



4012-5. MORTALIDAD DEL *SHOCK* CARDIOGÉNICO EN FUNCIÓN DE LA ETIOLOGÍA. UTILIDAD PRONÓSTICA DE LOS SCORES CARDSHOCK VS IABP, EL REGISTRO SHOCK CAT

Cosme García García¹, Rut Andrea Riba², Esther Sanz Girgas³, José Carlos Sánchez Salado⁴, Jaime Aboal Viñas⁵, Pablo Pastor Pueyo⁶, Irene Buera Surribas⁷, Alessandro Sionis Green⁸, Teresa López Sobrino², María Pérez Rodríguez³, Albert Ariza Solé⁴, Carlos Tomás Querol⁶, Jordi Bañeras Rius⁷, Germán Cediel Calderón¹ y Ferrán Rueda Sobella¹

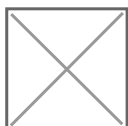
¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona. ²Hospital Clínic, Barcelona. ³Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. ⁴Hospital Bellvitge, Barcelona. ⁵Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona. ⁶Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ⁷Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ⁸Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Se han propuesto varios scores para predecir la mortalidad del *shock* cardiogénico (SC), aunque la etiología puede influir en esta estratificación. El objetivo es analizar la mortalidad intrahospitalario y a 6 meses del SC en función de la etiología, comparando la utilidad de los scores CardShock e IABP.

Métodos: El Shock CAT es un registro multicéntrico, prospectivo y observacional de pacientes con SC que ingresan en 8 hospitales de Cataluña entre diciembre-2018 y diciembre-2019. Se analiza el manejo intrahospitalario, incluyendo necesidad de dispositivos de asistencia y la mortalidad intrahospitalaria y a 6 meses, en función de si la etiología del SC es un síndrome coronario agudo (SCA) o no. Se analiza la utilidad de los scores CardShock e IABP para predecir mortalidad a 90 días entre ambos grupos.

Resultados: Se incluyen 382 pacientes, edad media 65,3 (DE 13,9) años, varones 75,1%. Se clasifican en SCA (n = 232, 60,7%) y no-SCA (n = 150, 39,3%). En el grupo SCA, el 77,6% eran infartos con elevación del ST, el 9% presentan una complicación mecánica y el 19,4% fibrilación ventricular. En el grupo de no-SCA, las principales etiologías fueron insuficiencia cardiaca (36,2%), arritmias malignas (22,1%), valvulopatía (8,0%) y miocarditis (7,4%). En el grupo SCA se implantaron más dispositivos de asistencia (43,1 vs 16,7%, p 0,001), principalmente balón de contrapulsación (35,6 vs 9,8%, p 0,001) y ECMO (10,7 vs 3%, p = 0,01). Ambos scores de riesgo fueron más altos en el grupo SCA: Cardshock (4,5 vs 4,0, p = 0,006); IABP (2,4 vs 1,9, p = 0,005). La letalidad intrahospitalaria fue mayor en los SCA (37,1 vs 26,7%, p = 0,035) aunque esta diferencia en mortalidad perdió la significación a 90 días (40,9 vs 31,8%, p = 0,074) y 6 meses (45,2 vs 35,8%, p = 0,176). Las curvas ROC mostraron que el IABP score tenía mayor capacidad pronóstica para mortalidad a 90 días que el CardShock en el grupo SCA (AUC 0,74 vs 0,66, p = 0,047), aunque ambos scores fueron similares en los no-SCA. (AUC 0,64 vs 0,62, p = 0,693) (fig.).



Predicción de mortalidad a 90 días según los scores IABP y CardShock en función de la etiología del shock cardiogénico. ACS = Síndrome coronario agudo.

Conclusiones: El SC tiene mayor mortalidad intrahospitalaria en los pacientes con SCA que en los de otra etiología, aunque esta diferencia en mortalidad se reduce a 90 días y 6 meses. El IABP score predice mejor la mortalidad a 90 días que el Cardshock en los SC por SCA, mientras que en los SC no-SCA ambos scores son similares.