



6000-167. IMPACTO DE LA PERMEABILIDAD DE LA ARTERIA RESPONSABLE DEL INFARTO ANTES DE LA REVASCULARIZACIÓN EN EL PACIENTE TRATADO CON ANGIOPLASTIA SISTEMATIZADA POSFIBRINOLISIS

Cristina Tapia Ballesteros, Carolina Hernández Luis, Ramón Andión Ogando, M. Gracia Sandín Fuentes, Itziar Gómez Salvador, Maximiliano Amado Escañuela, Federico Gimeno de Carlos y J. Alberto San Román Calvar del Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, Hospital Clínico Universitario, Valladolid y Complejo Asistencial, Palencia.

Resumen

Introducción: En la práctica clínica habitual al paciente con SCA con elevación del segmento ST que ha recibido fibrinólisis exitosa se le realiza en la mayoría de las ocasiones una angioplastia rutinaria o sistematizada en la primeras 24h.

Objetivos: Analizar la permeabilidad de la arteria responsable del infarto antes de ACTP en el paciente que cumple criterios de reperfusión (CR).

Métodos: Se han registrado 837 p ingresados en nuestra Unidad coronaria con SCAEST tratado con fibrinólisis. Hemos analizado 567 p (68%) pacientes que cumplían criterios clínicos y/o electrocardiográficos de reperfusión a los que se les realizó una angioplastia sistematizada.

Resultados: Edad media 62 ± 13 años, hombres 473 p (83%). Derivados de otros hospitales 427 p (75%). Killip 3-4 al ingreso en 31 p (5%), Killip máximo 3-4 en 71 p (13%). Infarto anterior en 245 p (44%). Tiempo Dolor-fibrinólisis > 120 min en 295 p (67%). Un 11% (63 p) de estos pacientes presentaban la arteria ocluida (flujo TIMI 0-1) antes de la angioplastia. Los pacientes con arteria TIMI 0-1 antes de la revascularización con respecto a los que presentaban TIMI 2-3 presentaron una peor situación clínica al ingreso, Killip 3-4 (9 p (13%) vs 21 p (4%), $p = 0,012$). Estos pacientes además, tuvieron un mayor tamaño del infarto según la creatín-cinasa-Mb (254 (161-354) vs 201 (110-326) $p = 0,005$) y un mayor desarrollo de insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico (15 p (24%) vs 49 p (10%), $p = 0,002$). Estos pacientes tuvieron una mayor incidencia de reinfarto (3 (5%) vs 11 p (2%), $p = 0,21$) y mayor mortalidad hospitalaria (6 p (9%) vs 7 p (1%), $p = 0,002$).

Conclusiones: En el paciente con SCA con elevación del segmento ST tratado con fibrinólisis con criterios clínicos y/o electrocardiográficos de reperfusión la arteria está cerrada en un porcentaje considerable de pacientes. Esto tiene implicaciones en la evolución hospitalaria y en el pronóstico del paciente.