



6020-311. DAÑO MICROVASCULAR EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST: PREDICTORES CLÍNICOS Y ANGIOGRÁFICOS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

Fernando Rivero Crespo, Ramón Francisco Maruri Sánchez, Teresa Alvarado Casas, Paula Antuña Álvarez, Teresa Bastante Valiente, Javier Cuesta Cuesta, Marcos Manuel García Guimaraes y Fernando Alfonso Manterola del Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El daño microvascular (DMV) asocia peor pronóstico en pacientes con SCACEST tratados con ICP primaria. El objetivo de este estudio fue determinar características clínicas y angiográficas predictoras de DMV en una cohorte de pacientes con SCACEST tratados con ICP primaria, así como su evolución clínica a corto y largo plazo.

Métodos: Estudio observacional con inclusión consecutiva de pacientes con SCACEST tratados con ICP primaria. Se definió DMV como la presencia de al menos uno de los siguientes criterios: 1) flujo epicárdico en la arteria responsable TIMI 3; 2) *blush* miocárdico final 3; 3) ausencia de resolución del ST de al menos un 50% a los 90 minutos de la ICP. Se realizó análisis univariado y modelo de regresión logística para descartar posibles factores de confusión. Se realizó seguimiento clínico intrahospitalario y a un año.

Resultados: Se incluyeron 737 pacientes consecutivos, presentando criterios de DMV 370 pacientes (50%). Las características clínicas y angiográficas de algunos de los factores predictoros de DMV se muestran en la tabla. Los pacientes con DMV presentaban mayor edad (67 frente a 63 años; p: 0,01) y mayor prevalencia de HTA (OR: 1,3; IC95%: 1,0-1,8). Hubo mayor proporción de lesión culpable en DA en el grupo con DMV (61 frente a 35%; p: 0,003). Los pacientes con DMV presentaron mayor proporción de carga trombótica alta (OR: 1,4; IC95%: 1,0-1,9) y mayor frecuencia de flujo TIMI inicial 0 (77 frente a 70%; p: 0,04). No se encontraron diferencias en el tiempo de isquemia total. Los pacientes con DMV desarrollaron con mayor frecuencia onda Q en ECG (OR: 3,2; IC95%: 2,3-4,5) y mayor proporción de disfunción ventricular grave al alta (11 frente a 4%; p: 0,01). Se observó aumento de mortalidad global (OR: 4,7; IC95%: 2,3-9,9) y mayor desarrollo de IC (OR: 3,5; IC95%: 1,7-7,2) en pacientes con DMV durante el ingreso. Al año de seguimiento no hubo diferencias significativas en mortalidad (6 frente a 3%; p: 0,18), IAM, reingreso por IC o necesidad de revascularización.

Características clínicas y angiográficas de algunos de los factores predictoros de DMV

DMV

Sin DMV

p

Edad	67 ± 14	63 ± 14	0,00
Sexo femenino	22%	22%	0,98
Diabetes mellitus	22%	20%	0,52
HTA	57%	49%	0,04
Tabaquismo	47%	53%	0,24
C. isquémica previa	16%	13%	0,21
Alta carga trombótica	46%	37%	0,02
TIMI inicial = 0	77%	70%	0,03
T. Isquemia	190 ± 303 min	180 ± 200 min	0,17
Vaso DA	61%	35%	0,00

Conclusiones: La presencia de DMV en pacientes con SCACEST tratados con ICP primaria es frecuente. Los pacientes con DMV presentaron mayor edad y con mayor frecuencia HTA, flujo inicial TIMI 0 y mayor carga trombótica. La cohorte con DMV presentó aumento de mortalidad hospitalaria, desarrollo de IC, onda Q en ECG y mayor proporción de disfunción ventricular grave. La evolución clínica a un año de seguimiento no mostró diferencias frente al grupo sin DMV.