



## 4019-2. FACTORES PREDICTORES DE DAÑO MIOCÁRDICO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO REPERFUNDIDO MEDIANTE ANGIOPLASTIA PRIMARIA. ESTUDIO CON RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA

María Ferré Vallverdú<sup>1</sup>, Begoña Igual Muñoz<sup>2</sup>, Elena Sánchez Lacuesta<sup>1</sup>, Alicia Maceira<sup>2</sup>, Miguel Rivera<sup>3</sup>, Pilar Sepúlveda<sup>3</sup>, José Luis Díez-Gil<sup>1</sup> y Luis Martínez Dolz<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia, <sup>2</sup>Centro Médico ERESA, Valencia y <sup>3</sup>Fundación para la Investigación del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La angioplastia primaria (ACTP) en el seno del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST ha demostrado disminuir significativamente la mortalidad. No obstante la preservación del tejido miocárdico depende de muchos más factores. Nuestro estudio pretende estudiar qué factores clínicos se asocian con la extensión y la gravedad del daño miocárdico, valorado mediante resonancia magnética cardiaca (RMC), en los pacientes con SCACEST.

**Métodos:** Incluimos pacientes de manera consecutiva, que fueron estudiados mediante RMC durante la primera semana post-SCACEST. El protocolo de RMC incluía secuencias cine SSFP en eje axial corto y largo, secuencia STIR para cuantificar la masa miocárdica en riesgo (MR) y también secuencias tempranas (1-2 min) y tardías (5-8 min) de realce tardío de gadolinio para valorar la obstrucción microvascular (OMV) y necrosis (N). La cuantificación de la necrosis y la OMV se realizó con un *software* específico. La necrosis se estimó como porcentaje del área de miocardio en riesgo (NR) y la OMV se analizó como un porcentaje de la masa de necrosis (OMVR). Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular, datos de la ACTP (flujo TIMI previo ACTP, eficacia de la tromboaspiración, enfermedad arterial coronaria asociada) y retraso en la revascularización (tiempo de isquemia total, tiempo puerta-balón, retraso en el diagnóstico y en el traslado). Se analizaron los datos mediante un modelo de regresión lineal multivariante.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 71 pacientes, 55 varones (76%), y la edad media era de  $63 \pm 13$  años. Todos los pacientes excepto uno, quedaron con un flujo TIMI 3 después de la revascularización. La necrosis se asoció de manera significativa con el retraso diagnóstico (RD), tal y como muestra el algoritmo  $NR = 0,3 RD - 173$  ( $R = 0,3$ ,  $p = 0,04$ ). El tiempo de isquemia total (IT) fue el único factor predictor independiente, estadísticamente significativo, de la OMV  $OMVR = IT 0,5$  ( $R = 0,52$ ,  $p 0,001$ ).



*Tiempo de isquemia y OMV.*

**Conclusiones:** El retraso en el diagnóstico se asocia de manera estadísticamente significativa al porcentaje de necrosis, asimismo, encontramos que el tiempo de isquemia total puede predecir la OMV. Por tanto, incidir en la población en las medidas de reconocimiento de la clínica del infarto agudo de miocardio debería ser una

medida prioritaria.