

Eficacia de la revascularización temprana en el tratamiento del shock cardiogénico tras infarto agudo de miocardio

En los pacientes con shock cardiogénico tras infarto de miocardio la revascularización temprana (menos de 48 h) reduce un 13% la mortalidad en el primer año.

Artículo: Hochman JS, Sleeper LA, White HD, Dzavik V, Wong SC, Menon V, et al. One-year survival following early revascularization for cardiogenic shock. JAMA 2001;285:190-2

Antecedentes: la mortalidad hospitalaria en los pacientes con infarto agudo de miocardio y shock cardiogénico tratados médicamente varía entre el 50 y el 70%. La mortalidad al año varía entre el 60 y el 85%. El estudio SHOCK demostró una disminución no significativa de la mortalidad a los 30 días en los pacientes con infarto agudo de miocardio y shock cardiogénico tratados mediante revascularización temprana frente a los pacientes en los que se realizó estabilización con tratamiento médico (47 frente al 56%). La mortalidad a los 6 meses fue del 50 frente al 63% ($p = 0,03$).

Objetivo: estimar el efecto de la revascularización temprana sobre la mortalidad al año de los pacientes con infarto agudo de miocardio complicado con shock cardiogénico.

Diseño: ensayo clínico con asignación aleatoria.

Lugar: 36 centros de referencia, con disponibilidad de cirugía cardíaca y angioplastia, localizados en los EE.UU., Canadá, Bélgica, Suiza, Australia y Nueva Zelanda.

Pacientes (tabla 1 y fig. 1)

Criterios de inclusión: pacientes con elevación del segmento ST o infarto con onda Q o bloqueo de rama izquierda de nueva aparición o infarto posterior con descenso del segmento

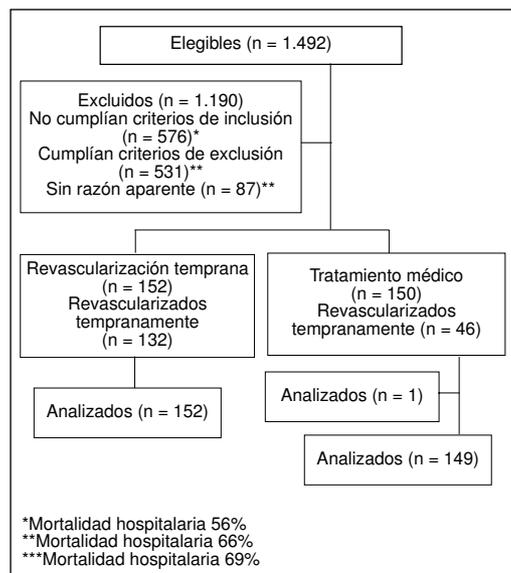
Tabla 1. Características generales

	Grupo revascularización temprana (n = 152)	Grupo tratamiento médico (n = 150)
Edad, años (media)	65,5	66,2
Sexo (varones) (%)	63,2	72,7
Antecedentes (%)		
Infarto de miocardio	30	35
Diabetes mellitus	34	28
Bypass aortocoronario	2	10
Angioplastia	7	7
Índice cardíaco (lat/min/m ²) (media)	1,8	1,7
PCP (mmHg) (media)	24,2	24,3
FEVI (%), media	29,1	32,5
Tiempo desde IM hasta aleatorización (h) (mediana)	11	12
< 6 h desde IM hasta aleatorización (%)	25	23
RCP, TV o FV antes de la aleatorización (%)	33	24
Trombólisis (%)	49	63
Balón de contrapulsación intra-aórtico (%)	86	86
Angiografía coronaria (%)	97	67
Antagonistas de los receptores plaquetarios de la glicoproteína IIb/IIIa (%)	53	25
Angioplastia o bypass aortocoronario (%)	87	25
Tiempo desde la asignación aleatoria a la revascularización (horas) (mediana)	1,4	102,8

PCP: presión de enclavamiento pulmonar; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IM: infarto de miocardio; RCP: resucitación cardiopulmonar; TV: taquicardia ventricular; FV: fibrilación ventricular.

ST en cara anterior y shock cardiogénico debido a fallo ventricular izquierdo en las primeras 36 h de evolución, que fueron

Figura 1



aleatorizados en las primeras 12 horas tras el diagnóstico de shock cardiogénico definido por: 1) presión arterial sistólica < 90 mmHg \geq 30 min o necesidad de medidas de soporte para mantener la presión arterial sistólica \geq 90 mmHg e hipoperfusión tisular (frialdad cutánea o diuresis < 30 ml/h más frecuencia cardíaca \geq 60 lat/min), y 2) índice cardíaco 2,2 l/min/m² y presión de enclavamiento pulmonar \geq 15 mmHg.

Criterios de exclusión: 1) enfermedad sistémica grave; 2) shock de causa mecánica o de otra causa diferente de disfunción ventricular izquierda; 3) enfermedad valvular grave; 4) miocardiopatía dilatada, y 5) imposibilidad técnica para la cateterización.

Intervenciones que se comparan:

Grupo revascularización temprana: angioplastia coronaria transluminal percutánea o *bypass* coronario tan pronto como fuera posible en las primeras 6 h tras la asignación aleatoria.

Grupo tratamiento médico: estabilización médica inicial mediante trombólisis y/o balón aórtico de contrapulsación. En este grupo era posible realizar revascularización con angioplastia o *bypass* aortocoronario pasadas 54 h después de la asignación aleatoria.

Asignación aleatoria: sí. Oculta.

Enmascaramiento: no.

Desenlaces principales: mortalidad por cualquier causa al año.

Análisis por intención de tratar: sí.

Resultados principales (tabla 2):

La incidencia de insuficiencia cardíaca grado II-III NYHA fue del 85% entre los supervivientes.

Información sobre costes: no constan.

Financiación del estudio: becas RO1-HL50020 y RO1-HL49970 del National Heart, Lung, and Blood Institute.

Tabla 2. Mortalidad a un año

Grupo de revascularización precoz	81/152 (53,3%)
Grupo de tratamiento médico	99/149 (66,4%)
RR (IC del 95%)	0,80 (0,66 a 0,97)
RRR (IC del 95%)	19,8% (3,3% a 36,3%)
RAR (IC del 95%)	13,2% (2,2% a 24,1%)
NNT (IC del 95%)	8 (4 a 46)

Conclusiones de los autores: la revascularización precoz mejora la supervivencia al año de los pacientes con infarto agudo de miocardio complicado con shock cardiogénico. Los autores recomiendan el traslado urgente de los pacientes con infarto de miocardio y shock cardiogénico a un hospital con capacidad para realizar coronariografía urgente y revascularización.

Conclusiones de los revisores: la aplicabilidad de los resultados a la población de pacientes con infarto agudo de miocardio complicado con shock cardiogénico resulta limitada por el hecho de que el 80% de los pacientes elegibles finalmente no fue aleatorizado por no cumplir los criterios de inclusión o por presentar algún criterio de exclusión. Además un 20% de los enfermos que cumplían los criterios para ser incluidos en el estudio no lo fueron por causas no justificadas.

No obstante, la revascularización temprana aparece como un tratamiento eficaz para el tratamiento de los enfermos que cumplan los criterios de inclusión y de exclusión del estudio.