



## 7002-6. INFARTO KILLIP IV ¿INFLUYE LA ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST?

María Isabel Barrionuevo Sánchez<sup>1</sup>, Miguel José Corbi Pascual<sup>1</sup>, Sara Díaz Lancha<sup>1</sup>, Sofía Calero Núñez<sup>1</sup>, Cristina Ramírez Guijarro<sup>2</sup>, Juan Gabriel Córdoba Soriano<sup>1</sup>, Concepción Urraca Espejel<sup>1</sup>, Juan José Portero Portaz<sup>1</sup>, Gonzalo Gallego Sánchez<sup>1</sup>, Vicente Ferrer Bleda<sup>1</sup>, Javier Navarro Cuartero<sup>3</sup>, Isabel López Neyra<sup>3</sup>, Laura Expósito-Calamardo<sup>1</sup>, Raquel Ramos Martínez<sup>1</sup> y Jesús María Jiménez Mazuecos<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, <sup>2</sup>Hospital General de Villarobledo, Villarobledo (Albacete) y <sup>3</sup>Hospital de Hellín, Hellín (Albacete).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El SCACEST y el SCASEST son 2 manifestaciones del síndrome coronario agudo que comparten una misma base fisiopatológica. No obstante, existen importantes diferencias en el abordaje inicial y el enfoque terapéutico ya que en el SCACEST se prioriza la revascularización precoz mediante las técnicas de reperfusión mientras que el SCASEST engloba un grupo muy heterogéneo con tiempos de actuación no tan definidos. Sin embargo, el SCASEST en situación de *shock*, tiene una recomendación de coronariografía precoz (2 horas). Nuestro objetivo es comparar las características, tratamiento y evolución de los pacientes que se presentan en situación de *shock* cardiogénico en función de si la presentación fue con o sin elevación del segmento ST.

**Métodos:** Realizamos un registro retrospectivo de todos los pacientes ingresados por SCA Killip IV en la Ud. de Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCIC) de nuestro centro entre marzo de 2012 y agosto de 2017. Se aplicaron pruebas de t de Student para la comparación de medias y de  $\chi^2$  para la comparación de proporciones.

**Resultados:** Se incluyen un total de 170 pacientes con SCA en situación de *shock* cardiogénico de los cuales la mayoría (144, 84,7%) se presentaron con elevación del segmento ST. Los pacientes con SCASEST constituyeron un grupo de alto riesgo (GRACE  $233,6 \pm 37,2$ ) pero, a pesar de ello, solo en el 19,2% se realizó una coronariografía en menos de 2h. En el análisis comparativo no hubo diferencias en la edad media de los pacientes aunque sí en las características de los grupos. Había un predominio de varones y fumadores en el grupo del SCACEST pero, en general, el grupo de SCASEST constituían un grupo de mayor riesgo cardiovascular con más HTA, más DM, más historia de cardiopatía isquémica y más arteriopatía todo ello de forma significativa. No hubo diferencias en la FEVI, el porcentaje de soporte vasopresor, inotrópico, uso de diálisis, uso balón de contrapulsación o intubación aunque los pacientes con SCASEST recibieron con más frecuencia ventilación mecánica no invasiva. Los pacientes con SCASEST presentaron una mayor mortalidad en UCIC con una tasa similar de mortalidad en el seguimiento ( $12 \pm 3$  meses).



*Características y comparación de los pacientes con SCACEST y SCASEST Killip IV.*

**Conclusiones:** Los pacientes con SCASEST Killip IV constituyen un grupo de mayor riesgo cardiovascular con una mortalidad en la UCIC más alta que los pacientes con SCACEST Killip IV.