



## 6003-208. CONTROVERSIAS SOBRE EL USO ACTUAL DEL BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN SITUACIÓN DE *SHOCK* CARDIOGÉNICO. UN ANÁLISIS DEL MUNDO REAL

Manuel Calvo Taracido<sup>1</sup>, Manuel Almendro Delia<sup>1</sup>, Juan Carlos García Rubira<sup>1</sup>, Rocío Gómez Domínguez<sup>1</sup>, Ana Delia Ruiz Duthil<sup>1</sup>, Rafael Hidalgo Urbano<sup>1</sup>, Ángel García Alcántara<sup>2</sup> y José María Cruz Fernández<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Existen controversias sobre el papel actual del balón de contrapulsación intraaórtico (BIAC) en el *shock* cardiogénico (ShC). Analizamos el impacto pronóstico del BIAC en el SCA en situación de ShC.

**Métodos:** Pacientes con SCA y ShC incluidos en el registro ARIAM, formado por 44 hospitales en Andalucía, entre 2001-2011. Comparamos el grupo tratado con BIAC (B+) frente al que no (B-) durante su estancia hospitalaria. Se realizó un análisis multivariado y de propensión para disipar diferencias en las características basales.

**Resultados:** Se analizaron 2.140 pacientes, de los cuales 245 (11%) eran B+; de forma estadísticamente significativa el grupo B+ tenía más hombres (75%), de menor edad (63 vs 71a), con más obesidad (15 vs 10%). Tenían menos diabetes (35 vs 45%), ICC (4 vs 10%), IAM (16 vs 22%), FA previa (4 vs 8%) y arteriopatía periférica (5 vs 8%). Al ingreso presentaron más proporción de SCACEST (82 vs 72%), FV (12 vs 6%) y complicaciones mecánicas (8 vs 3%). Durante la hospitalización B+ recibió más medicación inotropa (75 vs 60%) y anti IIB-IIIa (40 vs 21%). El grupo B+ presentó mayor tasa de insuficiencia renal (67 vs 28%), hemofiltración (6 vs 1%), enfermedad de TCI (19 vs 13%) y ADA (75 vs 65%), trombocitopenia (4 vs 0,4%) y hemorragias menores (9 vs 6%); B+ tuvo mayor tasa de revascularización (69 vs 31%) y más rápida (189 vs 195 min), más tratamiento quirúrgico cardíaco (10 vs 2%), menos fibrinólisis (62 vs 68%) y menor BNP. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a reIAM, hemorragias mayores o AVC. En el análisis multivariado el BIAC se asoció a una reducción de la mortalidad cuando se asociaba a ICP (65 vs 75%, OR 0,07 IC: 0,01-0,31;  $p < 0,001$ ). Para eliminar factores de confusión se llevó a cabo un análisis de propensión que demostró un efecto neutro del BIAC cuando éste era usado de forma aislada (B+: OR 1,05; IC: 0,90-2,98;  $p 0,105$ ).

**Conclusiones:** El uso del BIAC en el *shock* cardiogénico mejoró la mortalidad intrahospitalaria cuando estaba asociado a ICP, siendo neutro su uso aislado y sin asociarse a una mayor tasa de complicaciones mayores.