



Revista Española de Cardiología



6016-220. DISFUNCIÓN VENTRICULAR EN EL CONTEXTO DE LA SEPSIS

Cristina Martín Sierra, Irene Narváez Mayorga, Alfonso Canabal Berlanga, Marcelino Sánchez Casado, Marta Flores Hernán, Eva García Camacho, Andrés Alberto Sánchez Pérez y Sebastián Andrés Giacomani Hernández del Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción y objetivos: La sepsis se define como una infección que desencadena una reacción inflamatoria sistémica. La sepsis grave suma disfunción de múltiples órganos, habiéndose descrito en este contexto miocardiopatía séptica (MS). El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de la miocardiopatía séptica, describir las características que se asocian y estudiar su evolución.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, en el que se incluyen los pacientes que ingresen en UCI con criterios de sepsis grave/*shock* séptico. Se excluyeron pacientes que presentaban enfermedad cardíaca previa. Se analizaron variables clínicas, escalas de gravedad y bioquímicas (procalcitonina, NT-proBNP, troponina). Se realizó un ecocardiograma transtorácico en la fase aguda de la enfermedad y al alta. Se definió MS como disfunción atribuible a sepsis (4 cámaras): FEVI $\geq$ 50%. Significación p 0,005.

Resultados: 57 pacientes fueron incluidos, de los cuales 13 (22,8%) presentaban MS. Si comparamos los pacientes con MS y los que no la presentaban, observamos que no existían diferencias en los antecedentes personales, edad ($54,512,9$ frente a $64,416,6$), sexo (varones: 61,5 frente a 56,8%), lugar de infección o germen involucrado (gram negativos: 87,5 frente a 72,4%); mayor puntuación en escala SOFA de gravedad ($9,91 \pm 3,8$ frente a $7,47 \pm 3,4$; $p = 0,037$), y procalcitonina ($47,1 \pm 35,4$ frente a $18,9 \pm 24,5$; $p = 0,002$) sin diferencias en la troponina ($3,35,5$ frente a $1,34,9$). No hubo diferencias en la estancia ni la muerte (30,8 frente a 11,4%) hospitalario. En el ecocardiograma agudo existían diferencias (p 0,001) en FEVI Simpson 4 cámaras ($34,110,6$ frente a $60,76,9$), FEVI visual ($36,512,1$ frente a $61,57,3$), ITV TSVI ($123,7$ frente a $23,95,2$) y disfunción VD por TAPSE ($16,33,1$ frente a $21,83,8$); no existían diferencias significativas en DTDVI ($47,16,6$ frente a $44,96,4$). Al alta existe recuperación completa de la disfunción sistólica en pacientes con MS ($33,19,6$ frente a $56,16,3$; $p = 0,004$), con recuperación y normalización de todos los valores ecocardiográficos al alta hospitalario.

Variables ecocardiográficas			
Variables ETT	FEVI $\geq$ 50%	FEVI $<$ 50%	Valor p
DTDVI	$44,9 \pm 6,4$	$47,1 \pm 6,6$	0,280
FEVI Simpson 4C	$60,7 \pm 6,94$	$34,1 \pm 10,6$	0,001

FEVI visual	61,5 ± 7,3	36,5 ± 12,14	0,001
ITV TSVI	23,9 ± 5,21	13 ± 3,74	0,001
TAPSE	21,8 ± 3,82	16,3 ± 3,14	0,001

Conclusiones: La MS aparece en 1 de cada 4 pacientes con sepsis grave/*shock* séptico, y parece asociarse con mayor puntuación en las escalas de gravedad y mayores niveles de procalcitonina, formando parte de la disfunción orgánica. Como rasgo importante, la MS, independientemente de su gravedad, se normaliza tras la recuperación del evento agudo en la totalidad de los casos.