Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 36

Revista Española de Cardiología

4003-2. 25 AÑOS DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y *SHOCK* CARDIOGÉNICO ¿CÓMO HEMOS CAMBIADO?

David González Calle[1], Víctor Eduardo Vallejo García[1], Milena Antúnez Ballesteros[1], Ana Elvira Laffond[1], Armando Oterino Manzanas[1], Lucía Rodríguez Estévez[1], Pablo Luengo Mondéjar[1], Marta López Serna[1], Julia Gonzalo Consuegra[2], Pedro Pabón Osuna[2], Pedro Luis Sánchez Fernández[1] y Francisco Martín Herrero[1], del [1]Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca y [2]Universidad de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) complicado con *shock* cardiogénico (Killip IV) continúa siendo una entidad clínica frecuente y con un pronóstico adverso a corto plazo. La clasificación de Killip describía una mortalidad superior al 80% en estos pacientes. Sin embargo, los grandes avances logrados en las últimas décadas han reducido estas cifras, aunque a costa de un mayor intervencionismo y complicaciones asociadas.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados críticos cardiovasculares en los últimos 25 años (1993-2018, n = 7.669 pacientes). Se seleccionaron los pacientes con SCA complicado con *shock* cardiogénico, Killip IV, n = 539 pacientes. La muestra se dividió en 3 etapas: A (1993-1996): fibrinólisis, B (2003-2006): angioplastia primaria; C (2015-2018): tratamiento actual.

Resultados: Se objetiva una reducción paulatina en el porcentaje de pacientes con SCA con *shock* cardiogénico: un 7% del total de los pacientes con SCA durante la etapa A, 6,45% en la etapa B y un 5,4% en la actualidad (p = 0,2). También se observa una reducción estadísticamente significativa de la mortalidad (88% en A y 41,9% en C, p 0,001). Destaca la generalización de la revascularización precoz y el cambio en la estrategia de elección, con un 35% de fibrinólisis en las primeras etapas (A y B) frente a un 88,8% de pacientes revascularizados mediante intervencionismo coronario percutáneo en los últimos años. Además, se han incorporado al tratamiento distintos soportes circulatorios, como el BCIAo, implantado en un 7,4, 22,8 y 15,6%, respectivamente. Su uso está siendo desplazado por nuevos dispositivos, como el oxigenador extracorpóreo de membrana (ECMO), implantado en un 13,1% de los pacientes con SCA Killip IV en la actualidad. En cuanto al tratamiento inotrópico, se observa un cambio significativo (p 0,001), con el empleo de la noradrenalina (81,7%, C) como fármaco de elección (tabla).

Población total (n) = 539	A = 1993-1996	B = 2003-2006	C = 2015-2018	Significación
Población (n)	136	145	258	N.S
Sexo masculino	67,6%	65,5%	70,1%	N.S

Edad (años)	74,49,9	74,911,6	67,613,1	0,01
Hipertensión arterial	36%	54,5%	55,1%	= 0,01
Dislipemia	13%	21,4%	46,1%	0,001
Diabetes mellitus	25%	33%	25%	N.S
Fumadores	36%	35,9%	50,4%	= 0,03
SCACEST	81%	82,8%	89%	N.S
Localización anterior	55%	45,8%	49,6%	N.S
Mortalidad hospitalaria	88%	70,3%	41,9%	0,001
Balón de contrapulsación	7,4%	22,8%	15,6%	= 0,03
ECMO	NO	NO	13,1%	0,001
Respirador	31,6%	25,8%	58,4%	0,001
Infecciones	2,2%	8,2%	31,2%	0,001
Hemorragias	4,4%	6,2%	9,7%	= 0,1
Insuficiencia renal aguda	2,3%	12,1%	27,1%	0,001
Trombolisis urgente	35,3%	38,6%	7%	0,001
Coronariografía urgente	7,4%	50,3%	88,6%	0,001
Complicaciones mecánicas	12,5%	4,8%	3,6%	0,001

ECMO: oxigenador extracorpóreo de membrana, SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

Conclusiones: El SCA en situación de *shock* cardiogénico (Killip IV) continúa siendo una entidad frecuente y con una alta mortalidad asociada. Los grandes avances médicos han permitido la mejora de nuestros resultados, con una reducción absoluta de la mortalidad del 46,1% y relativa del 87% respecto a los pacientes tratados hace 25 años. No podemos pasar por alto el significativo aumento de las complicaciones asociadas al actual tratamiento que constituyen nuevos retos a afrontar en nuestra práctica clínica habitual.