Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 469

Revista Española de Cardiología

4012-2. IMPACTO DE LA ETIOLOGÍA Y EL HOSPITAL TRATANTE EN EL PERFIL, MANEJO Y PRONÓSTICO DEL *SHOCK* CARDIOGÉNICO

Marisa Barrionuevo Sánchez[1], Albert Ariza Solé[1], Náyade del Prado[2], María García[2], Francisco Javier Elola Somoza[2], José Luis Bernal Sobrino[2], Cristina Fernández Pérez[2], José Carlos Sánchez Salado[1], Victoria Lorente Tordera[1], Oriol Alegre Canals[1], Joan Isaac Llaó Ferrando[1], Remedios Prieto[1], Francisco Galván Román[1], Francisco de la Cuerda Llorente[1] y Elena Collado Lledó[1]

[1]Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona y [2]Instituto Para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS), Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El *shock* cardiogénico (SC) es un estado de disfunción cardiaca que lleva a hipoperfusión y fracaso multiorgánico. La causa más frecuente es el síndrome coronario agudo (SCA), aunque la generalización de la angioplastia primaria está reduciendo su incidencia. Una proporción importante de SC se debe a otras etiologías (SC-no SCA) y la información en este escenario es escasa. El objetivo fue evaluar las diferencias en el perfil clínico, el manejo y el pronóstico según la causa del SC y el hospital tratante.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados por SC utilizando una base de datos administrativa que incluye datos al alta de todos los hospitales públicos (98,4% de la población española) codificados según CIE-10-CM. Incluyó pacientes ? 18 años, entre 2016 y 2019. Los hospitales se clasificaron según la disponibilidad de recursos en cardiología (criterios RECALCAR). Los hospitales de alto volumen se definieron como aquellos con ? 30 SC/año.

Resultados: Hubo 10,864 episodios de SC, 49% SC-SCA y 51% SC-no SCA. Los pacientes con SC-no SCA eran significativamente más jóvenes, más mujeres y tenían una menor carga de comorbilidad relacionada con la arteriosclerosis pero una mayor carga no relacionada con la arteriosclerosis. Hubo más pacientes con contrapulsación intraaórtica (CA), soporte circulatorio mecánico (SCM) y ventilación mecánica invasiva en el SC-SCA. La mortalidad ajustada fue significativamente mayor en los pacientes con SC-SCA (61 vs 57,1%; p 0,001). En los pacientes SC-no SCA el diagnóstico más frecuente fue descompensación de insuficiencia cardiaca (35,4%), seguido de t. del ritmo (13,9%), valvulopatías (5,4%), miocardiopatías séptica (4,5%), descompensación de c. isquémica crónica (4,2%), embolia pulmonar (4,1%) y miocarditis (1%). La CA y el SCM se utilizaron con mayor frecuencia en los pacientes con miocarditis. El alto volumen y la presencia de UCIC tuvo un efecto protector para la mortalidad hospitalaria en el modelo de regresión multivariable (OR: 0,74).

Perfil clínico según la etiología del shock cardiogénico.

Conclusiones: Los pacientes con SC-no SCA son más frecuentemente mujeres, tienen más comorbilidades no relacionadas con aterosclerosis y una mortalidad inferior al SC-SCA. La insuficiencia cardiaca fue el diagnóstico más frecuente. La disponibilidad de la UCIC y un mayor volumen se asocian con una menor mortalidad hospitalaria en SC-no SCA en el análisis multivariante.