

TL 48° CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGÍA

ARGEN – IAM - ST

130 - ARGEN IAM ST: SHOCK CARDIOGÉNICO PRECOZ VS. TARDÍO. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiología Crítica

Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(1) | **Flavio Andres DELFINO** (1) | Victor MAURO(1) | Heraldo D'IMPERIO(1) | Mauro Andres QUIROGA(2) | Mariela ONOCKO(2) | Valentina BELLUZZO(3) | Victor Hugo ZERNA REQUE(3)

Áreas SAC: Área de Investigación (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2); GRUPO ARGEN IAM ST (3)

Introducción: El shock cardiogénico (SC) es la causa más frecuente de muerte en el infarto y puede presentarse desde el ingreso (precoz) o desarrollarse en la evolución (tardío), Históricamente existían diferencias clínicas entre ambas formas de presentación del SC por lo cual es relevante compararlos en la actualidad.

Objetivos: 1) Evaluar la prevalencia de cada tipo de SC. 2) describir las características de los pacientes que los presentan y su evolución intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Se analizaron los pacientes con infarto con elevación del segmento ST (IAMCEST) ingresados en el Registro ARGENIAM-ST entre el 2015 y 2022. Se seleccionaron los pacientes que presentaron shock, ya sea desde el ingreso o en la evolución. Se analizaron las características clínicas, tratamientos y evolución intrahospitalaria de los pacientes de acuerdo al tipo de shock presentado: precoz o tardío. Se definió SC precoz al que ingresó en Killip y Kimbal (KK) D y SC tardío al que desarrolló SC (x definición clásica) luego de las primeras 24 hs de evolución ingreso habiendo ingresado en KK A, B o C.

Resultados: Se incluyeron 6122 pacientes, de los cuales 10,75% (658p) presentaron shock cardiogénico. Un 65% presentó shock precoz y un 35% shock tardío. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con shock precoz vs tardío en edad (65 años, RIC 25-75%: 58-74), género masculino 59%, tabaquismo 31%, HTA (75 vs 68,5%), Diabetes (37,7 vs 40%), localización anterior del infarto (51 vs 56%), tiempo de evolución al ingreso (180 vs 184 min), porcentaje de reperfusión (87,5 vs 89,3), de angioplastia directa (86%) y frustra (16,5 vs 14,1%). Los pacientes con SC precoz tuvieron más antecedente de infarto (16,7 vs 11,2%, p 0,04), más paro cardíaco al ingreso (50,6 vs 34,3%, p<0,001) y más cardioversiones eléctricas (38,2 vs 27,3%, p 0,005). Los pacientes con SC tardío, por el contrario, tuvieron más prevalencia de complicaciones mecánicas (11,1 vs 4,5%, p 0,001) e isquémicas (15 vs 3,3%, p <0,001) y mayor mortalidad (63,1 vs 55,3%, p 0,03).

Conclusiones: El SC precoz es más frecuente en nuestro medio y se correlaciona con más infarto previo y paro cardíaco como forma de presentación. El SC precoz tiene menor mortalidad que el SC tardío, en el cual predominan las complicaciones mecánicas e isquémicas recurrentes. Ambos tipos de shock cardiogénico tienen una mortalidad mayor al 55%.