



## 6023-5. PAPEL PRONÓSTICO DEL *SCORE* DE VASOACTIVOS E INOTRÓPICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON *SHOCK* CARDIOGÉNICO

Paloma Remior Pérez, Francisco José Hernández Pérez, Mercedes Rivas Lasarte, Cristina Mitroi, Manuel Gómez Bueno, Sara Lozano Jiménez y Javier Segovia Cubero

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El *score* de vasoactivos e inotrópicos (VIS) se ha postulado como un predictor de riesgo en pacientes adultos o pediátricos sometidos a cirugía cardíaca. Sin embargo, existe menor evidencia sobre su capacidad predictiva de mortalidad intrahospitalaria en pacientes en *shock* cardiogénico (SC). Nuestro objetivo fue valorar su utilidad como predictor pronóstico en pacientes con SC de cualquier etiología.

**Métodos:** Se analizó una cohorte retrospectiva de pacientes ingresados por SC en un centro de referencia. Se calculó el VIS a las 24 horas y a las 48 horas de acuerdo con la siguiente fórmula: dosis de dopamina (?g/kg/min) + dobutamina (?g/kg/min) + 100 × adrenalina (?g/kg/min) + 10 × milrinona (?g/kg/min) + 10.000 × vasopresina (U/kg/min) + 100 × noradrenalina (?g/kg/min). Se estudió la capacidad predictiva del *score* en la mortalidad intrahospitalaria mediante el análisis de la curva ROC.

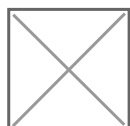
**Resultados:** Se incluyeron 163 pacientes desde septiembre de 2014 hasta diciembre de 2020. Las características principales de los pacientes se resumen en la tabla. El área bajo la curva ROC (AUC) del VIS a las 24 horas fue de 0,67 (IC95% 0,57-0,74), sin diferencias significativas con la del VIS a las 48 horas (AUC 0,67, IC96% 0,57-0,75), ni a la del lactato durante las primeras 24h (0,67, IC95% 0,58-0,76; p = 0,98) (fig. A). El análisis de la curva ROC determinó un VIS a las 24h de 35 como el mejor punto de corte siendo la mortalidad intrahospitalaria del 64% en los pacientes por encima de dicho valor frente al 31% en lo que estuvieron por debajo (p 0,0001) (fig. B).

### Características basales

|                         | Total (n = 163) | VIS 35 (n = 86) | VIS > 35 (n = 77) p |       |
|-------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|-------|
| Edad media (años, ± DE) | 52,3 (± 15,1)   | 51,5 (± 14,4)   | 53,2 (± 16)         | 0,475 |
| Sexo (varón, %)         | 124 (76,1)      | 68 (79,1)       | 56 (72,7)           | 0,343 |

|                                |                  |                  |                  |       |
|--------------------------------|------------------|------------------|------------------|-------|
| Etiología SC isquémica (%)     | 43 (26,6)        | 22 (25,6)        | 21 (28,0)        | 0,729 |
| Lactato 24h (mmol/l, $\pm$ DE) | 3,3 ( $\pm$ 4,8) | 2,2 ( $\pm$ 2,1) | 4,7 ( $\pm$ 6,5) | 0,002 |
| Necesidad de SCM (%)           | 135 (82,8)       | 66 (76,7)        | 69 (89,6)        | 0,030 |

DE: desviación estándar. SC: *shock* cardiogénico. SCM: soporte cardiaco mecánico. VIS: *vasoactive inotropic score*.



35. Área bajo la curva ROC del VIS a las 24h, 48 h, y del lactato. B. Gráfico de Kaplan-Meier según VIS 35.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte el VIS a las 24 horas tuvo una capacidad de predicción moderada de mortalidad intrahospitalaria, aunque los pacientes con un valor superior a 35 duplicaron la mortalidad con respecto a los que presentaron un valor inferior. La validación de puntos de corte en estudios de mayor tamaño podría ayudar a estratificar el riesgo de los pacientes y ayudar en la selección de pacientes con necesidad de soporte mecánico.