



6003-210. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DESDE 2001 A 2011 EN CUANTO A *SHOCK* CARDIOGÉNICO

María de los Ángeles Pérez Rodríguez¹, Manuel Almendro Delia¹, Francisca Francisco Aparicio¹, Rafael Hidalgo Urbano¹, Juan Carlos García Rubira¹, Manuel Calvo Taracido¹, José Benítez Parejo² y José María Cruz Fernández¹ del ¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y ²Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: En los últimos tiempos ha variado el perfil y manejo del *shock* cardiogénico (ShC), influenciando la mortalidad.

Métodos: Análisis prospectivo de pacientes de 44 Hospitales andaluces incluidos en el Registro ARIAM (Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio) entre 2001-2011. Estudiamos la evolución temporal del perfil clínico del paciente, las complicaciones intrahospitalarias incluyendo mortalidad y el tratamiento del ShC.

Resultados: De 42.827 pacientes incluidos en el registro, 2366 pacientes tenían ShC. Se observó disminución de la prevalencia del ShC al ingreso (4 al 3%, $p < 0,0001$) pero aumento durante el ingreso (5,7 al 6,5%, $p < 0,0001$). Se observó un aumento significativo de la prevalencia de HTA, EPOC e IRC; y disminución de la edad media (70,29 a 68,85 años, $p = 0,007$). No hubo cambios significativos en el perfil de riesgo (TIMI y GRACE). Se registró un aumento de ShC en SCASEST (28,4 al 30,4%) frente al ShC en SCACEST (del 71,6 al 69,6%, $p = 0,035$). Se observaron más casos de complicaciones mecánicas, reinfarto y sangrados ($p < 0,0001$). Ha aumentado significativamente el empleo de antiplaquetarios, hipolipemiantes, anti IIb/IIIa, IECA, ionotrópicos, diálisis e ICP durante la hospitalización (6,4 al 25,3%, $p < 0,0001$). En SCACEST se empleó más ICP primaria (17,7% al 55,7%, $p < 0,0001$) vs fibrinólisis (76,3 al 60,5%, $p < 0,0001$) y más balón de contrapulsación aórtico (BIAC) en IPC (3,3% al 12,6%, $p < 0,0001$). Globalmente aumentó el empleo de BIAC (10 al 20%, $p < 0,0001$) en ShC. El tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas a ICP disminuye de 4,5 días a 1,1 días de media ($p = 0,004$); el tiempo puerta-balón ha disminuido significativamente de 167h a 17h ($p < 0,0001$). La mortalidad disminuyó del 81,1% al 61,5%; en contexto de SCASEST (79,4 al 61,1%, $p = 0,008$) y de SCACEST (81,7 al 61,7%, $p < 0,0001$).

Conclusiones: Aunque la prevalencia de *shock* y el perfil de riesgo del paciente no han variado, evidenciamos una disminución significativa de la mortalidad intrahospitalaria atribuible a mejoras en reperfusión y optimización del tratamiento incluyendo el uso de BIAC.