Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 605

Revista Española de Cardiología

6019-266. ANÁLISIS DEL SEGMENTO ST Y TAMAÑO DEL INFARTO: UNA HERRAMIENTA PODEROSA

Belén Santos González, Laia Carla Belarte Tornero, José Moreu Burgos, Esther Lázaro Fernández, Soledad Fernández Zapardiel, Mar Céspedes Mas, Alejandro Cortés-Beringola y Luis Rodríguez Padial del Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción: La resolución del ST después de la terapia de reperfusión en el infarto agudo de miocardio (IAM) se ha correlacionado con el pronóstico en esta población. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el electrocardiograma (ECG) antes y después de la angioplastia (ACTP) y correlacionarlo con la función ventricular y el tamaño del infarto a los 6 meses.

Métodos: Se incluyeron 81 pacientes consecutivos, menores de 75 años con SCACEST de menos de doce horas de evolución sometidos a ACTP. Se realizó estudio de resonancia cardiaca basal y a los 6 meses. Análisis del ECG: Se realizó ECG previo al cateterismo y un segundo a los 60 minutos post-ACTP. Las medidas fueron realizadas manualmente a los 60 ms después del punto J. Los parámetros en el ECG calculados fueron:1) Porcentaje de elevación residual del ST (%RES) entre el ECG basal y el post-ACTP. Se clasificó en 30%, entre 30-70% y > 70%. 2) Elevación máxima residual del ST (MaxST) en la peor derivación a los 60 minutos. Se dividieron los infartos en anteriores y no anteriores. En los infartos anteriores se catalogó como bajo riesgo un ST residual ? 1 mm o ? 2 mm si el basal era > 5 mm, riesgo alto ST residual > 3 mm. En los infartos no anteriores se clasificó en bajo riesgo ST ? 1 mm y alto riesgo > 2 mm. Resonancia cardiaca: Para valorar la función ventricular y volúmenes ventriculares se utilizaron secuencias SSFP. Tras administración de gadolinio se adquirieron secuencias de realce tardío (LGE). Se calculó manualmente el área del LGE.

Resultados: Las características basales se muestran en la tabla. Método 1 (%RES): resolución mayor 30% en 39 pacientes (48,1%), 30-50% en 30 pacientes (37%) y mayor 70% en 12 pacientes (48,1%). Hubo una relación estadísticamente significativa con el tamaño del infarto (g) (p 0,034), pero no con la FEVI (p 0,09). Método 2: riesgo bajo 57 (57,4%), riesgo moderado 13 (16%), riesgo alto 9 (11,1%). Se objetivó una relación estadísticamente significativa con el tamaño del infarto (g) (p 0,001), con la FEVI (p 0,001) y la obstrucción microvascular (p 0,019).

Características basales			
	Basal	6 meses	9
Edad (años)	56,9 (33,9-74,6)		

Nºdías IAM-RM	4,7 (1-9)		
Sexo Masculino	71 (87,7%)		
IMC (kg/m^2)	28,2 (20,9-36,7)		
HTA	40 (49,9%)		
Hipercolesterolemia	56 (61,7%)		
Tabaquismo activo	47 (58%)		
Exfumador	18 (22%)		
Diabetes mellitus	11 (13,6%)		
Decendente anterior	33 (40,7%)		
Circunfleja	16 (19,8%)		
Coronaria derecha	32 (39,5%)		
CPK pico	2731 (237-11790)		
FEVI (%)	49,3 ± (9,0)	54,9 ± (9,6)	0,00001
Tamaño infarto (g)	23,9 (± 15,8)	14,1 (± 10,4)	0,00001

Conclusiones: El electrocardiograma es una herramienta fácil, simple y barata que nos ofrece de manera precoz información pronóstica relevante, actuando como predictor de daño miocárdico. En nuestro estudio la cuantificación del segmento ST residual máximo es el que mejor se ha correlacionado con el tamaño del infarto y con la función ventricular.