



2. IMPACTO DEL VOLUMEN Y LA DISPONIBILIDAD DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIACOS EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON *SHOCK* CARDIOGÉNICO RELACIONADO CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRATADOS EN CENTROS CON CAPACIDAD DE REVASCULARIZACIÓN

Marisa Barrionuevo Sánchez¹, Albert Ariza Solé¹, Ana Viana Tejedor², Nicolás Rosillo Ramírez³, Náyade del Prado³, José Carlos Sánchez Salado¹, Victoria Lorente Tordera¹, Oriol Alegre Canals¹, Joan Isaac Llaó Ferrando¹, José Luis Bernal Sobrino³, Cristina Fernández Pérez³, Francisco de la Cuerda Llorente¹, Jesús Carmona Carmona¹, Julia Pascual Mayans⁴ y Francisco Javier Elola Somoza³

¹Hospital Universitari Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat Barcelona, España, ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ³Fundación IMAS, Madrid, España y ⁴Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El *shock* cardiogénico (SC) se asocia a alta mortalidad. Nuestro objetivo es evaluar el impacto del volumen de casos y la disponibilidad de la unidad de cuidados intensivos cardiacos (UCIC) sobre la mortalidad hospitalaria en pacientes con SC relacionado con IAMCEST (SC-IAMCEST) tratados en centros de alta complejidad con capacidad de revascularización (CCR).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico principal o secundario de SC-IAMCEST, utilizando datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Incluimos pacientes dados de alta de CCR del Sistema de Salud español (2016-2020). Los traslados entre hospitales se asignaron al hospital de referencia. Los criterios de exclusión fueron 35 años, altas voluntarias o estancias < 1 día. La asociación entre el volumen, la disponibilidad de UCIC y el trasplante cardiaco (TC) y la mortalidad hospitalaria se evaluó mediante modelos de regresión logística multinivel y emparejamiento por puntuaciones de propensión. Los hospitales de bajo y alto volumen se clasificaron mediante análisis de conglomerados (algoritmo K means), con 79 como punto de corte.

Resultados: Se analizaron 3,065 episodios SC-IAMCEST. 1,759 (57,4%) ocurrieron en 26 centros con UCIC. En la figura se muestra el perfil, manejo y complicaciones de los pacientes según disponibilidad de UCIC. Hubo un número significativamente mayor de procedimientos de soporte circulatorio, más accidentes cerebrovasculares y una estancia hospitalaria más prolongada en los hospitales con UCIC. 17/44 hospitales (38,6%) eran centros de alto volumen y 19/44 (43%) disponían de TC. El tratamiento en centros con TC no se asoció significativamente a menor mortalidad ($p = 0,264$). Tanto el alto volumen de casos como la UCIC mostraron una tendencia no significativa a una asociación con menor mortalidad en el modelo de ajuste (OR: 0,86 y 0,88, respectivamente). La interacción entre ambas variables fue significativamente protectora (OR 0,71; $p = 0,025$). El emparejamiento por puntuaciones de propensión mostró menor mortalidad en los hospitales de alto volumen con UCIC [OR = 0,79; $p = 0,0075$].



Conclusiones: La mayoría de los pacientes con SC-IAMCEST de esta serie fueron atendidos en CCR con alto volumen y UCIC. La combinación de alto volumen y UCIC mostró la mortalidad hospitalaria ajustada más baja. Estos datos deben tenerse en cuenta al diseñar redes regionales para la atención al SC.