



Cardiocre



257/187 - EL ÍNDICE DE SHOCK PREDICE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON IAMCEST

M. Butrón Calderón¹, M. Almendro Delia², J.E. Luján Valencia³, M.J. Cristo Ropero⁴, P. Villar Calle⁵, N. García González⁶, T. Seoane García⁷, J.C. García Rubira² y R.J. Hidalgo Urbano⁸

¹Médico Residente de 5º año de Cardiología; ²Adjunto de Cardiología; ³Médico Residente de 4º año de Cardiología; ⁴Médico Residente 3º año de Cardiología; ⁵Médico Residente de 2º año de Cardiología; ⁶Médico Residente de Cardiología; ⁷FEA Cardiología; ⁸Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: El índice de shock (IS = FC/PAS) ha sido utilizado en la valoración pronóstica de pacientes con distintos tipos de shock. Hay estudios que sugieren su utilidad en la valoración pronóstica de pacientes con IAMCEST.

Material y métodos: Estudio observacional, de cohortes y prospectivo de pacientes ingresados en nuestro centro con diagnóstico de IAMCEST tratados con ICP primaria desde abril/2015 hasta noviembre/2016. Analizamos la relación entre el índice de shock (IS) al ingreso y la mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Incluimos 296 pacientes (edad: $61,64 \pm 12,57$ años, 20,9% mujeres). La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue del 3,7%. El índice de shock fue significativamente mayor en los pacientes con exitus intrahospitalario (0,80 vs 0,59, $p = 0,003$). El punto de corte óptimo para predecir mortalidad intrahospitalaria fue 0,8 (AUC = 0,72, IC95% [0,53-0,93], $p = 0,017$). El 13,5% de los pacientes tenía un IS $\geq 0,8$ y estos pacientes tenían un mayor Killip inicial ($p < 0,001$), más FEVI deprimida ($p = 0,001$) y mayores puntuaciones TIMI, GRACE y CRUSADE ($p < 0,001$) sin diferencias en edad, sexo, FRCV, comorbilidades o tiempo de reperfusión. Un IS $\geq 0,8$ se asoció de forma significativa a una mayor mortalidad intrahospitalaria ajustado por sexo y edad (16,7% vs 1,9%, Odds ratio: 6,44, IC95% [1,63-25,33], $p < 0,001$). El modelo predictivo fue validado de forma interna mediante remuestreo (bootstrapping) de 200 replicaciones (estadístico-C corregido por sesgo = 0,83, IC95% [0,69-0,96]; Hosmer-Lemeshow $\chi^2 = 3,8$; $p = 0,872$).

Conclusiones: En pacientes con IAMCEST, un IS $\geq 0,8$ al ingreso se asoció a una mayor mortalidad intrahospitalaria. Aunque es necesaria una validación externa, su uso podría mejorar la estratificación pronóstica de estos pacientes.