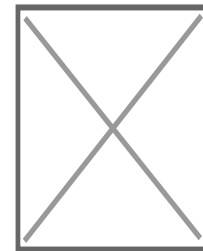




# Revista Española de Cardiología



## 4022-3. IMPACTO DEL TIPO DE HOSPITAL TRATANTE EN EL PRONÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DEL *SHOCK* CARDIOGÉNICO EN ESPAÑA

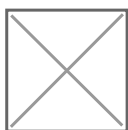
José Carlos Sánchez Salado<sup>1</sup>, Albert Ariza Solé<sup>1</sup>, Virginia Burgos Palacios<sup>2</sup>, Alessandro Sionis<sup>3</sup>, Esteban López de Sá y Areses<sup>4</sup>, Héctor Bueno Zamora<sup>5</sup>, José Luis Bernal Sobrino<sup>5</sup>, Fernando Worner Diz<sup>6</sup>, Manuel Martínez Sellés<sup>7</sup>, Victoria Lorente Tordera<sup>1</sup>, Oriol Alegre Canals<sup>1</sup>, Ángel Cequier Fillat<sup>1</sup>, Cristina Fernández<sup>8</sup>, Javier Segovia Cubero<sup>9</sup> y Francisco Javier Elola Somoza<sup>8</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), <sup>2</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), <sup>3</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, <sup>4</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, <sup>5</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, <sup>6</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, <sup>7</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, <sup>8</sup>IMAS Fundación, Madrid y <sup>9</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las guías actuales de práctica clínica recomiendan centralizar el cuidado de los pacientes con *shock* cardiogénico (SC) en centros de alto volumen. Existe poca evidencia en relación a la ubicación de los pacientes, la estructura del centro tratante y la evolución clínica. Este trabajo evalúa la asociación entre el tipo de hospital, incluyendo la disponibilidad de unidad de cuidados intensivos cardiológicos (UCIC) y pronóstico en pacientes con SC asociado a infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST).

**Métodos:** Se evaluaron episodios con diagnóstico al alta de IAMCEST asociado a SC del *Minimum Basic Data Set* (CMBD) del Sistema Nacional de Salud Español entre 2003 y 2015. Los centros se clasificaron de acuerdo a la disponibilidad de servicio de Cardiología, laboratorio de hemodinámica (LH), servicio de cirugía cardíaca (CC) y UCIC. Se consideraron hospitales tipo 3 y 4 aquellos que tenían servicio de cardiología con LH ± CC. El objetivo principal a estudio fue la mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados:** Se identificaron un total de 19.963 episodios de IAMCEST con SC. La edad media fue de 73,4 ± 11,8 años. La proporción de pacientes tratados en hospitales tipo 3 y 4 aumentó del 38,4% en el 2005 al 52,9% en el 2015, p 0,005. La mortalidad cruda y la ajustada por riesgo (TMAR) se redujo en el periodo a estudio (del 82% al 67,1%, y del 82,7% al 66,8%, respectivamente, ambos p 0,001). La revascularización coronaria, percutánea (RP) o quirúrgica (RQ) se asoció de forma independiente a una menor mortalidad (OR, 0,29 y 0,25, ambas p 0,001). La disponibilidad de UCIC asoció a menor mortalidad (65,3% ± 7,9 frente a 72 ± 11,7; p 0,001).



A: Ingresos por SC en hospitales tipo 3 y 4. B: RP en IAMCEST con SC. C: TMAR en UCIC por SC.

**Conclusiones:** La proporción de pacientes con SC relacionado con IAMCEST tratados en centros de alta complejidad aumentó mientras que la mortalidad disminuyó durante el periodo de estudio. El incremento de procedimientos de revascularización y el acceso a UCIC a lo largo del tiempo se asoció a un mejor

pronóstico.