



6016-185. IMPACTO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DE LAS ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO SOBRE LA PRESENCIA DE OBSTRUCCIÓN MICROVASCULAR ESTUDIADA CON RESONANCIA MAGNÉTICA EN SCACEST

Begoña Igual Muñoz¹, María Ferré Vallverdú², Elena Sánchez la Cuesta², José Luis Díez Gil², Francisco Ten Morro², Vicente Miró Palau², Luis Andrés Lalaguna², Laura Higuera Ortega², Luis Martínez Dolz² y Rafael Payá Serrano¹, del ¹Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia y ²Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La presencia de obstrucción microvascular (OMV) se ha asociado a mal pronóstico a pesar de la revascularización exitosa de la arteria responsable (ARI). Nuestro objetivo es estudiar los factores clínicos y las estrategias peri revascularización que se asocian a la presencia de OMV estudiada con resonancia magnética (RM) en este contexto.

Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo incluyendo una cohorte de pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) a los que se realizó una RM durante la primera semana posrevascularización. La presencia de hemorragia intramurales (HII) se analizó visualmente en secuencias de viabilidad IR-FGRE, sincronizadas con ECG y prescritas en 8-10 planos de eje corto que incluían el volumen completo del ventrículo izquierdo obtenidas 8-10 minutos después de la administración de 0,2 mmol/kg de contraste de gadolinio. Se consideró como OMV la presencia de una zona de hipointensidad de señal en el *core* del infarto (figura). Se analizaron: *a*) factores de riesgo cardiovascular, insuficiencia renal e infarto previo. *b*) cifras de tensión arterial sistólica y diastólica (TAS y TAD), colesterol LDL y glucohemoglobina al ingreso, y *c*) tratamiento en el laboratorio de hemodinámica: tipo de *stent*, tipo de inhibidor del receptor P2Y₁₂ y estrategia de anticoagulación empleada.

Resultados: Se incluyó a 94 pacientes con SCACEST. Los datos demográficos se muestran en la tabla. La hipertensión arterial mostró un efecto protector aunque sin significación estadística y se observó OMV en 41% de hipertensos frente a 59% en no hipertensos ($p = 0,06$). Todos los factores estudiados se introdujeron en un modelo de regresión logística multivariado que incluía: carga trombótica alta, tiempo total de isquemia y ARI. El estudio multivariado mostró como factor de riesgo independiente la utilización de prasugrel (OR: 15, $p = 0,002$, IC: 2,8-83) mientras que tanto la historia de hipertensión (OR: 0,3, $p = 0,04$, IC: 0,1- 0,9) como las cifras de TAS al ingreso mostraron un efecto protector independiente (OR: 0,9, $p = 0,02$, IC: 0,8 - 0,9).

Datos demográficos

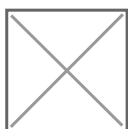
Demográficos

Pacientes (n = 94)

Edad (años)	62 ± 13
Varón (%)	72 (77)
Diabetes mellitus (%)	32 (34)
Hipertensión (%)	53 (56)
Hiperlipemia (%)	52 (55)
Tabaquismo (%)	55 (58)
Insuficiencia renal (%)	4 (4,3)
Carga trombótica alta (%)	58 (62)
Infarto previo	10 (11)
Tiempo total de isquemia (min)	203 (142-300)
Arteria descendente anterior	38 (41)
Coronaria derecha	49 (52)
Circunfleja	7 (7)
Prasugrel (%)	22 (23)
Ticagrelor (%)	40 (42)
Clopidogrel (%)	32 (34)
Bivalirudina (%)	24 (25)
Heparina de bajo peso molecular	7 (8)

Hemorragia (%)

26 (28)



Obstrucción microvascular en secuencias de RM.

Conclusiones: 1. En pacientes susceptibles de presentar daño microvascular la elección de prasugrel como segundo antiagregante debe ser considerada con cautela. 2. Tanto la historia de hipertensión arterial como las cifras de TAS al ingreso muestran un efecto protector por lo que evitar la hipotensión debe ser un objetivo en este contexto.