



## 6002-147. ESTRATEGIA FARMACOINVASIVA Y ANGIOPLASTIA DE RESCATE COMO TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN HOSPITALES COMARCALES DE LA REGIÓN DE MURCIA

José Nieto Tolosa<sup>1</sup>, Francisco J. Cambronero Sánchez<sup>2</sup>, Juan Ramón Gimeno Blanes<sup>3</sup>, David López Cuenca<sup>3</sup>, Asunción Fernández Fernández<sup>1</sup>, Ángel Antonio López Cuenca<sup>3</sup>, José Antonio Hurtado Martínez<sup>3</sup> y Eduardo Pinar Bermúdez<sup>3</sup> del <sup>1</sup>Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca de la Cruz (Murcia), <sup>2</sup>Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia y <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

### Resumen

**Introducción:** La angioplastia primaria (ICPp) ha demostrado su superioridad en términos de eficacia y seguridad en el tratamiento de reperusión del SCACEST y es la opción recomendada en la actualidad, aunque su principal limitación sigue siendo la limitada disponibilidad en función de la localización geográfica. En centros alejados de hospitales de referencia con disponibilidad para ICPp 24/7, una opción válida es la reperusión farmacológica trombolisis (TL). El Plan Integral de Atención a la Cardiopatía Isquémica (2010-2013) de la Comunidad Autónoma de Murcia recoge esta estrategia de tratamiento como alternativa para aquellos pacientes que no pueden ser remitidos para ICPp en adecuadas condiciones.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados durante los años 2006-2010 de SCACEST con menos de 24 horas de evolución, en dos hospitales comarcales situados a más de 70 km del hospital regional de referencia. Tras el diagnóstico de SCACEST los pacientes sin contraindicaciones fueron trombolizados y remitidos al hospital de tercer nivel. Si con la TL no se logró la reperusión se realizó coronariografía urgente (ICP de rescate) y, en caso contrario, a los pacientes con criterios de reperusión, se les programó de forma electiva la coronariografía en las horas/días siguientes (estrategia fármaco-invasiva, FI).

**Resultados:** Se incluyeron 147 pacientes con el diagnóstico de SCACEST tratados mediante TL. El 36.7% precisó ICP de rescate y a un 88.2% de los restantes pacientes, con criterios de reperusión, se les realizó coronariografía (estrategia FI). La tabla muestra las características angiográficas y del intervencionismo coronario realizado. Tras un seguimiento medio de  $1210 \pm 523$  días, no presentaron diferencias significativas en mortalidad total (4 FI vs 4% ICP rescate) ni de causa cardíaca (4 vs 2%), ni en la incidencia de IAM (2 vs 0%), ACV (2 vs 2%) o reestenosis de la lesión inicial (1 vs 0%), tanto a los 30 días (datos previos) como al año (8 vs 6%, 6 vs 2%, 4 vs 0%, 2 vs 2%, 1 vs 4%, respectivamente).



**Figura.** Resultado evento combinado de muerte cardíaca, IAM, ACV y reestenosis.

## Características angiográficas e intervencionismo

|  | Farmacoinvasiva     | Rescate           |
|--|---------------------|-------------------|
| Tiempo evolución (h)                     | 2,51 ( $\pm$ 2,1)   | 2,1 ( $\pm$ 1,51) |
| % < 3 horas                              | 82                  | 86,8              |
| Tiempo a ICP (h)                         | 68,71 ( $\pm$ 68,9) | 3,59 ( $\pm$ 2,2) |
| Vaso responsable: (%)                    |                     |                   |
| DA                                       | 44,3                | 51,92             |
| CX                                       | 16,4                | 9,6               |
| CD                                       | 39,2                | 38,46             |
| TCI/Injerto                              | 0                   | 0                 |
| N <sup>a</sup> vasos lesiones (%)        |                     |                   |
| 0  | 17,1                | 0                 |
| 1  | 54,9                | 66                |
| 2  | 17,1                | 24,5              |
| 3  | 11                  | 9,4               |
| Trombectomía (%)                         | 3,2                 | 18,5 (70% éxito)  |
| Predilatación (%)                        | 38,2                | 40,7              |
| Uso inhibidor GpIIb/IIIa (Abciximab) (%) | 15,2                | 35,2              |
| Flujo TIMI final 3 (%)                   | 97,4                | 90,6              |

|                                    |                      |                      |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Nº <i>stents</i>                   | 1,34 ( $\pm$ 1,17)   | 1,38 ( $\pm$ 0,99)   |
| Farmacoadactivos (%)               | 71                   | 38,8                 |
| Longitud <i>stents</i> (mm)        | 28,63 ( $\pm$ 20,09) | 25,52 ( $\pm$ 16,94) |
| Diámetro máximo <i>stents</i> (mm) | 3,21 ( $\pm$ 0,52)   | 3,33 ( $\pm$ 0,46)   |
| Éxito procedimiento (%)            | 86,3                 | 94,4                 |
| Revascularización 2º tiempo (%)    | 10,8                 | 20,4                 |
| Revascularización completa (%)     | 77,8                 | 71,7                 |
| Complicaciones procedimiento (%)   | 0                    | 0                    |

**Conclusiones:** En pacientes con SCACEST y excesivos retrasos para la realización de ICPp, la instauración de una estrategia farmacoinvasiva logra unos adecuados resultados clínicos, incluso en aquellos enfermos sin criterios de reperfusión tras la TL que se someten a ICP de rescate.