



6017-297. ¿SEGUIMOS USANDO EL BALÓN INTRAAÓRTICO DE CONTRAPULSACIÓN EN EL *SHOCK* CARDIOGÉNICO?

Pablo Jorge Pérez, Veena Moti Amarnani Amarnani, Marta María Martín Cabeza, Martín Jesús García González, Julio Miranda Bacallado, Julio Jesús Ferrer Hita, Carima Bellejo Belkasem, Patricia Barrio Martínez, Néstor Baez Ferrer, Aníbal Rodríguez González y Alejandro Sánchez-Grande Flecha, del Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Tenerife).

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica (GPC) actuales no recomiendan de forma rutinaria el uso del balón intraaórtico de contrapulsación (BIAC) en el *shock* cardiogénico (SC) tras los resultados del IABP-*SHOCK* trial, y debe individualizarse el uso en cada paciente. Por otro lado en los últimos años han aparecido otros dispositivos de asistencia circulatoria en el SC de forma que desconocemos cual es uso actual del BIAC en el SC, y que perfil de pacientes podrían beneficiarse.

Métodos: Se han registrado los pacientes con SC admitidos en nuestra UCIC desde enero de 2016 a diciembre de 2017. Se examinaron las características clínicas, los tratamientos recibidos, así como la relación del uso del BIAC con puntuaciones de riesgo y el pronóstico hospitalario.

Resultados: En el periodo analizado ingresaron 69 pacientes en SC, lo que supone un 4,1% del total de ingresos en la UCIC. Las variables clínicas se muestran en la tabla. En 14 pacientes (20%) se implantó un BIAC, siendo el 85% varones. En 12 de ellos la cardiopatía coronaria era la causa del *shock*, mientras que los otros 2 fueron complicaciones mecánicas. De los 12 casos que se revascularizaron en las primeras 24 horas del *shock* (IAMEST), a un 58% se les insertó un BIAC en las primeras 24 horas y el 93% (13/14) se monitorizaron invasivamente con un catéter en la arteria pulmonar. No hubo diferencias de mortalidad entre el grupo sin y con BIAC (45 frente a 50%). Las escalas pronósticas al ingreso, como el SAPS-II, SOFA o Card-*Shock* no se relacionaron de forma significativa con una mayor mortalidad en los pacientes con BIAC. La puntuación SAPS-II de los pacientes con BIAC era ligeramente superior que la media (51 frente a 46).

Características basales

Variable	N (%)
Sexo (H/M)	54/15 (76% varones)
Edad	65 ± 12,17

HTA	53 (76,8%)
DM	34 (49%)
Fumador	26 (37,7%)
Dislipemia	45 (65,2%)
Cardiopatía isquémica previa	26 (37,7%)
Insuficiencia renal	43 (62,3%)
Activ. protromb 60%	16 (23,2%)
Etiología SICA	34 (49%)
FEVI 35%	44 (63,8%)
SAPS-II	46,78 ± 16,2
SOFA	7 ± 3,18
Uso Swan-Ganz	29 (42%)
BIAC	14 (20,3%)
ECMO	6 (8,7%)
Estancia UCIC	7-75 ± 9,2 (mediana 5)
Mortalidad	32 (46,4%)
CardShock Score	3,58 ± 1,5

Conclusiones: Tras la publicación de las GPC el uso sistemático del BIAC en el SC ha disminuido. En nuestra serie, aunque el número de pacientes es reducido, el BIAC se usó en un 20% de los pacientes con SC y en un 58% de los pacientes en *shock* con revascularización precoz. Es interesante analizar que el BIAC no

se utilizó en perfiles de riesgo bajos ni en pacientes con *shock* profundo y puntuaciones elevadas. El uso del BIAC no muestra una mejoría en la supervivencia global en nuestra serie, pero si hemos apreciado como seleccionamos mejor a los pacientes, se implanta más precozmente y en un perfil de *shock* por IAM con revascularización temprana.