



6052-419. TIEMPO TOTAL DE ISQUEMIA: ¿UN PARÁMETRO A TENER EN CUENTA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST?

María Thiscal López Lluva¹, Alberto García Lledó², Alfonso Jurado Román³, Ignacio Sánchez Pérez¹, José Abellán Huerta¹, Pedro Pérez Díaz⁴, Jorge Martínez del Río⁴, Martín Negreira Caamaño⁴, Raquel Frías García⁴ y Fernando Lozano Ruiz Poveda¹

¹Unidad de Hemodinámica, Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: Desde los años 70 sabemos que el riesgo de necrosis transmural, con la consecuente disfunción sistólica, aumenta con la duración del tiempo de isquemia. Es por ello por lo que el tiempo total de isquemia (TTI) - intervalo desde la oclusión del vaso hasta la reperusión - debería ser el factor determinante de la extensión de la necrosis miocárdica y objetivo clave en los algoritmos de manejo de los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). Sin embargo, las sociedades científicas se han centrado en reducir el retraso del sistema (RS) y no el TTI. Nuestro objetivo fue valorar la relación entre el TTI y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) estimada por ecocardiografía.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes prospectivo, que incluyó a 546 pacientes consecutivos con SCACEST sometidos a angioplastia primaria en nuestro centro.

Resultados: La mayoría de los pacientes fueron varones (80%), de edad media, 64 ± 13 años. En la tabla se muestran las características demográficas, clínicas y angiográficas de los pacientes incluidos. El TTI fue 190 minutos (137-281), de los que el retraso del paciente (RP) supuso, como media, el 45%. La FEVI media al alta fue $50 \pm 12\%$. El 52% tuvieron una FEVI $> 50\%$ y el 9% una FEVI 30%. A los 3 meses del evento coronario, la FEVI media fue $53 \pm 10\%$. El porcentaje de pacientes con FEVI $> 50\%$ fue del 63% y el de pacientes con FEVI 30% se redujo al 5%. El análisis de regresión lineal demostró una relación inversa entre el TTI y la FEVI, tanto al alta (FEVI = $53,4 - 0,013\text{TTI}$; $p 0,001$) como en el seguimiento a 3 meses (FEVI = $56,6 - 0,014\text{TTI}$; $p 0,001$).

Características demográficas, clínicas y angiográficas

N (%)

Edad (años) (mediana; rango)

64; 18 - 90

Sexo (varón)	437 (80)
Diabetes mellitus	149 (27)
Hipertensión arterial	288 (53)
Dislipemia	195 (36)
Hábito tabáquico	
Nunca fumador	209 (38)
Fumador activo	242 (44)
Exfumador	88 (16)
No conocido	7 (1)
Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica	34 (6)
Enfermedad renal crónica	18 (3)
IMC (Kg/m ²) (media ± DE)	28 ± 5
Localización electrocardiográfica del infarto	
Anterior	213 (39)
Inferior	310 (56,8)
Lateral	22 (4)
Bloqueo completo de rama izquierda del Haz de Hiss	1 (0,2)
Clase Killip-Kimball	

I	377 (69)
IV	65 (12)
Enfermedad multivaso	298 (55)
Número de stents implantados (media $\pm$ DE)	1,4 $\pm$ 0,7
Duración del procedimiento (minutos) (mediana; rango IC)	27 (18 37)
Tiempo de escopia (minutos) (mediana; rango IC)	10 (6-15)
Complicación mecánica	7 (1)
Mortalidad	
Intrahospitalaria	29 (5)
A 30 días	43 (8)

Conclusiones: En condiciones de práctica real, el TTI predice la FEVI postinfarto. Parece recomendable considerar esta variable junto con las estrategias ya diseñadas para optimizar los resultados de los pacientes con SCACEST.