



5022-8. ÍNDICE *SHOCK* AJUSTADO POR LA EDAD, ¿TODAVÍA UN MEJOR ESTIMADOR DE PRONÓSTICO EN NUESTROS PACIENTES?

Diego Félix Arroyo Moñino, Néstor García González, Beatriz Lorenzo López, Inés Sayago Silva, Rafael J. Hidalgo Urbano y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: El *shock* es la principal causa de mortalidad en el síndrome coronario agudo (SCA). El índice de *shock* (IS) se ha propuesto como predictor de *shock* y pronóstico al ingreso de los pacientes con SCA y derivado de él ha surgido el índice *shock* ajustado por la edad (ISE), que parece ser todavía más preciso a la hora de evaluar estos pacientes. Nuestro objetivo es valorar si este índice es más preciso que otros para predecir la aparición de *shock* en pacientes con SCA y para predecir la mortalidad en aquellos pacientes con SCA que ya ingresan en *shock*.

Métodos: Estudio retrospectivo y unicéntrico de pacientes ingresado en una Unidad Coronaria entre julio de 2011 y marzo de 2021. El ISE se calculó según la siguiente fórmula: (frecuencia cardiaca/presión arterial sistólica) $\times$ edad. Calculamos las curvas operativas del receptor (ROC) tanto del ISE, como del IS, como predictores de *shock* en los pacientes que no presentaban *shock* al ingreso y del ISE, IS, CRUSADE y GRACE como predictores de mortalidad en pacientes que ingresaban ya en situación de *shock*, y comparamos el área bajo la curva (AUC) entre ellos. Los datos se expresan en porcentaje, o mediana y rango intercuartil. El AUC se expresa como valor e intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Para el estudio de predicción del *shock* se incluyeron 2.537 pacientes, que ingresaron con Killip 4; se observó que ISE frente a IS era un mejor predictor, con un AUC mayor (0,76 (0,73-079) vs 0,72 (0,68-0,76), p 0,001), siendo un valor de ISE de 44,56 el punto de corte óptimo, con mayor sensibilidad (0,67) y especificidad (0,76). En el estudio de la predicción de la mortalidad se incluyeron 240 pacientes que ingresaron con Killip de 4; se observó que ISE era un mejor predictor que IS y GRACE, no así frente a CRUSADE, con resultados expuestos en la tabla. El punto de corte óptimo fue de 49,2, con sensibilidad de 0,71 y especificidad de 0,53. En la figura observamos las curvas ROC obtenidas.

Índice *shock* ajustado por edad frente a otros predictores en pacientes en *shock*

ISE	IS	GRACE	CRUSADE	p
0,63 (0,56-0,71)	0,59 (0,52-0,67)			0,04

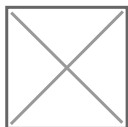
0,48 (0,41-0, 56)

0,001

0,67 (0,57-0,76)

0,75

Comparación del índice *shock* frente a otros predictores en lo referente a la mortalidad en pacientes que ingresan en situación de *shock*.



Curvas ROC: predicción de shock (arriba e izquierda) y predicción de mortalidad (abajo y arriba y derecha).

Conclusiones: El índice *shock* ajustado es mejor predictor del *shock* en pacientes que ingresan por síndrome coronario agudo que el índice *shock* sin este ajuste, así como un mejor predictor de mortalidad que este último y la escala GRACE en los pacientes que ingresan en situación de *shock*. A favor de este índice podemos destacar su sencillez de cálculo, lo cual, unido a su buena capacidad de predicción, hacen que resulte de gran utilidad.