



6003-189. ABORDAJE, MANEJO INICIAL Y PREDICTORES DE MAL PRONÓSTICO A CORTO Y LARGO PLAZO EN EL *SHOCK* CARDIOGÉNICO ISQUÉMICO SOMETIDO A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO PRIMARIO

Juan Gabriel Córdoba Soriano, Víctor Hidalgo-Olivares, Isabel López-Neyra, Manuel Fernández Anguita, Antonio Gutiérrez Díez, Arsenio Gallardo López, Driss Melehi El Assali y Jesús Jiménez Mazuecos del Hospital General Universitario de Albacete.

Resumen

Introducción: El manejo inicial del *shock* cardiogénico isquémico (SCI) así como los predictores de pronóstico adverso a corto y largo plazo siguen siendo objeto de controversia. Describimos el manejo inicial y determinamos qué factores se asocian a mortalidad en una cohorte atendida por SCI y sometidos a ICP en una Unidad Coronaria.

Métodos: Estudiamos prospectivamente a 99 P consecutivos con SCI sometidos a ICP o de rescate excluyendo complicaciones mecánicas. Se describe el manejo inicial y se realiza un análisis multivariado para identificar predictores de mortalidad a corto y largo plazo.

Resultados: 99 P con edad media 71 ± 12 años (70% varones) sometidos a ICP o de rescate (15%) fueron incluidos según presentación inicial como SCI (49%) o por desarrollar SC en las 24 horas siguientes al ingreso (64% IAM Anterior, fallo derecho 27%). En el 75% se utilizó acceso radial (AR) y el 79% presentaban enfermedad multivaso. El 19% ICP se realizó en horario nocturno y en 36 P se usó BCPIAo a criterio del médico que atendió al paciente (9 pre-ICP). En el 40% se realizó ecocardiograma antes de ICP y el 42% presentaba FEVI $< 35\%$ a las 24 horas. La mortalidad fue definida como: Precoz (MP < 72 horas); Intrahospitalaria (IH) y a 1 año (22%, 40% y 55%, respectivamente). La MP fue superior en el AF (57,4% vs 20%, $p = 0,0001$) sin diferencias IH y a 1 año (10,3% (AR) vs 15,6% (AF), p : NS). La MP se asoció a horario de presentación (OR 6,2; IC95%, 1,5-25, $p < 0,01$) y edad > 75 (OR 5,2; IC95%, 1,5-17, $p < 0,01$). La mortalidad IH se asoció a los mismos factores además de la FEVI $< 35\%$ (OR 0,004; IC95%, 1,6-13,6%, $p < 0,01$). La mortalidad a 1 año también se asoció a edad y FEVI $< 35\%$, además de al BCPIAo (OR 2,9; IC95%, 2,1-7,9%, $p = 0,04$).

Conclusiones: El SCI sigue teniendo alta mortalidad. El acceso radial es factible y eficaz con menor mortalidad IH y tendencia a menor mortalidad a largo plazo. Se infrutilizó la realización de ecocardiograma previo a ICP. La edad avanzada y la FEVI son los principales factores asociados a mortalidad hospitalaria y tardía en nuestra serie. En la mortalidad precoz influye el momento en que es realizado el ICP. En nuestra serie la utilización de balón de contrapulsación empeora el pronóstico a largo plazo sin influencia en la mortalidad temprana.