



2. IMPACTO DEL VOLUMEN Y LA DISPONIBILIDAD DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIACOS EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO RELACIONADO CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRATADOS EN CENTROS CON CAPACIDAD DE REVASCULARIZACIÓN

Marisa Barrionuevo Sánchez¹, Albert Ariza Solé¹, Ana Viana Tejedor², Nicolás Rosillo Ramírez³, Náyade del Prado³, José Carlos Sánchez Salado¹, Victoria Lorente Tordera¹, Oriol Alegre Canals¹, Joan Isaac Llaó Ferrando¹, José Luis Bernal Sobrino³, Cristina Fernández Pérez³, Francisco de la Cuerda Llorente¹, Jesús Carmona Carmona¹, Julia Pascual Mayans⁴ y Francisco Javier Elola Somoza³

¹Hospital Universitari Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat Barcelona, España, ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ³Fundación IMAS, Madrid, España y ⁴Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El *shock* cardiogénico (SC) se asocia a alta mortalidad. Nuestro objetivo es evaluar el impacto del volumen de casos y la disponibilidad de la unidad de cuidados intensivos cardiacos (UCIC) sobre la mortalidad hospitalaria en pacientes con SC relacionado con IAMCEST (SC-IAMCEST) tratados en centros de alta complejidad con capacidad de revascularización (CCR).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico principal o secundario de SC-IAMCEST, utilizando datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Incluimos pacientes dados de alta de CCR del Sistema de Salud español (2016-2020). Los traslados entre hospitales se asignaron al hospital de referencia. Los criterios de exclusión fueron 35 años, altas voluntarias o estancias < 1 día. La asociación entre el volumen, la disponibilidad de UCIC y el trasplante cardiaco (TC) y la mortalidad hospitalaria se evaluó mediante modelos de regresión logística multinivel y emparejamiento por puntuaciones de propensión. Los hospitales de bajo y alto volumen se clasificaron mediante análisis de conglomerados (algoritmo K means), con 79 como punto de corte.

Resultados: Se analizaron 3,065 episodios SC-IAMCEST. 1,759 (57,4%) ocurrieron en 26 centros con UCIC. En la figura se muestra el perfil, manejo y complicaciones de los pacientes según disponibilidad de UCIC. Hubo un número significativamente mayor de procedimientos de soporte circulatorio, más accidentes cerebrovasculares y una estancia hospitalaria más prolongada en los hospitales con UCIC. 17/44 hospitales (38,6%) eran centros de alto volumen y 19/44 (43%) disponían de TC. El tratamiento en centros con TC no se asoció significativamente a menor mortalidad ($p = 0,264$). Tanto el alto volumen de casos como la UCIC mostraron una tendencia no significativa a una asociación con menor mortalidad en el modelo de ajuste (OR: 0,86 y 0,88, respectivamente). La interacción entre ambas variables fue significativamente protectora (OR 0,71; $p = 0,025$). El emparejamiento por puntuaciones de propensión mostró menor mortalidad en los hospitales de alto volumen con UCIC [OR = 0,79; $p = 0,0075$].

	Total (n=3065)	No UCIC (n=1306)	UCIC (n=1,759)	Valor p
Perfil de los pacientes				
<u>Edad</u> (media ± DE)	68,5±12,9	68,4±12,8	68,6±13	0,585
Hombres (%)	69,5	68,6	70,1	0,376
<u>Hipertensión</u> (CC 95) (%)	43,1	44,3	42,3	0,278
Diabetes Mellitus o <u>complicaciones</u> de DM (CC17) (%)	33,2	36,2	31,0	0,003
<u>Historia de cirugía de revascularización aortocoronaria</u> (%)	1,5	1,9	1,1	0,077
<u>Historia de angioplastia previa</u> (%)	14,6	16,6	13,2	0,008
<u>Valvulopatía</u> (CC 91) (%)	24,6	18,8	28,9	<0,001
<u>Enfermedad oncológica</u> (CC8-9) (%)	1,7	1,5	1,8	0,542
<u>Hepatopatía</u> (CC 27-29) (%)	4,0	4,4	3,8	0,338
<u>Enfermedad cerebrovascular</u> (CC 101-102, 105) (%)	3,1	2,5	3,6	0,062
<u>Vasculopatía</u> (CC 106-108)	9,6	7,8	11,0	0,003
<u>EPOC</u> (CC111) (%)	8,3	8,0	8,6	0,538
<u>Insuficiencia renal</u> (CC 135-140) (%)	28,2	27,3	28,8	0,384
<u>Demencia</u> (CC 51-53) (%)	4,1	3,1	4,8	0,024
IAMEST de <u>localización anterior</u> (%)	50,3	51,8	49,2	0,166
<u>Complicaciones asociadas el IAM</u> (%)	1,7	1,6	1,8	0,657
Manejo y resultados				
<u>Angioplastia percutánea</u> (%)	69,3	70,3	68,6	0,305
<u>Bypass coronario</u> (%)	3,3	3,4	3,3	0,913
<u>Balón de contrapulsación intraórtico</u> (%)	27,7	23,2	31,0	<0,001
<u>Soporte circulatorio mecánico</u> (%)	13,1	9,7	15,6	<0,001
<u>Soporte respiratorio</u> (%)	44,1	45,2	43,3	0,292
<u>Trasplante cardíaco</u>	2,28	1,76	2,67	0,095
<u>Duración de la estancia hospitalaria (mediana, IQR) (todos los pacientes)</u>	9 (2-19)	8 (2-17)	10 (3-20)	0,004
<u>Duración de la estancia hospitalaria (mediana, IQR) (pacientes dados de alta a domicilio)</u>	15 (10-27)	15 (9-26)	16 (10-29)	0,005
Complicaciones durante el episodio				
<u>Accidente cerebrovascular</u> (%)	2,8	1,8	3,6	0,002
<u>Neumonía</u> (%)	6,3	7,1	5,7	0,121
<u>Insuficiencia renal</u> (%)	15,5	15,8	15,3	0,674

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con SC-IAMCEST de esta serie fueron atendidos en CCR con alto volumen y UCIC. La combinación de alto volumen y UCIC mostró la mortalidad hospitalaria ajustada más baja. Estos datos deben tenerse en cuenta al diseñar redes regionales para la atención al SC.