



## 6016-187. *SHOCK* CARDIOGÉNICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MULTIVASO. MÁS ALLÁ DEL *CULPRIT*

Ana Isabel Santos Sánchez, David Aritza Conty Cardona, Carolina Tiraplegui Garjón, Alba Sádaba Cipriain, Lorena Malagón López, Pablo Raposo Salas y M. Soledad Alcasena Juango, del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En los últimos años se han publicado distintas novedades en el abordaje del *shock* cardiogénico (SC), tanto en la estrategia de revascularización como el soporte. Analizamos el abordaje en nuestro centro.

**Métodos:** Empleamos el registro de los 232 pacientes con IAM con elevación del segmento ST (IAMCEST) complicados con SC de nuestro centro entre 2010 y 2018 para realizar un estudio descriptivo y análisis estadístico de las distintas estrategias terapéuticas sobre aquellos con enfermedad multivaso.

**Resultados:** Obtenemos 76 casos de SC y enfermedad multivaso, con una edad media de 70 años (DE: 12,3), en su mayoría varones (68%), con factores de riesgo cardiovascular (FRCV): tabaquismo 44%, hipertensión arterial 63%, diabetes tipo 2 46%, teniendo revascularización previa con puentes el 3%. Los datos de mortalidad intrahospitalaria y evolución en unidad coronaria se recogen en la tabla. Respecto a la misma, el vasopresor utilizado fue en un 49% de casos la dopamina y en un 43%, la noradrenalina. La revascularización fue percutánea en la mayoría, y quirúrgica en uno de los casos. La mediana de tiempo entre la presentación de los síntomas y la reperusión fue de 5 horas, y la estrategia de revascularización predominante fue la tipo *culprit* (solo la arteria responsable): 86% de los casos frente a la completa (RC) en el 14% restante, sin diferencias significativas en la mortalidad entre ellas, ni cambios en su elección a lo largo de los años. En cuanto a los factores que se asociaron a cada estrategia, no hubo diferencias en horas de evolución del IAM, arritmias malignas, intubación, comorbilidad o edad. Sí se ve una mayor tasa de infección, complicaciones hemorrágicas graves y fracaso renal en el grupo RC (figura). En cuanto a tratamientos complementarios, el balón de contrapulsación (BCIAo) no se asocia con menor mortalidad (52 frente a 29%,  $p = 0,07$ ), con una mortalidad similar tras ajuste en el análisis multivariante por comorbilidad, arritmias malignas y fracaso renal. Tampoco hubo diferencias en la mortalidad en función del vasopresor empleado.

Complicaciones y soporte en unidad coronaria de los pacientes con *shock* cardiogénico con enfermedad multivaso entre 2010 y 2018 (n = 76)

|                               |     |              |            |                           |                 |     |       |            |
|-------------------------------|-----|--------------|------------|---------------------------|-----------------|-----|-------|------------|
| Mortalidad intra-hospitalaria | FRA | TV inestable | Bloqueo AV | Accidente cerebrovascular | Infección grave | IOT | BCIAo | Vasopresor |
|-------------------------------|-----|--------------|------------|---------------------------|-----------------|-----|-------|------------|

45%                      43%   29%                      15%                      15%                      36%                      58%   75%   92%

FRA: fracaso renal agudo, IOT: intubación orotraqueal, BCIAo: balón de contrapulsación intraaórtico.



*Evolución intrahospitalaria según estrategia de revascularización percutánea.*

**Conclusiones:** El SC en IAMCEST multivaso tiene una mortalidad en nuestro centro del 45%, sin encontrar beneficio en la RC frente a la más habitual estrategia *culprit* ni en el BCIAo, si bien no es un estudio aleatorizado y la revascularización completa está poco representada ( $n = 14$ ). La RC asoció un aumento no significativo de complicaciones hemorrágicas y fracaso renal.