Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 506

Revista Española de Cardiología

6011-166. REPERCUSIÓN CLÍNICA DEL DIAGNÓSTICO DE REPERFUSIÓN ESPONTÁNEA EN SCACEST EN EL CONTEXTO DE RED DE IAM

César Rainer Solórzano Guillén, Daniela Bustos Pérez, Lizar Zabala Díaz, Ignacio Roy Añón, Jesús Berjón Reyero, Valeriano Ruiz Quevedo, M. Soledad Alcasena Juango y Román Lezaun Burgui del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Resumen

Introducción: El objetivo de las redes de IAM es conseguir la reperfusión de forma rápida y segura y la ACTPp es el método más eficaz. El diagnóstico de reperfusión “espontánea” es un motivo de no activación o anulación del código Infarto y puede tener consecuencias clínicas importantes si es incorrecto.

Métodos: Se estudian los episodios de SCACEST diagnosticados de reperfusión espontánea en el Registro de IAM hospitalario de Navarra y atendidos en el CHN-A (H-ICP) como primer hospital y a los que se realizó coronariografia. Según el flujo de arteria responsable se identifican dos grupos: Grupo 1: TIMI 0-1 (no reperfusión) y Grupo 2: TIMI 2-3 (reperfusión). Se estudian las características demográficas y antecedentes, presentación de IAM, enf coronaria, ICP, evolución hospitalaria y mortalidad, diagnóstico y tratamiento al alta de los dos grupos.

Resultados: Entre mar-2010 y oct-2013 se registraron 730 episodios consecutivos de SCACEST de 12h en nuestro registro de IAM. En 211 de ellos (29%) no se realizó reperfusión primaria, en 122 (16,7%) por diagnóstico de reperfusión espontánea, en estos se realizó coronariografia a 111 (91%) y se identificó flujo TIMI 0-1 en 19 casos (17%) (Grupo 1) y TIMI 2-3 en 92 (Grupo 2). No se encontraron diferencias significativas en edad (62 VS 66a), sexo, FRC o enf. coronaria previa, utilización UVI-Movil, síntomas, Killip a la presentación (I-II en el 100 vs 99%) y enf. coronaria. En el Grupo 1 (TIMI 1-0) se realizó más ICP (94 vs 78%, p 0,002) y tuvo más frecuencia de disfunción VI: FEVI 50: 52 vs 27%, p 0,036, FEVI 30%: 21 vs 2%, p 0,008). No hubo diferencias en complicaciones, poco frecuentes, ni en el tiempo de estancia. Solo hubo un fallecido (en el Grupo 2, con 91 a y ADA responsable que cursó con Killip IV). El diagnóstico al alta predominante fue de IAM sin Q y sin diferencias entre los grupos (58 vs 60%). Tampoco hubo diferencias en el tratamiento al alta.

Conclusiones: En nuestro estudio, la incorrecta identificación de reperfusión clínica de SCACEST se acompaña de peor FVI a pesar de ICP. No hemos encontrado repercusión en la mortalidad hospitalaria, es muy baja. En las redes de IAM se debe trabajar para evitar los casos de diagnóstico clínico erróneo de reperfusión que conlleva la pérdida del beneficio de la ACTPp.