	p
Perfil basal			
Edad, años (mediana [RIC])	60 (48–73)	69 (61–77)	0.108
Sexo masculino, n (%)	14 (60.9)	16 (59.3)	0.908
Índice de Charlson (mediana [RIC])	1 (0–1)	5 (4–8)	<0.001
Etiología del shock			0.007*
Isquémica, n (%)	12 (52.2)	5 (18.5)	
IC/miocardiopatía, n (%)	5 (21.7)	18 (66.7)	
Arrítmica, n (%)	2 (8.7)	2 (7.4)	
Otras, n (%)	4 (17.4)	2 (7.4)	
Desenlaces			
Mortalidad intrahospitalaria, n (%)	4 (17.4)	12 (44.4)	0.041
LET durante ingreso, n (%)	3 (13.0)	11 (42.3)	0.024
Complicaciones renales			
Síndrome cardiorrenal, n (%)	0 (0.0)	16 (59.3)	0.010
Insuficiencia renal aguda (KDIGO), n (%)	14 (60.9)	20 (74.1)	0.318