

Registro RENA – Shock. Registro Argentino de Shock Cardiogénico:

40° Congreso Argentino de Cardiología – 2014

0147 - REGISTRO ARGENTINO DE SHOCK CARDIOGÉNICO EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS (RENA-SHOCK) . RESULTADOS PARCIALES. ÁREA DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA Y CONSEJO DE EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Síndromes coronarios agudos

Unidad Temática 2: Cardiología clínica

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz (1) | GARCIA AURELIO, Mauro(1) | MAURO, Víctor(1) | ZYLBERSZTEIN, Horacio(1) | MACIN, Stella(1) | VILLARREAL, Ricardo(2) | PIOMBO, Alfredo(1)

AREA DE INVESTIGACION SAC (1); CONSEJO DE EMERGENCIAS SAC (2)

Introducción: El Shock Cardiogénico (Shock) es una complicación grave del infarto de miocardio (IAM) y constituye una de las principales causas de muerte. Dada su baja prevalencia, la única forma de conocer sus características clínicas es mediante la realización de registros multicéntricos. .

Objetivos: conocer las características clínicas, de manejo y evolución intrahospitalaria del Shock en Argentina.

Materiales y Métodos: El ReNa-Shock es un registro prospectivo y consecutivo de (Shock) en pacientes (p) con Síndromes Coronarios Agudos (SCA) ingresados en el periodo julio 2013 / abril 2014 y en el cual se hallan participando 65 centros de nuestro país.

Resultados: Se incluyeron 77 p. Edad (mediana): 65a (58-74), hombres 70%. Antecedentes: Hipertensión arterial 80%, Diabetes 30%, Hipercolesterolemia 44%, tabaquistas 41%, infarto previo 21%, FA crónica 5%, ACV 8%, Insuficiencia renal crónica 14%. SCA con elevación del SST: 58p,(75%), SCA sin elevación del ST: 16p, (21%) y BCRI: 3p, (4%). SCA asociados a complicación mecánica (11%, 2p Comunicación interventricular, 2p rotura cardíaca externa y 4p insuficiencia mitral) y a compromiso de VD (9%). Se revascularizaron al ingreso 61/77p (80%). Los 16p que no lo hicieron fue por consulta tardía (10p), falta de disponibilidad (1p), paro cardiorespiratorio (1p) u otros motivos (4p). En SCA con elevación ST el tiempo (mediana) de evolución al ingreso: 300 minutos (132-797], localización cara Anterior (70%), ATC primaria en 41 p (70%) tiempo puerta balón 98 min (60-147), 9p (16%) recibieron trombolíticos y 8p (14%) no fueron reperfundidos. De los ingresados con SCA sin elevación ST, la mitad recibió angioplastia. Se realizó cirugía de revascularización en 4p (5%). Presentaron Shock desde el ingreso 48/77p (63%), en tanto que los restantes ingresaron en KK A: 21%, B: 11% y C: 5% y evolucionaron al shock con una mediana de 8 hs [2,3 – 24]. Requirieron inotrópicos un 93,5% y ARM 72%. Se utilizó catéter de Swan Ganz en el 43% y Balón de Contrapulsación Intraaórtico en el 30% de los p. Evolución intrahospitalaria: APIAM 6,5%, reinfarto 2,5%, arritmias 60,5% (35% fibrilación auricular), marcapasos transitorio 18%, cardioversión eléctrica: 31%, fiebre 39%, diálisis 6%. Ningún paciente recibió soporte ventricular ni trasplante cardíaco. La mortalidad hospitalaria fue de 56% (la mayoría (97%) dentro de las primeras 48hs) y su causa más frecuente fue falla ventricular (68%), seguido de arritmias (21%), complicaciones mecánicas (14%), Infecciones (14%) y neurológicas (4,6%). El ritmo en el ECG al momento de la muerte más frecuentemente registrado fue asistolia (54%), seguido de Actividad eléctrica sin pulso (23%) y FV/TV (16%).

Conclusiones: El shock cardiogénico como complicación de los síndromes coronarios agudos continúa siendo un cuadro con elevada mortalidad, especialmente durante las primeras 48 hs. El empleo de métodos de reperfusión en los SCA con elevación del ST fue elevada (8/10p) con un tiempo puerta-balón adecuado. Creemos que reducir los tiempos de evolución al ingreso (en nuestra opinión prolongados) contribuirá a reducir la mortalidad al mejorar la eficacia de los procedimientos utilizados.