



ARTIGO ORIGINAL

## Choque cardiogénico no enfarte agudo do miocárdio: o que mudou nos últimos 10 anos?

Hélder Dores<sup>a,\*</sup>, Jorge Ferreira<sup>a</sup>, Francisco Costa<sup>a</sup>, Carlos Aguiar<sup>a</sup>,  
Gonçalo Cardoso<sup>a</sup>, Rui Teles<sup>a</sup>, Pedro de Araújo Gonçalves<sup>a</sup>, Luís Raposo<sup>a</sup>,  
Marisa Trabulo<sup>a</sup>, Manuel de Sousa Almeida<sup>a</sup>, José Pedro Neves<sup>b</sup>, Miguel Mendes<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Carnaxide, Portugal

<sup>b</sup> Serviço de Cirurgia Cardiorádica, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Carnaxide, Portugal

Recebido a 24 de julho de 2012; aceite a 7 de dezembro de 2012

Disponível na Internet a 5 de julho de 2013

### PALAVRAS-CHAVE

Choque cardiogénico;  
Falência ventricular  
esquerda;  
Enfarte agudo  
do miocárdio;  
Revascularização  
miocárdica

### Resumo

**Introdução:** Apesar dos avanços terapêuticos, a letalidade do choque cardiogénico (cc) associado ao enfarte agudo do miocárdio (EAM) permanece elevada.

**Objetivo:** Comparar 2 grupos de doentes com CC associado ao EAM, admitidos com um intervalo de 10 anos.

**Métodos:** Análise retrospectiva de 2 populações de doentes com CC associado ao EAM admitidos entre maio/1998-maio/2001 (Grupo A) e maio/2008-maio/2011 (Grupo B). Compararam-se as características clínicas, diagnóstico, tratamento e complicações e analisaram-se os preditores de morte aos 6 meses.

**Resultados:** A incidência de CC foi 3,7% no Grupo A (n=25) e 4,8% no Grupo B (n=42). Não existiram diferenças significativas nas características demográficas e clínicas, exceto na idade ( $60,2 \pm 12,3$  versus  $66,5 \pm 11,3$  anos;  $p=0,043$ ) e doentes admitidos com < 6 h de sintomas ( $29,2$  versus  $54,8\%$ ,  $p=0,045$ ). O cateterismo da artéria pulmonar diminuiu ( $52,0$  versus  $19,0\%$ ,  $p=0,005$ ) e as técnicas dialíticas aumentaram ( $4,0$  versus  $28,6\%$ ,  $p=0,014$ ). A proporção de doentes reperfundidos nas primeiras 12 h ou revascularizados foi semelhante, mas a intervenção coronária percutânea (ICP) aumentou ( $75,0$  versus  $92,9\%$ ,  $p=0,042$ ). As complicações intra-hospitalares, mortalidade aos 30 d ( $32,0$  versus  $35,7\%$ ;  $p=0,757$ ) e 6 meses ( $36,0$  versus  $42,9\%$ ;  $p=0,683$ ) não diferiram. A diabetes foi a única característica basal preditora independente de morte aos 6 meses (HR 3,02; IC 95% 1,38-6,60;  $p=0,006$ ) e os doentes revascularizados apresentaram menor mortalidade (HR 0,11; IC95% 0,03-0,42;  $p=0,001$ ).

**Conclusão:** Nos últimos 10 anos, apesar da chegada mais precoce dos doentes ao hospital, da maior utilização de algumas medidas de suporte e acesso à ICP, a mortalidade a curto e médio prazo não se alterou.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [heldores@hotmail.com](mailto:heldores@hotmail.com) (H. Dores).

**KEYWORDS**

Cardiogenic shock;  
Left ventricular pump failure;  
Acute myocardial infarction;  
Myocardial revascularization

## Acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock: What changed over a 10-year time span

**Abstract**

**Background:** Despite improvements in treatment, mortality associated with cardiogenic shock (CS) following acute myocardial infarction remains high.

**Aim:** To compare two groups of patients admitted with CS over a 10-year time span.

**Methods:** We performed a retrospective analysis of two patient populations presenting with CS admitted in the periods May 1998-May 2001 (group A) and May 2008-May 2011 (group B). Clinical characteristics, diagnostic methods, treatment and outcomes were compared, and independent predictors of death at six months were analyzed.

**Results:** The incidence of CS was 3.7% in group A (n=25) and 4.8% in group B (n=42). There were no significant differences in clinical characteristics except for age ( $60.2 \pm 12.3$  vs.  $66.5 \pm 11.3$  years;  $p=0.043$ ) and the proportion of patients admitted within six hours of symptom onset (29.2% vs. 54.8%,  $p=0.045$ ). There was a reduction in use of pulmonary artery catheterization (52.0% vs. 19.0%,  $p=0.005$ ) but an increase in dialysis (4.0% vs. 28.6%,  $p=0.014$ ). There was no difference in the proportion of patients reperfused within 12 hours or revascularized, but use of percutaneous coronary intervention (PCI) increased (75.0% vs. 92.9%,  $p=0.042$ ). There were no differences in outcomes, including mortality at 30 days (32.0 vs. 35.7%;  $p=0.757$ ) and six months (36.0 vs. 42.9%;  $p=0.683$ ). Diabetes was the sole baseline characteristic identified as an independent predictor of death at six months (hazard ratio [HR] 3.02; 95% confidence interval [CI] 1.38-6.60;  $p=0.006$ ) and mortality was lower among revascularized patients (HR 0.11; 95% CI 0.03-0.42;  $p=0.001$ ).

**Conclusions:** Over a 10-year time span, despite earlier hospital admission and increased use of support therapies and PCI, short- and medium-term mortality remained unchanged.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introdução**

O choque cardiogénico por falência ventricular esquerda (CC) permanece um dos principais desafios da Cardiologia, sendo a principal causa de morte intra-hospitalar no enfarte agudo do miocárdio (EAM)<sup>1,2</sup>. A incidência de CC associada ao EAM com supradesnivelamento do segmento ST é cerca de 5-8%, dos quais aproximadamente um terço é diagnosticado na admissão hospitalar<sup>1,2</sup>.

A falência ventricular esquerda, maioritariamente decorrente de EAM da parede anterior, precipita a ativação de vários mecanismos envolvidos na gênese e na perpetuação do CC. Entre estes, a cascata neuro-hormonal assume um papel central, levando à libertação de mediadores pró-inflamatórios, tais como as citocinas e o óxido nítrico. Estes mediadores estão envolvidos na resposta inflamatória sistémica que ocorre no CC, provocando um estado de hipoperfusão tecidual sistémica com falência multiorgânica<sup>3,4</sup>. A suspeita clínica precoce, baseada sobretudo na presença de sinais de instabilidade hemodinâmica, é crucial para uma melhor abordagem destes doentes.

A única intervenção que demonstrou ter impacto na redução da mortalidade em doentes com CC associado ao EAM foi a revascularização coronária emergente<sup>5</sup>. Esta intervenção não deve ser retardada, independentemente da realização prévia ou não de trombólise<sup>6</sup>. Assim, nos últimos anos o número de doentes submetidos a intervenção coronária percutânea no contexto de CC tem aumentado progressivamente<sup>2</sup>. Contrariamente aos doentes com EAM sem instabilidade hemodinâmica, nos quais apenas deverá ser intervencionada a «lesão culpada», nos doentes com

CC recomenda-se a revascularização completa de todas as lesões coronárias críticas (classe I, nível de evidência B das recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia para a revascularização miocárdica)<sup>7</sup>. Esta recomendação reflete o envolvimento frequente de 2 ou mais territórios coronários na gênese do CC por falência de bomba<sup>8</sup>.

A instituição de outras medidas adjuvantes à revascularização, diagnósticas e terapêuticas, são também fundamentais no manejo do CC. Entre estas, destacam-se a terapêutica com fármacos vasopressores e inotrópicos, a ventilação mecânica invasiva, as técnicas de substituição da função renal e de suporte mecânico, como a contração com balão intra-aórtico<sup>4</sup>. Quando justificável, algumas destas medidas poderão mesmo ser iniciadas e implementadas em contexto pré-hospitalar. A monitorização hemodinâmica invasiva, linha arterial e cateterismo da artéria pulmonar que permite medir pressões e débitos direito e esquerdo e a derivação de resistências vasculares pulmonar e sistémica são fundamentais para avaliar a eficácia destas medidas.

Apesar dos avanços na abordagem e no tratamento dos doentes com CC, a taxa de mortalidade não tem variado significativamente nos últimos anos, permanecendo muito elevada. Cerca de 50% dos doentes que desenvolvem CC após EAM têm morte intra-hospitalar<sup>2</sup>. Por outro lado, os que recuperam têm uma elevada sobrevida a longo prazo, facto que torna imperioso o desenvolvimento de medidas terapêuticas que permitam uma melhor estabilização destes doentes, sobretudo nas primeiras horas após o evento.

O objetivo deste trabalho foi analisar a evolução nas características clínicas, tratamento e mortalidade em doentes com EAM complicado por choque cardiogénico devido a

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1125738>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1125738>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)