



6045-2. PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON *SHOCK* CARDIOGÉNICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CARDIOLÓGICOS AGUDOS

Laura Expósito Calamardo, Raquel Ramos Martínez, Álvaro Pinar Abellán, Marta Cubells Pastor, Nuria Vallejo Calcerrada, Pablo Valentín García, Sonia Cebrián López, Sofía Calero Núñez, Concepción Urraca Espejel, Gonzalo Gallego Sánchez, Isabel López Neyra, Sara Díaz Lancha, Cristina Ramírez Guijarro, Víctor Manuel Hidalgo Olivares y Miguel José Corbi Pascual

Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: Las unidades coronarias se encuentran en continuo desarrollo debido a la presencia de enfermos cada vez más complejos y que requieren de una valoración multisistémica, siendo un ejemplo de ello los enfermos con *shock* cardiogénico (SC). El objetivo de nuestro estudio fue analizar la prevalencia y características clínicas de los pacientes ingresados por SC en la unidad coronaria entre los años 2011-2022.

Métodos: Análisis descriptivo de 5.603 p ingresados en la Unidad Coronaria de nuestro hospital en los últimos 11 años. Se seleccionaron 571p (10,2%) con diagnóstico de SC y fueron clasificados según etiología principal.

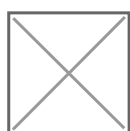
Resultados: Las principales causas de SC fueron: SCACEST: 54,5%; IC aguda: 16,3%; SCASEST: 10,2%. El 69,7% eran varones con una edad media de 71 años. Se analizó la necesidad de implantar una asistencia ventricular izquierda, siendo el balón de contrapulsación intraaórtico el más empleado con respecto a Impella CP (11,7% y 2%, respectivamente). La mortalidad fue del 26,6% y solo 1,6% fueron trasladados a un centro de referencia con trasplante cardiaco o asistencias de mayor soporte ventricular. En el síndrome de Tako-Tsubo y miocarditis era más frecuente la presentación en mujeres. El 42,9% de los pacientes con miocarditis fueron sometidos a coronariografía 2h. En el grupo de arritmias ventriculares, a destacar que el 50% presentaban cardiopatía isquémica crónica y una peor evolución clínica, precisando de ventilación mecánica invasiva el 66,7% y el 36,7% fallecieron. En los enfermos con IC aguda se objetivó una mayor frecuencia de fracaso renal (media de FG 42,6 ml/min/1,73 m²), de traslado a un centro de referencia (4,3%) y el 42% desarrollaron fibrilación auricular. Respecto al SCASEST, mostraban un peor perfil clínico con más prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, el 15,4% fueron sometidos a coronariografía en 2h y fallecieron el 43,1%.

Perfil clínico según diagnóstico de *shock* cardiogénico

Variable	<i>Shock</i> cardiogénico (n = 571p)	SCACEST (n = 311)	SCASEST (n = 58)	IC aguda (n = 93)	Miocarditis (n = 7)	S. Tako- Tsubo (n = 9)	Arritmias ventriculares (TV/FV) (n = 30)
Edad	71,6 ± 12,1	71,2 ± 13	75,1 ± 9,5	70,3 ± 10,2	66,5 ± 16,7	69,8 ± 10,6	68,6 ± 11,5
Sexo masculino	69,7% (398)	72% (224)	62,1% (36)	67,7% (63)	42,9% (3)	33,3% (3)	90% (27)
HTA	70,6% (403)	68,8% (214)	82,8% (48)	71% (66)	71,4% (5)	66,7% (6)	63,3% (19)
DLP	54,5% (311)	46,9% (146)	75,9% (44)	62,4% (58)	71,4% (5)	44,4% (4)	63,3% (19)
Diabetes mellitus	40,8% (233)	31,5% (98)	70,7% (41)	47,3% (44)	42,9% (3)	44,4% (4)	56,7% (17)
Tabaco	25,8% (147)	30,2% (94)	15,5% (9)	25,8% (24)	28,6% (2)	33,3% (3)	23,3% (7)
FG (Crokcraft)	50,7 ± 24,1	55 ± 23,6	51,07 ± 24,9	42,6 ± 22,6	70 ± 32	49,7 ± 20,6	47,9 ± 22,3
CI previa	26,3% (150)	13,5% (42)	51,7% (30)	36,6% (34)	14,3% (1)	11,1% (1)	50% (15)
FEVI al ingreso	31,9 ± 15,4	32,01 ± 13,7	31,2 ± 15,4	29,2 ± 16,8	30 ± 25,8	26,6 ± 7	24 ± 14,2
Vasculopatía periférica	17,9% (102)	11,9% (37)	32,8% (19)	22,6% (21)	0	33,3% (3)	16,7% (5)
Coronariografía en 2h	11,2% (64)	15,4% (48)	15,5% (9)	0	42,9% (3)	22,2% (2)	6,7% (2)
Necesidad de VMI	36,7% (204)	34,1% (106)	32,8% (19)	32,3% (30)	71,4% (5)	22,2% (2)	66,7% (20)

VMNI	31,3% (179)	24,1% (75)	56,9% (33)	44,1% (41)	42,9% (3)	33,3% (3)	23,3% (7)
BCIAo	11,7% (67)	16,4% (51)	12,1% (7)	3,2% (3)	28,6% (2)	11,1% (1)	3,3% (1)
Impella CP	2% (12)	1,6% (5)	1,7% (1)	3,2% (3)	28,6% (2)	0	3,3% (1)
Traslado a centro de referencia	1,6% (9)	1% (3)	1,7% (1)	4,3% (4)	0	0	3,3% (1)
Terapia de reemplazo renal	7,9% (45)	6,4% (20)	8,6% (5)	8,6% (8)	14,3% (1)	0	3,3% (1)
Fibrilación auricular al alta	29,6% (169)	30,6% (95)	24,1% (14)	42% (39)	28,6% (2)	0	16,7% (5)
Mortalidad	26,6% (152)	22,8% (71)	43,1% (25)	23,7% (22)	28,6% (2)	11,1% (1)	36,7% (11)

CI: cardiopatía isquémica. VMI: ventilación mecánica invasiva. VMNI: ventilación mecánica no invasiva. BCIAo: balón de contrapulsación intraaórtico. IC: insuficiencia cardiaca.



Prevalencia de las principales etiologías de shock cardiogénico en la Unidad Coronaria entre 2011-2022.

Conclusiones: El SC supone una prevalencia y mortalidad importantes en nuestra unidad coronaria, siendo el SCA y la IC aguda los diagnósticos más frecuentes. El resto de causas de *shock* presentan distinto perfil clínico y evolución. Pese a ser un centro no trasplantador, se objetiva una baja proporción de pacientes derivados a un centro trasplantador. En pacientes con SCASEST se prioriza la estabilización del paciente previo a coronariografía precoz, salvo en caso de sospecha de miocarditis aguda.