



4013-7. 'SHOCK TEAM': PRIMEROS RESULTADOS DE LA ORGANIZACIÓN TERRITORIAL EN LA ATENCIÓN AL SHOCK CARDIOGÉNICO

Francisco José Hernández Pérez, Javier Segovia Cubero, Manuel Gómez Bueno, Josebe Goirigolzarri Artaza, Juan Manuel Escudier Villa, José Manuel Álvarez Avello, Alberto Forteza Gil y Luis Alonso Pulpón del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: El *shock* cardiogénico (SC) es una entidad con un impacto clínico y social elevado que provoca más de 4.000 muertes anuales en nuestro país. La necesidad de una atención urgente y emplear dispositivos de asistencia ventricular (DAV) de corta duración para el rescate de estos pacientes, justifica la organización jerarquizada de los hospitales con distintos niveles asistenciales. El objetivo es analizar los resultados obtenidos tras implementar esta organización territorial en nuestra área de actuación.

Métodos: Se ha dividido a los hospitales en 3 niveles: nivel 1 (hospital de referencia, trasplante cardiaco y DAV); nivel 2 (hospitales con cirugía cardiaca), nivel 3 (hospitales con UCI). Las características de los pacientes, del proceso asistencial y los eventos clínicos principales se recogieron prospectivamente.

Resultados: Entre septiembre-2014 y abril-2016 (20 meses) se atendió a 57 pacientes a través del "Shock Team" (70% varones, edad media 53 años [rango 18-82]). El 56% venía referido de hospitales de nivel 2 y 3, y de ellos el 75% fueron trasladados al hospital de referencia para continuar el tratamiento. El flujo de pacientes fue estable en este periodo (2-3 pacientes/mes), y casi la mitad de los pacientes referidos (47%) venían de otra Comunidad Autónoma. Las principales causas del SC fueron: SCA (32%), progresión de cardiopatía de base (32%) y SC poscardiotomía (28%). El 79% de los pacientes requirió ventilación mecánica, en más de la mitad (54%) se empleó balón de contrapulsación (BCIAo) en algún momento del tratamiento, y en 39 de los 57 pacientes (68%) se implantó algún DAV para dar soporte al paciente. Tan solo 4 pacientes no recibieron ni DAV ni BCIAo. Los DAV más empleados fueron el ECMO V-A periférico (30%), Levitronix (19%), Impella CP y ECMO V-A central (12% respectivamente). Veintiún pacientes (37%) se recuperaron del SC, 20 (35%) fallecieron y 16 (28%) se trasplantaron o se les implantó un DAV de larga duración. La supervivencia global de la serie fue del 56%. Las principales causas de muerte fueron: fallo multiorgánico (44%), infecciones (16%) e ictus (16%).

Conclusiones: Aunque la mortalidad del SC continúa siendo muy elevada, la organización jerarquizada de los hospitales y la actuación de un equipo multidisciplinar disponible 24/7 permite alcanzar tasas de supervivencia equiparables a las conseguidas en los centros con más experiencia a nivel mundial.