Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3: 129

Revista Española de Cardiología

4039-6. EVOLUCIÓN HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO KILLIP IV TRATADOS CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Oriol Rodríguez-Leor, Eduard Fernández-Nofrerias, Xavier Carrillo, Josepa Mauri, Carlos Labata, Teresa Oliveras, Elena Gómez y Antoni Bayés-Genís del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Resumen

Introducción: El shock trial mostró que, en pacientes en shock cardiogénico (SC), el tratamiento invasivo precoz (ACTP simple, con *stent* o cirugía) tenía mejor resultado que un tratamiento basado en estabilización médica inicial en términos de mortalidad. Desde entonces la angioplastia primaria (AP) se ha establecido como tratamiento de elección en pacientes con infarto con elevación de ST (IAMEST).

Objetivos: Análisis de la evolución hospitalaria en pacientes no seleccionados con IAMEST Killip IV tratados con AP.

Métodos: Registro prospectivo observacional de pacientes consecutivos con IAMEST tratados con AP (02/2007- 12/2011) en un centro terciario. Análisis de la morbi-mortalidad y análisis multivariado de factores predictores de mortalidad hospitalaria.

Resultados: Se realizó AP en 1268 pacientes, de los que 80 (6,3%) estaban en SC. Éstos tenían una edad de 68 ± 12 años, 84% varones, 42% diabéticos, 52% hipertensos, 56% dislipémicos, 22% con infarto previo. Un 66% fueron remitidos desde otros centros. La presión arterial sistólica fue 75 ± 19 mmHg, la frecuencia cardiaca 85 ± 31 lpm. Un 32,5% habían presentado paro cardiorespiratorio previo y un 17,5% tenían afectación de ventrículo derecho. En un 52,5% el infarto fue anterior. El procedimiento fue transradial (ATR) en un 78%, un 70% presentaban enfermedad multivaso, anti IIbIIIa en un 56% y balón de contrapulsación en un 40%. El procedimiento se finalizó con éxito en un 78,8%. El tiempo primer contacto médico-reperfusión fue de 117[88-153] minutos y en un 54% fue inferior a 120 minutos. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) fue 36 ± 15%. En cuanto a la evolución hospitalaria: mortalidad 42,5%, reinfarto 5%, trombosis *stent* 5%, sangrado importante 11,3%, complicación mecánica 6,3%, ictus 3,8%, encefalopatía postanoxémica 8,8%. La incidencia de MACE (combinado de muerte, reinfarto, ictus, encefalopatía postanoxémica o sangrado importante) fue del 55%. Factores predictores independientes de mortalidad en el análisis multivariante: éxito del procedimiento (OR 0,03), filtrado glomerular (OR 0,97), FEVI (OR 0,95) y ATR (OR 0,29).

Conclusiones: La morbi-mortalidad hospitalaria en pacientes no seleccionados con IAMEST y SC en los que se realiza AP sigue siendo muy elevada. El éxito del procedimiento, el filtrado glomerular, la FEVI y el ATR se relacionaron de forma independiente con la mortalidad.