Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 227

Revista Española de Cardiología

6012-3. INCIDENCIA, CARACTERIZACIÓN E IMPACTO CLÍNICO DE LOS EVENTOS HEMORRÁGICOS MAYORES EN PACIENTES EN *SHOCK* CARDIOGÉNICO DE CUALQUIER ETIOLOGÍA

Sara Lozano Jiménez, Reyes Iranzo, Mercedes Rivas Lasarte, Cristina Mitroi, Juan Manuel Escudier Villa, Mercedes Pérez, María Regalado Reyes, Manuel Gómez Bueno, Juan Francisco Oteo Domínguez, Susana Villar García, José María Viéitez Flórez, Javier Segovia Cubero y Francisco Hernández Pérez

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes en *shock* cardiogénico (SC) están expuestos a presentar sangrados de localización diversa y etiología multifactorial. Sin embargo, se desconoce la incidencia de esta complicación y existe escasa evidencia sobre su impacto en el pronóstico. El objetivo fue describir incidencia y localización del sangrado, así como analizar factores de riesgo asociados a eventos hemorrágicos. Se evaluó su repercusión clínica e influencia en mortalidad hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes atendidos por una unidad multidisciplinar de SC, de septiembre 2014 a enero 2022. Se definió sangrado mayor como uno o más de los siguientes: transfusión ? 4 concentrados de hematíes (CH) en 24 horas, inestabilidad hemodinámica con incremento de vasopresores superior al 50%; necesidad de intervención terapéutica invasiva o *fallecimiento*. Se definió sangrado masivo ? 10 CH en 24 h.

Resultados: Se incluyeron 193 pacientes. De ellos 119 (62%) presentaron sangrado mayor, de los cuales 48 (25%) sufrieron más de 1 episodio. La tasa de sangrado masivo fue del 21% del total. Respecto a localización, predominó el sangrado quirúrgico (49%), seguido de digestivo (5%) y hemoptisis (4%). No se apreciaron diferencias demográficas entre ambos grupos, pero sí en la etiología del SC (tabla). Los pacientes con sangrado mayor presentaban un perfil de gravedad mayor y manejo más complejo (tabla). En el análisis multivariante, el único predictor independiente fue el implante de soporte circulatorio mecánico (OR 5,88; IC95% 2,09-16,54; p 0,001). Las consecuencias del sangrado fueron: transfusión en 49/119 pacientes (41%); intervención invasiva en 44/119 (37%); inestabilidad hemodinámica en 20/119 (17%) y *fallecimiento* en 6/119 (5%). El sangrado mayor no se asoció estadísticamente a mayor mortalidad hospitalaria (50 vs 43%, p = 0,39), pero sí a menor tasa de recuperación cardiaca (22 vs 35%; p = 0,03).

Características basales y demográficas de la muestra en función de presencia o no de sangrado mayor.

	No sangrado mayor (n = 74)	Sangrado mayor (n = 119)	p

Media edad (años)	51 ± 16	53 ± 14	0,42
Sexo varón	58 (78)	86 (72)	0,34
Hipertensión arterial	27 (37)	42 (36)	0,86
Dislipemia	24 (32)	41 (35)	0,74
Diabetes mellitus	17 (23)	22 (19)	0,46
Enfermedad renal crónica (FG 60 ml/min/m^2)	5 (7)	16 (13)	0,14
Etiología del SC:			0,001
Descompensación de Insuficiencia cardiaca crónica	27 (37)	27 (23)	
Síndrome coronario agudo	27 (37)	28 (24)	
Poscardiotomía	9 (12)	49 (41)	
Otras etiologías	11 (14)	15 (13)	
Presentación clínica y procedimientos:			
SCAI C	8 (11)	2 (2)	0,001
SCAI D	30 (41)	32 (27)	
SCAI E	36 (49)	85 (71)	
Soporte circulatorio mecánico	51 (69)	110 (92)	0,001
Ventilación mecánica	61 (82)	116 (98)	0,001
Terapia de reemplazo renal	27 (37)	59 (50)	0,07

Supervivencia hospitalaria	42 (57)	60 (50)	0,39

FG: filtrado glomerular. SCAI: Sociedad para Angiografía Cardiovascular e Intervenciones.

Conclusiones: La incidencia de sangrado mayor en SC es muy elevada y suele estar relacionado con intervenciones invasivas previas. Aunque la mayoría son controlables médica o quirúrgicamente, uno de cada 20 fallecen de manera directa por esta causa. En global, la presencia de sangrado mayor no se asocia a mayor mortalidad hospitalaria, pero sí reduce las posibilidades de recuperación cardiaca y aumenta la necesidad de terapias de reemplazo como el trasplante o LVAD.