Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 593

Revista Española de Cardiología

6003-194. RETRASO EN LA APERTURA DE LA ARTERIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR OCLUSIÓN DE LA CIRCUNFLEJA: UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA

Roberto Martín Asenjo, Belén Rubio Alonso, Belén Díaz Antón, Javier Molina Martín de Nicolás, Juan José Parra Fuertes, José Manuel Montero Cabezas, Alfonso Jurado Román y Julio García Tejada del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Los infartos de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) provocados por oclusión trombótica de la arteria circunfleja (Cx) constituyen un grupo poco estudiado con particularidades clínicas y electrocardiográficas que pueden conducir a un diagnóstico tardío y peor pronóstico.

Objetivos: Describir el perfil de riesgo, las características clínicas, diagnósticas y pronósticas de estos infartos y compararlas con los infartos por oclusiones de otras arterias.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con IAMCEST que ingresaron en la Unidad Coronaria de un hospital de tercer nivel desde enero de 2011 a abril de 2013. Se recogieron variables epidemiológicas, factores de riesgo, síntomas previos, hora de inicio del dolor, hora de contacto con el sistema sanitario, hora de llamada a Hemodinámica y duración del procedimiento, parámetros bioquímicos (incluido pico de CK), fracción de eyección (FE) al alta y mortalidad hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 240 pacientes (edad media 60,8 ± 13,5, 76,7% varones), de los que 36 (15%) fueron IAMCEST por oclusión de la Cx. Las características de ambos grupos se recogen en la tabla. No hubo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, FRCV, datos bioquímicos, FE y mortalidad intrahospitalaria. No obstante, los pacientes con infartos de la Cx presentaron con mayor frecuencia síntomas previos (52% vs 40%, p = 0,041), consultando un 60% sin sospecharse el diagnóstico en ningún caso. Además, los pacientes con infartos de la Cx tardaron más tiempo en contactar con el sistema sanitario tras el inicio del dolor (219 min vs 171 min, p < 0,05) y su diagnóstico fue más tardío, con retraso significativo en la activación de Hemodinámica (52 min vs 19 min, p < 0,05) que provocó un tiempo puerta-balón más prolongado (132 min vs 92 min, p < 0,05) ya que la duración del procedimiento fue similar en ambos grupos (28 min vs 32 min, p = NS). No hubo diferencias en el pico de CK, la FE al alta y la mortalidad.

	Circunfleja	Otras arterias	p
Número de pacientes (%)	36 (15%)	204 (85%)	NS
Edad (media ± DE)	59,1 ± 13	61,3 ± 14	NS

Varones (%)	78	76	NS
HTA (%)	40	38	NS
Diabetes mellitus (%)	25	27	NS
Tabaquismo (%)	42	46	NS
Síntomas en días previos (%)	52	40	0,041
Consulta previa (%)	60	30	0,037
Retraso dependiente del paciente (min)	219	171	0,034
Retraso en establecer el diagnóstico de IAM (min)	52	19	0,039
Duración del procedimiento (min)	28	32	NS
Tiempo puerta-balón (min)	132	90	0,043

Conclusiones: Los infartos provocados por oclusión de la CX se diagnostican más tardíamente que los infartos de otros territorios por una menor percepción de la gravedad de los síntomas por parte del paciente y por un mayor retraso en el diagnóstico por parte del médico con respecto a otros territorios, lo que condiciona un mayor tiempo de oclusión arterial.