Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 416

Revista Española de Cardiología

5011-6. COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y ROTURA DE PARED LIBRE POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ¿SIMILITUDES Y DIFERENCIAS?

Raquel Ramos Martínez[1], Laura Expósito Calamardo[1], Alicia Prieto Lobato[1], Marta Cubells Pastor[1], Nuria Vallejo Calcerrada[1], Álvaro Pinar Abellán[1], Juan Gabriel Córdoba Soriano[1], Francisco Manuel Salmerón Martínez[1], Sofía Calero Núñez[1], Jesús María Jiménez Mazuecos[1], Sergio Beltrame Tomatis[2] y Miguel José Corbi Pascual[1]

[1]Complejo Hospitalario Universitario, Albacete y [2]Hospital Quirónsalud Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: La incidencia de las complicaciones mecánicas postinfarto ha disminuido desde la instauración del intervencionismo percutáneo primario, sin embargo, continúan teniendo alta mortalidad.

Métodos: Registro retrospectivo de pacientes (p) con síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST) en la unidad de cuidados agudos cardiológicos con comunicación interventricular (CIV) o rotura de pared libre (RPL). El objetivo fue comparar sus características basales, tratamiento realizado y mortalidad.

Resultados: Incluidos 2.383 p (enero 2012- enero 2021, 11 p CIV (0,46%), 24 p RPL(1,01%). La mayoría eran varones sin diferencia entre ambos grupos (CIV 81,8%, RPL 62,5%, p 0,23); de edad avanzada (edad media CIV 73,67 ± 12,79, RPL 78,96 ± 9,788). Respecto a las características basales, no hubo diferencias en el porcentaje de hipertensos (CIV 81,8%, RPL 79,2%, p 0,6), diabéticos (CIV 27,3%, RPL 25%, p 0,597), dislipémicos (CIV 54,5%, RPL 45,8%, p 0,45), fumadores (CIV 36,4%, RPL 25%, p 0,38) y antecedentes de cardiopatía isquémica (CIV 9,1%, RPL 12,5%, p 0,628). La localización del infarto, en el grupo de CIV fue 50% inferior, 41,6% anterior, 8,4% lateral; y en el grupo de RPL: 29,6% inferior, 48,1% anterior y 7,1% lateral. La mayoría presentaron *shock* cardiogénico, sin diferencias estadísticamente significativa entre ambos (CIV 81,8%, RPL 58,3%, p 0,165). Respecto al tratamiento no hubo diferencias significativas en el uso de soporte vasopresor (p 0,115), inotrópico (p 0,089), respiratorio- VMI (p 0,285) o VMNI (p 0,619)-. Sí hubo diferencias significativas en el uso de balón de contrapulsación intraaórtico (CIV 54,5%, RPL 4,2%, p 0,02). Se intervino quirúrgicamente al 28,1% (36,4% CIV, 23,8% RPL, p 0,362), sin diferencias significativas entre ambos, el 50% de los operados en ambos grupos fallecieron en el intraoperatorio o posoperatorio. Respecto a mortalidad, cerca del 50% fallecieron en la unidad de cuidados críticos, sin diferencias significativas entre ambos (CIV 45,5%, RPL 45,8%; p = 0.,636).

	CIV (n 11)	Rotura de pared libre (n 24)	p
Características basales			

Varones	9 (81,8)	15 (62,5)	0,435
Hipertensos	9 (81,8)	19 (79,2)	0,619
Dislipémicos	6 (54,5)	11 (45,8)	0,454
Diabéticos	3 (27,3)	6 (25)	0,597
Hábito tabáquico	4 (36,4)	6 (25)	0,38
Vasculopatía periférica	0 (0)	1 (4,2)	0,686
Cardiopatía isquémica crónica	1 (9,1)	3 (12,5)	0,628
Shock cardiogénico (KIV)	9 (81,8)	14 (58,3)	0,165
Medidas terapéuticas			
Soporte vasopresor (NA)	9 (81,8)	13 (54,2)	0,115
Soporte inotrópico (DBT)	8 (72,7)	10 (41,7)	0,089
Soporte mecánico (BCIAo)	6 (54,5)	1 (4,2)	0,002
VMNI	2 (18,2)	5 (20,8)	0,619
VMI	5 (45,5)	7 (29,2)	0,285
Tratamiento definitivo			
Cirugía	4 (36,4)	5 (23,8)	0,362
Mortalidad UCIC	5 (45,5)	11 (45,8)	0,636

Conclusiones: Ambas complicaciones presentan similar prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y antecedentes de cardiopatía isquémica, con predominio de varones de edad avanzada. La mayoría se presentan en situación de *shock* cardiogénico requiriendo soporte farmacológico, con mayor uso de balón de

contrapulsación en el grupo de CIV y una tasa de mortalidad quirúrgica del 50%.