



Cardiocre



128/68. - Epidemiología y características clínicas de los pacientes diagnosticados de shock cardiogénico secundario a síndrome coronario agudo

N. Bolívar Herrera, J. Moreno López, F. Valencia Serrano, J. Ramos Cuadra, G. Merchán Ortega, S. Muñoz Troyano, R. Fajardo Molina, R. Lázaro García, A. Ruiz Valverde y M. Gómez Recio

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudiar las características de pacientes con shock cardiogénico (SC) en el contexto de síndrome coronario agudo, aspectos epidemiológicos, terapéuticos y complicaciones.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de SC secundario a síndrome coronario agudo en periodo comprendido desde enero 2005 a febrero 2013, registrados en la base Ariam.

Resultados: Se incluyen 141 pacientes con SC, 70% varones, edad media 68 ± 11 años. Entre los factores de riesgo: 46% diabéticos, 56% hipertensos, 41% dislipémicos, 30% fumadores, 20% obesos, 32% con antecedentes de cardiopatía isquémica, 8% con valvulopatía previa. 61% (86p) SCACEST, localización mayoritariamente inferior y anterior extenso. Referente al tratamiento, el 30% recibió fibrinolítico y el 38% ICP primaria, predomina afectación de un vaso (35%). Respecto a medidas invasivas: 64% intubación orotraqueal, 43% RCP, 9% catéter de arteria pulmonar, 6% balón de contrapulsación aórtico y 10% marcapasos provisional. La dopamina se empleó en 86% y tanto noradrenalina como dobutamina en 46%. La causa más frecuente de shock fue fallo de VI (79%), seguido de IMi grave (7%) y fallo de VD (6%). La mortalidad intraUCI 59% (83p). En cuanto a arritmias: 25% FV, 23% FA/flutter, 16% TV. Finalmente, 12,7% de complicaciones mecánicas (18p), 10 Imi severa (2 sobrevivieron), 2 casos rotura de tabique interventricular y 6 taponamiento cardíaco, falleciendo todos.

Conclusiones: El desarrollo de SC es una complicación frecuente en la cardiopatía isquémica y asocia una elevada mortalidad. Su causa más frecuente la disfunción VI. Detectamos un margen de mejora mediante el incremento de pacientes que reciben perfusión primaria.