



6035-350. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CAUSAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES EN SHOCK CARDIOGÉNICO EN UNA UNIDAD CORONARIA DURANTE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

Estrella Suárez Corchuelo¹, José María Gimeno Montes¹, Inmaculada Gómez Sánchez², Juan Manuel Nogales Asensio¹, Dante Paul Agip Fustamante¹, José Carlos Fernández Camacho¹, Eladio Galindo Fernández¹, Javier Pérez Cervera¹, Miguel Sánchez Sánchez¹, Rosa Navarro Romero¹, Javier Corral Macías¹, Carlos Antonio Aranda López¹, Ángel Morales Martínez de Tejada¹, Antonio Merchán Herrera¹ y José Ramón López Mínguez¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ²Hospital de Mérida (Badajoz).

Resumen

Introducción y objetivos: El shock cardiogénico (SC) constituye una de las principales causas de mortalidad en las Unidades de Cuidados Cardiológicos Agudos (UCCA), siendo los motivos principales el síndrome coronario agudo (SCA) y la insuficiencia cardíaca sin isquemia aguda (ICC). En los últimos años, la identificación temprana, el tratamiento precoz y el manejo más extendido de dispositivos de asistencia circulatoria han mejorado el pronóstico de estos pacientes. Nuestro objetivo fue analizar las características, causas y evolución de los pacientes con SC ingresados en nuestra UCCA en los últimos 20 años.

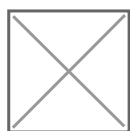
Métodos: Registro retrospectivo unicéntrico en el que analizamos 10429 pacientes ingresados en nuestra UCCA en los últimos 20 años. El 10,5% (n = 1.100) de los pacientes presentaban SC. Los resultados han sido divididos por quinquenios para facilitar la comprensión de los mismos.

Resultados: En nuestro estudio, de los 1.100 pacientes que presentaron SC el 36,9% (n = 406) eran mujeres. La incidencia de SC según el diagnóstico del ingreso fue: ICC: 30,9%; trastornos del ritmo cardíaco: 20,8%; SCA con elevación del ST (SCAEST): 12,5%; SCA sin elevación del ST (SCASEST): 5,2%. La prevalencia de los diferentes diagnósticos entre los pacientes con SC se muestra en la figura. Destacamos en los últimos años una disminución en la mortalidad de los pacientes con SC, principalmente en los pacientes ingresados por SCAEST y en relación directa con la actitud terapéutica empleada, siendo la mortalidad en aquellos no sometidos a terapia de reperfusión del 61%, frente al 46,2% en los que se realizó trombolisis y al 34,5% en los que se realizó ICP (intervencionismo coronario percutáneo) primaria. Analizamos también la necesidad de soporte respiratorio en pacientes con SC, objetivándose a lo largo de los años una disminución de la necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI) (2000-2005: 36%; 2015-2020: 17,3%; p 0,001) frente al incremento del uso de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) (2000-2005: 0,5%; 2015-2020: 5,3%; p = 0,036).

Variables clínicas en los pacientes con shock cardiogénico según año de ingreso

Variable	Total (n = 1.100)	2000-2005 (n = 186)	2005-2010 (n = 344)	2010-2015 (n = 327)	2015-2020 (n = 243)	p
Edad	71,5 ± 11,3	72,8 ± 9,9	72,3 ± 11,4	71,7 ± 11,4	69,3 ± 11,7	0,004
Sexo femenino	406 (36,9%)	78 (41,9%)	139 (40,4%)	122 (37,3%)	67 (27,6%)	0,001
SCAEST	445 (40,5%)	98 (52,7%)	119 (34,6%)	122 (37,3%)	106 (43,6%)	
SCASEST	181 (16,5%)	37 (19,9%)	72 (20,9%)	45 (13,8%)	27 (11,1%)	
ICC	250 (22,7%)	35 (18,8%)	76 (22,1%)	71 (21,7%)	68 (28%)	
Necesidad VMI	352 (32%)	67 (36%)	127 (36,9%)	116 (35,5%)	42 (17,3%)	0,001
VMNI	34 (3,1%)	1 (0,5%)	9 (2,6%)	11 (3,4%)	13 (5,3%)	0,036
Coronariografía	435 (39,5%)	57 (30,6%)	126 (36,6%)	139 (42,5%)	113 (46,5%)	0,004
Muerte	489 (44,5%)	112 (60,2%)	171 (49,7%)	137 (41,9%)	69 (28,4%)	0,001
Muerte (SCAEST)	202 (45,4%)	66 (67,3%)	55 (46,2%)	51 (41,8%)	30 (28,3%)	0,001

SCAEST: síndrome coronario agudo con elevación del ST; SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del ST; ICC: insuficiencia cardíaca sin isquemia aguda; VMI: ventilación mecánica invasiva; VMNI: ventilación mecánica no invasiva.



Prevalencia de los diferentes diagnósticos entre los pacientes con shock cardiogénico.

Conclusiones: La prevalencia de SC en nuestra UCCA presenta un valor nada desdeñable, teniendo como diagnósticos principales el SCA y la ICC. Objetivamos una reducción significativa de la mortalidad relacionada con el manejo terapéutico invasivo en el caso del SCAEST, pudiendo estar relacionado con la menor necesidad de VMI. A pesar de ello, la mortalidad por SC sigue siendo elevada.