

Choque cardiogénico

Falla de bomba con hipoperfusión. Revasculariza el vaso culpable, sostén con norepinefrina, y escala el soporte por estadio.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·
@davidrojas_medicinainterna

Basado en: Thiele H, Hassager C. Cardiogenic Shock. N Engl J Med 2026 · DOI
10.1056/NEJMr2312086

- 01 Definición
- 02 Estadios SCAI
- 03 Lo primero: revasculariza
- 04 Presores e inotrópicos
- 05 Soporte circulatorio mecánico
- 06 Monitorización y equipo
- 07 Pronóstico y trayectoria
- 08 Trampas frecuentes
- 09 Lo que sí funciona
- 10 Para llevar a la guardia

01 Definición

CAJA DE DECISIÓN

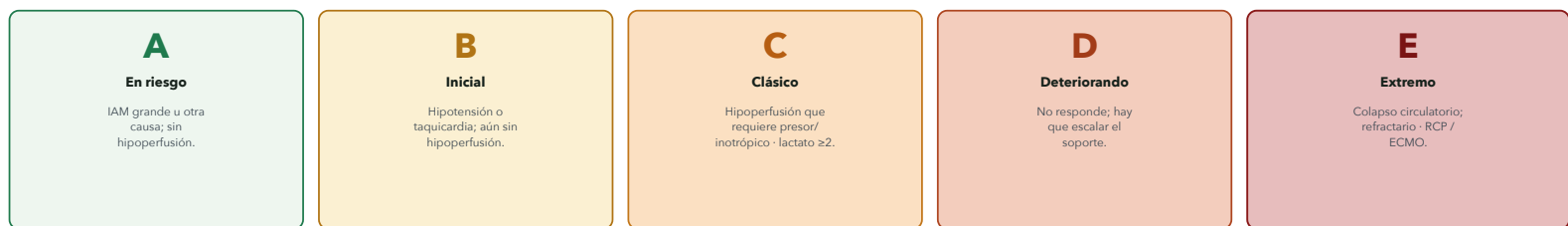
Hipoperfusión tisular por falla de bomba: PA sistólica < 90 mmHg por > 30 min (o necesidad de inotrópicos/vasopresores para mantenerla) **más** signos de hipoperfusión –lactato elevado, alteración del estado mental, piel fría, oliguria–. La causa más frecuente es el **infarto agudo de miocardio**.

El **lactato arterial** marca la gravedad y la respuesta al tratamiento: un lactato que no baja anuncia mal pronóstico. La mortalidad sigue siendo alta (~40-50%), por eso importan el reconocimiento temprano y la revascularización.

NO TODO ES FALLA DEL VI POR IAM

Busca también **complicaciones mecánicas del infarto** (rotura del septo interventricular, del músculo papilar o de la pared libre), **valvulopatía aguda**, **miocarditis fulminante**, **arritmias**, takotsubo o IC crónica terminal. Una complicación mecánica es **quirúrgica**: un soplo nuevo con deterioro obliga a ecocardiograma urgente.

02 Estadios SCAI: del riesgo al extremo



Severidad creciente → - el lactato y la respuesta al soporte afinan el estadio

Clasificación SCAI A-E recreada de la Figura 1, Thiele H, Hassager C. N Engl J Med 2026. El estadio guía la intensidad del soporte y estima el pronóstico.

03 Lo primero: revasculariza

CAJA DE DECISIÓN

En el choque por **IAM**, la **revascularización temprana** es la única intervención que ha mostrado reducir la mortalidad (estudio SHOCK). Si hay enfermedad multivazo, haz **ICP solo del vaso culpable** – la revascularización multivazo de rutina **empeoró** los desenlaces (CULPRIT-SHOCK).

04 Presores e inotrópicos

Fármaco	Rol
Noradrenalina	Vasopresor de primera línea : menos arritmias y mejor supervivencia que la dopamina.
Dobutamina	Inotrópico de elección para aumentar el gasto cuando persiste la hipoperfusión.
Milrinona	Inotrópico alternativo (inodilatador); cuidado porque baja la presión.
Dopamina	Evítala como presor inicial: más arritmias y mayor mortalidad.

Usa la dosis mínima eficaz: presores e inotrópicos en exceso aumentan el consumo de oxígeno y las arritmias. La monitorización hemodinámica (catéter de arteria pulmonar) ayuda a fenotipar y titular en el choque complejo.

05 Soporte circulatorio mecánico

Reserva el soporte mecánico para el choque que no responde a fármacos; la evidencia es selectiva:

Dispositivo	Qué dice la evidencia
Balón de contrapulsación (IABP)	Sin beneficio en mortalidad en IAM-choque (IABP-SHOCK II) → no de rutina.
Impella (flujo microaxial)	Reduce mortalidad en choque por IAM con elevación del ST (DanGer Shock, 2024), a costa de más complicaciones.
VA-ECMO	Sin beneficio rutinario añadido a la revascularización en IAM-choque (ECLS-SHOCK); resérvalo a casos seleccionados/refractarios.

06 Monitorización y trabajo en equipo

- **Objetivos:** PAM \geq 65 mmHg, restaurar la perfusión y **aclarar el lactato**; titula el soporte por la respuesta, no por una sola cifra.
- **Catéter de arteria pulmonar** en el choque complejo o refractario: fenotipa (gasto, presiones de llenado, resistencias) y guía la titulación de presores/inotrópicos y del soporte mecánico.
- **Activa un "shock team"** y considera el **traslado temprano** a un centro con soporte mecánico –antes de caer a estadio D-E–; la atención regionalizada mejora los desenlaces.

07 Pronóstico y trayectoria

- La mortalidad sigue siendo **~40-50%**, mayor a mayor estadio SCAI.
- El **lactato y su aclaramiento** son el mejor marcador de respuesta: un lactato que no baja anuncia mal pronóstico.
- Reevalúa el **estadio SCAI de forma seriada** – la trayectoria (mejora o deterioro) pesa más que un solo punto.
- En el choque refractario, conversa el **techo terapéutico** con el equipo y la familia.

08 Trampas frecuentes

NO CAIGAS EN...

Retrasar la **revascularización** por "estabilizar" primero · sobre-resucitar con líquidos (empeora la congestión) · no reconocer el **infarto de ventrículo derecho** (es precarga-dependiente: da volumen, evita nitratos y diuréticos) · escalar presores a dosis altas sin necesidad (↑ demanda y arritmias).

LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST CHOQUE CARDIOGÉNICO

- ✓ Define por **hipoperfusión** (lactato, frialdad, oliguria, confusión), no solo por la cifra de presión.
- ✓ Clasifica por **estadio SCAI** (A→E) para titular el soporte y estimar pronóstico.
- ✓ **IAM:** revasculariza ya – **ICP del vaso culpable** (no multivaso de rutina).
- ✓ **Noradrenalina** de primera línea; añade **dobutamina** si persiste el gasto bajo.
- ✓ Evita la **dopamina** (arritmias, mortalidad) y el exceso de presores.
- ✓ Soporte mecánico selectivo: **Impella** en STEMI-choque; IABP y ECMO no de rutina.
- ✓ Vigila la **tendencia del lactato** como marcador de respuesta.

PARA LLEVAR A LA GUARDIA

- Choque cardiogénico = **falla de bomba + hipoperfusión**; el lactato manda.
- En IAM, **revasculariza el vaso culpable** – lo único que baja la mortalidad.
- **Noradrenalina** primero; dopamina, no.
- Soporte mecánico **selectivo**: Impella en STEMI-choque; IABP/ECMO no de rutina.