Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3: 243

Revista Española de Cardiología

6000-172. MANEJO Y EVOLUCIÓN DE BRADIARRITMIAS EN EL IAMCEST EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Esther Cambronero Cortinas, Manuel José Fernández-Anguita, Alberto Gómez Pérez, Juan Gabriel Córdoba Soriano, Isabel López Neyra, Javier Cuartero Navarro, Daniel Prieto Mateos y Francisco Manuel Salmerón Martínez del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Introducción: El infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) puede complicarse con bradiarritmias como el bloqueo auriculoventricular (BAV) completo. La evolución y el manejo de las bradiarritmias en un programa de intervencionismo percutáneo primario (ICPP) están poco definidos

Objetivos: Analizar las características y la evolución de pacientes con IAMCEST complicados con BAV completo, avanzado o bradicardia extrema en un hospital de tercer nivel con programa de ICPP.

Métodos: Entre junio de 2008 y junio 2011 hubo 37 pacientes consecutivos con IAMCEST a los que se le sometió a ICP primaria o de rescate con bloqueo auriculoventricular (BAV) completo (n = 27), BAV avanzado (n = 4) o bradicardia extrema (n = 5). Se evalúan las características basales de los pacientes, la actitud terapéutica frente a la bradiarritmia (tratamiento farmacológico, necesidad de implantación de marcapasos transitorio y definitivo), el uso de betabloqueantes (BB) al alta y la presencia de eventos cardiovasculares hospitalarios adversos, definidos como isquemia recurrente y muerte cardiovascular.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 68 ± 13,38 años. 7,4% fueron mujeres, 21,9% fumadores activos, 11,2% tenían antecedentes isquémicos, 55,6% eran hipertensos, 25,9% dislipémicos y el 14,8%% eran nefrópatas. El 14,8% de los pacientes estaba en tratamiento previo con betabloqueantes. La principal arteria responsable del IAM fue la coronaria derecha (63%). En el 70% de los casos se realizó una revascularización completa. En cuanto al tratamiento de la bradiarritmia se utilizó atropina en un 63% de los pacientes y dopamina en el 8%. Fue necesaria la implantación de un MP transitorio en el 7,4% de los casos y un MP definitivo en el 5,4%. Durante la hospitalización el 25,9% de estos pacientes presentaron complicaciones cardiovasculares y la mortalidad hospitalaria fue del 11,1%. El uso de betabloqueantes al alta fue del 52%.

Conclusiones: El ICPP efectivo se asocia a una rápida recuperación del ritmo en pacientes con IAMCEST complicado con bradiarritmias severas. La necesidad de marcapasos transitorio o definitivo fue muy reducida en esta población.