



## 6004-91. ¿SE ADAPTAN LAS GUÍAS A LOS INFARTOS INFERIORES?

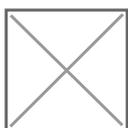
Luis Borrego Bernabé<sup>1</sup>, Nicasio Pérez Castellano<sup>1</sup>, Iván Javier Núñez Gil<sup>1</sup>, Juan José González-Ferrer<sup>1</sup>, Victoria Cañadas Godoy<sup>1</sup>, David Filgueiras Rama<sup>2</sup>, Julián Palacios Rubio<sup>1</sup>, Eduardo Pozo Osinalde<sup>1</sup>, Juan Carlos García Rubira<sup>3</sup> y Julián Pérez-Villacastín<sup>2</sup>, de <sup>1</sup>Departamento de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos-UCM, Madrid, <sup>2</sup>Departamento de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos-UCM, CIBER de Enfermedades Cardiovasculares, Madrid y <sup>3</sup>Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La decisión de implantar un DAI en prevención primaria de muerte súbita en pacientes con infarto de miocardio previo está basada fundamentalmente en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Sin embargo otros factores, como la localización del infarto, podrían ser relevantes. El objetivo de este estudio es examinar, en pacientes ingresados por arritmias ventriculares (AV), las diferencias existentes según el territorio del infarto, especialmente en parámetros relativos a la contractilidad miocárdica.

**Métodos:** Se incluyeron para el estudio, de forma retrospectiva, los pacientes ingresados en la Unidad Coronaria de nuestro centro, durante un periodo de 10 años, por un primer episodio de AV sostenida en relación con escara secundaria a un infarto de miocardio previo (> 48h de evolución). Solo se incluyeron en el análisis pacientes con escara anterior o inferior pura.

**Resultados:** 104 pacientes fueron incluidos en el análisis. Respecto a los pacientes con escara anterior, los pacientes con escara inferior tenían una mayor FEVI en el momento de la TV ( $32 \pm 9$  frente a  $41 \pm 13\%$  respectivamente;  $p = 0,001$ ) y tenían con mucha menor frecuencia FEVI  $< 35\%$  ( $73\%$  en infartos anteriores frente a  $36\%$  en infartos inferiores;  $p = 0,001$ ). También hubo diferencias en parámetros del ECG relacionados con alteraciones de la contractilidad cardíaca: los pacientes con escara anterior presentaban con mayor frecuencia onda Q ( $90$  frente a  $64\%$ ;  $p = 0,009$ ) y elevación persistente del ST ( $31$  frente a  $7\%$ ;  $p = 0,004$ ). Por otra parte el uso de furosemida, un fármaco relacionado con la clase funcional, fue mayor en los pacientes con infarto anterior previo ( $50$  frente a  $19\%$ ;  $p = 0,020$ ). Respecto a parámetros demográficos, el porcentaje de varones fue significativamente menor en pacientes con infarto anterior que en pacientes con infarto inferior ( $78$  frente a  $93\%$  respectivamente;  $p = 0,043$ ). La diferencia entre ambos grupos respecto a la FEVI, la elevación persistente del ST y el sexo se mantuvo significativa tras un análisis multivariante ( $p$ :  $0,003$ ;  $0,006$  y  $0,026$  respectivamente).



**Conclusiones:** Los infartos de miocardio inferiores pueden dar lugar a AV con una mayor FEVI y un menor deterioro de la contractilidad miocárdica que los infartos anteriores. Este hallazgo debería ser confirmado en estudios prospectivos pues podría tener implicaciones respecto a la indicación de un DAI o la realización de

una ablación profiláctica.