

ARGEN IAM ST

UTILIDAD DEL ÍNDICE DE SHOCK EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. DATOS DEL REGISTRO ARGEN-IAM ST.

FRONTERA, Esteban | CASTILLO COSTA, Yanina | D`IMPERIO, Heraldó | SANTA MARIA, Martín | REYNOSO, Carolina | CONTI, Octavio | POMÉS IPARRAGUIRRE, Horacio | GAGLIARDI, Juan

Registro ARGEN IAM ST- Area de Investigación SAC- Federación Argentina de Cardiología

Introducción: El Índice de Shock (IShock) es una herramienta útil, disponible fácilmente al ingreso de los pacientes, que brinda información pronóstica para mortalidad en algunas patologías graves (shock séptico, hipovolémico, embolia de pulmón, trauma). Hay muy pocos datos acerca de su utilidad pronóstica en el contexto del infarto con elevación del ST.

Objetivos: Evaluar la utilidad del IShock $\geq 0,7$ como predictor de mortalidad y shock cardiogénico intrahospitalario en el infarto agudo de miocardio.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, analítico y prospectivo de pacientes con infarto incluidos del Registro ARGEN-IAM ST. Utilizando los datos de frecuencia cardíaca (FC) y tensión arterial sistólica al ingreso (TAS) se realizó la fórmula IShock descrita en otros trabajos (IShock: FC/TAS) y se dividió a la población en dos grupos de acuerdo a si el IShock era $< 0,7$ (G1) o $\geq 0,7$ (G2), basándonos en reportes previos. Se analizaron las características basales y se evaluó el valor pronóstico para muerte más desarrollo de shock cardiogénico intrahospitalario de acuerdo al valor del IShock. Se excluyeron los pacientes con Killip Kimball D de ingreso y los que no tuvieran los datos para el cálculo.

Resultados: Del total de la población (n=3331) se excluyeron 248 pacientes que ingresaron con shock cardiogénico y 111 pacientes por no tener los datos completos para el cálculo. Se analizaron 2972 casos, según los grupos: G1: 76% (n=2259) y G2: 24%. (n=713) La edad promedio fue mayor en G1, (G1 61 ± 12 vs G2 60 ± 12 años; $p=0,008$) al igual que hipertensión arterial. (G1 59% vs G2 52%; $p=0,0002$) Hubo más prevalencia de Killip y Kimball A en el G1: 88% con respecto al G2: 70% ($p<0,0001$) y menos infarto anterior por electrocardiograma (G1 45% vs G2 57%; $p<0,0001$). No hubo diferencias en la estrategia de reperfusión y los del G2 tuvieron más prevalencia de enfermedad de más de un vaso (G1 35% vs G2 39%; $p=0,02$). El G2 evolucionó con más shock cardiogénico (G1 1,6% vs G2 6,9%; $p<0,0001$) y mayor mortalidad. (G1 3% vs G2 8,3%; $p<0,0001$). El análisis multivariado mostro que el IShock (OR: 2,3; IC95% 1,6-3,3; $p<0,0001$), además de Killip y Kimball no A, edad, sexo femenino y diabetes fueron predictores independientes de mortalidad y shock cardiogénico en la evolución.

Conclusión: En nuestro trabajo el IShock calculado al ingreso identificó a los pacientes de mayor riesgo y fue un predictor independiente de mortalidad y shock cardiogénico durante la internación.