



11. ¿ES SEGURA EL ALTA EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS ANGIOPLASTIA PRIMARIA?

Antonio Piris Sánchez¹, Luis Manuel García Linacero¹, Marcelo Sanmartín Fernández², Elena Hernández Sánchez¹, Paola Ramos Cano¹, Miguel Amores Luque¹, Héctor Manjón Rubio¹, Manuel Tapia Martínez¹, Manuel Jiménez Mena¹, Asunción Camino López¹ y José Luis Zamorano¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España y ²Servicio de Cardiología. Hospital Central de la Defensa, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La práctica generalizada de intervención coronaria percutánea (ICP) primaria y acceso radial supone una menor tasa de complicaciones en el infarto con elevación del ST y reducción de la estancia hospitalaria. Sin embargo, no está clara la seguridad del alta 24 o 48 horas en este contexto.

Métodos: Entre enero de 2015 y enero de 2023, un total de 971 pacientes recibieron el alta tras infarto con elevación del ST tratados mediante ICP primaria. Los criterios de alta precoz hasta 2017 eran edad 65 años, ausencia de complicaciones vasculares o cardíacas, función ventricular conservada y revascularización funcionalmente completa. Tras un análisis inicial, se incluyeron también pacientes de cualquier edad. Todos los pacientes contaron con seguimiento estrecho, que incluía programa precoz de rehabilitación cardíaca en los casos que estuvo indicado. El objetivo primario es un combinado de mortalidad cardiovascular, reinfarto e ictus (MACE), así como reingreso de causa cardiovascular en los 30 días posteriores al alta.

Resultados: Un total de 393 pacientes fueron dados de alta en 48 h (40% del total). Las características basales quedan recogidas en la tabla. El tiempo medio de ingreso fue de 1,74 días; 71 pacientes fueron dados de alta en las primeras 24 horas (18%). La revascularización fue completa en el momento del alta en 331 pacientes (87%). Ningún paciente falleció durante el seguimiento. Se observó una trombosis subaguda del *stent* a los 30 días del alta (MACE 0,3%). Hubo 5 pacientes (1,4%) que reingresaron o visitaron urgencias por causa cardiovascular (1 trombosis del *stent*, 1 paciente con angina vasoespástica, 2 por fibrilación auricular y 1 por dolor persistente y cateterismo sin nuevas lesiones). La arteria coronaria responsable de evento agudo fue la coronaria derecha en 47% de los casos, la descendente anterior en 35% y la circunfleja en 18%. Un paciente tenía una lesión crítica del tronco común izquierdo. En 45 pacientes (12%) se revascularizaron lesiones no culpables durante el ingreso: 31 pacientes en un mismo tiempo (69%) y en 14 en un segundo tiempo (31%).

Características basales de la muestra

N total = 393 pacientes

Sexo masculino	297 (75,57%)
Edad: media $\pm$ DE (años)	62,39 $\pm$ 12,59
Pacientes con alta en 24 horas	71 (18,06%)
Diabetes mellitus N (%):	71 (18,06%)
Dislipemia N (%)	211 (53,69%)
Hipertensión N (%)	192 (48,85%)
Revascularización completa:	331 (87,11%)
Arteria responsable:	
CD: (%)	46,81%
DA: (%)	35,11%
Cx: (%)	17,56%
Revasc. de lesiones no culpables: N (%)	45 (11,45%)
Único tiempo: N (% sobre previo)	31 (68,89%)
Segundo tiempo: N (% sobre previo)	14 (31,11%)
Antiagregación al alta:	
Prasugrel	380 (96,7%)
Ticagrelor	217 (57,10%)
Clopidogrel	119 (31,32%)

FEVI ? 40%

10 (2,54%)

CD: coronaria derecha; DA: descendente anterior; Cx: circunfleja. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: Una selección adecuada de pacientes tras ICP primaria y un programa estructurado de seguimiento precoz permiten plantear de forma segura el alta hospitalaria en 48 horas. Esta estrategia contribuye a una mayor eficiencia del sistema sanitario, pero hace falta más información sobre la evolución a medio/largo plazo.