



## 6011-115. COMPLICACIONES HOSPITALARIAS SEGÚN ESTRATEGIA DE REPERFUSIÓN EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

José Nieto Tolosa<sup>1</sup>, Francisco J. Cambronero Sánchez<sup>2</sup>, Ángel Antonio López Cuenca<sup>1</sup>, Asunción Fernández Fernández<sup>3</sup>, José Antonio Hurtado Martínez<sup>2</sup>, Juan Ramón Gimeno Blanes<sup>2</sup>, Mariano Valdés Chávarri<sup>2</sup> y Eduardo Pinar Bermúdez<sup>2</sup> del <sup>1</sup>Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza (Murcia), <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia y <sup>3</sup>Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca de la Cruz (Murcia).

### Resumen

**Introducción:** La angioplastia primaria (ICPp) es la estrategia de reperfusión de elección del SCACEST por eficacia y seguridad. En centros alejados de hospitales de referencia con disponibilidad para ICPp 24/7, una opción válida es la reperfusión farmacológica trombolisis (TL). Existen pocos datos que comparen las complicaciones desde su presentación hasta su alta hospitalaria en ambas estrategias.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados durante los años 2006-2010 de SCACEST con menos de 24 horas de evolución. Se incluyeron pacientes remitidos a ICP primaria, y pacientes de hospitales comarcales situados a más de 70 km del hospital regional de referencia a los que se les realizó una trombolisis. Tras el diagnóstico de SCACEST los pacientes sin contraindicaciones fueron trombolizados y remitidos al hospital de tercer nivel. Se registraron las características clínicas de los pacientes y las complicaciones clínicas y eléctricas que presentaron desde su presentación y durante su estancia hospitalaria.

**Resultados:** Se incluyeron 618 pacientes con el diagnóstico de SCACEST, 483 tratados mediante ICP primaria y 135 mediante TL. La tabla muestra las complicaciones presentadas por ambos grupos de pacientes durante la hospitalización. Los pacientes que recibieron trombolisis presentaron una menor tasa de insuficiencia cardiaca, *shock* y necesidad de intubación orotraqueal, posiblemente en relación con la menor evolución de los síntomas y de la exclusión de aquellos pacientes con mayor deterioro hemodinámico en su presentación, así como una mayor tasa de complicaciones hemorrágicas (hemorragias mayores), sin encontrar diferencias en la aparición de hemorragias intracraneales. No se encontraron sin embargo diferencias en la aparición de complicaciones mecánicas ni arrítmicas durante el evento agudo ni de uso de balón de contrapulsación intraaórtico.

Complicaciones SCACEST			
	ICP primaria	Trombolisis	p
Tiempo evolución (h)	3,74 ± 3,04	2,31 ± 1,84	0,001

Killip I (%)	72,3	88,4	0,001
Hemorragia mayor intrahospitalaria (%)	2,1	5,2	0,05
Hemorragia intracraneal (%)	0,2	0,7	0,389
Complicaciones mecánicas IAM (%)	1,2	1,5	0,828
Arritmias ventriculares sostenidas (%)	7,7	7,4	0,922
Bloqueos AV (%)	8,1	6,7	0,589
Implante marcapasos definitivo (%)	1,4	0,7	0,52
BCIAo (%)	5	2,2	0,167
Intubación + VM (%)	5,6	0,7	0,017
Shock (%)	10,1	7,4	0,339

**Conclusiones:** En pacientes con SCACEST no existieron diferencias durante su ingreso en la aparición de complicaciones arrítmicas según la estrategia de reperfusión aplicada. Sin embargo, aquellos pacientes trombolisados presentaron menos episodios de insuficiencia cardiaca y *shock* cardiogénico, así como necesidad de intubación, a expensas de una mayor tasa de hemorragias mayores.