

IMPACTO DEL BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAORÍTICO EN EL PRONÓSTICO CLÍNICO A CORTO PLAZO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST COMPLICADO CON SHOCK CARDIOGÉNICO: EXPERIENCIA DE «VIDA REAL»

R. de la Espriella-Juan, A. Valls-Serral, B. Trejo-Velasco, A. Berenguer-Jofresa, Ó. Fabregat-Andrés, D. Perdomo-Londoño, C. Albiach-Montañana, J.V. Vilar-Herrero, D. Sanmiguel-Cervera, E. Rumiz-Gonzalez, S. Morell-Cabedo
Med Intensiva 2017;41:86-93 - Vol. 41 Núm.2

Objetivo

Analizar el uso e impacto del balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA) en la mortalidad a 30 días y en los desenlaces clínicos a corto plazo de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST complicado con shock cardiogénico.

Diseño

Estudio de casos y controles unicéntrico y retrospectivo.

Ámbito

Unidad Coronaria.

Pacientes

Los datos fueron obtenidos de 825 pacientes consecutivos admitidos en una unidad coronaria con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST desde enero de 2009 hasta agosto de 2015. Un total de 73 pacientes en situación de shock cardiogénico al ingreso derivados a una revascularización coronaria percutánea urgente fueron incluidos para el análisis y estratificados en función de la utilización del BCIA (44 pacientes recibieron BCIA).

Variables

Antecedentes cardiológicos, situación hemodinámica al ingreso, características angiográficas y periprocedimiento, y variables derivadas de la estancia en la

Unidad Coronaria

Resultados

La mortalidad a 30 días fue similar entre los tratados con BCIA y aquellos con tratamiento convencional (29,5 y 27,6%, respectivamente; HR con BCIA 1,10, IC 95% 0,38-3,11; $p=0,85$). Así mismo, no encontramos diferencias significativas con respecto a los desenlaces clínicos a corto plazo: días en ventilación mecánica, tiempo hasta la estabilidad hemodinámica, requerimiento de fármacos vasoactivos y días de estancia en la Unidad Coronaria. En el análisis multivariante, las únicas variables asociadas de forma independiente con una mayor mortalidad a 30 días fueron peor función renal al ingreso (HR 3,9, IC 95% 1,4-10,6; $p=0,008$), antecedentes de enfermedad arterial periférica (HR 3,3, IC 95% 1,2-9,1; $p=0,019$) y diabetes mellitus (HR 3,2, IC 95% 1,2-8,1; $p=0,018$).

Conclusión

En nuestra experiencia de la «vida real», la utilización del BCIA no modifica la mortalidad a 30 días ni los desenlaces clínicos a corto plazo en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST complicado con shock cardiogénico que son derivados a una estrategia de revascularización coronaria percutánea urgente.