



5022-4. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DIFERIDO DE LA ARTERIA RESPONSABLE DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Carolina Granda Nistal¹, Alfonso Jurado Román², Julio García Tejada¹, Sandra Mayordomo Gómez¹, Leticia Blázquez Arroyo¹, Felipe Hernández Hernández¹, M^a Teresa Velázquez Martín¹ y Agustín Albarrán González-Trevilla¹ del ¹Servicio de Cardiología del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y ²Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen

Introducción: Existen determinadas circunstancias durante la angioplastia primaria (AP) en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) en las que, tras la apertura de la arteria con buen flujo distal, puede ser preferible diferir a un 2º procedimiento (proced.) el tratamiento (tto.) definitivo de la arteria responsable (AR) del IAM. Existe poca información en la literatura respecto a la seguridad y eficacia de esta estrategia.

Objetivos y métodos: Desde julio de 2012 a abril de 2014, del total de AP realizadas en nuestro hospital se comparó a aquellos pacientes (p.) en los que se pospuso el tto definitivo de la AR tras conseguir adecuado flujo distal (Grupo A, n = 23) versus el resto de AP en las que se implantó *stent* en el mismo proced. (Grupo B, n = 407). Se describe la evolución específica del grupo A. Se comparan las características basales, el daño enzimático (CPK máxima) y la incidencia de MACE isquémicos (muerte, re-infarto, necesidad de nueva revascularización de la lesión diana) y sangrado mayor (definido por criterios BARC ? 3) entre el grupo A y B.

Resultados: En el grupo A la decisión de diferir a un 2º proced el tto definitivo de la AR del IAM tras obtener flujo TIMI 2-3 en la AP fue motivado principalmente por la existencia de abundante trombo residual (74%) y calcificación coronaria grave (17%). Se realizó tto farmacológico intensivo durante una media de 8,3 ± 3,5 días. En la coronariografía diferida se objetivó flujo TIMI 3 en el 95% de los p. y disminución significativa de la carga de trombo (escala de trombo TIMI de 2,5 a 0,95, p 0,00). En 52% de los p. no se objetivó lesión residual significativa y se implantó *stent* en el restante 48%, siendo necesaria la utilización de aterectomía rotacional en el 14%. Existe una tendencia al menor daño enzimático en el Grupo A. Durante el período entre la AP y 2º proced. no se registraron eventos isquémicos. En el seguimiento realizado a los 9,5 ± 6m no hubo diferencias en la tasa de MACE isquémicos ni de sangrados mayores entre ambos grupos (tabla).

Comparación del tratamiento diferido versus tratamiento inmediato de la arteria responsable del infarto agudo de miocardio

	Tratamiento diferido de la arteria responsable del IAM (Grupo A)	Tratamiento inmediato de la arteria responsable del infarto (Grupo B)	p

N	23	407	
Edad (años)	56	62,1	0,03
Sexo (varón%)	62,2	76,6	0,21
HTA(%)	52,2	44,5	0,51
DM(%)	13	20,8	0,58
DL (%)	47,8	37,6	0,37
IRC(%)	9,1	4	0,25
Tiempo puerta-balón (min)	115,3	107,6	0,44
Inhib GPIIb/IIIa en perfusión (%)	69,6	33,9	0,00
Aspiración (%)	65,2	78,1	0,12
ACTP con balón (%)	39,1	38,2	0,54
CPK máx (UI/L)	1342	2124	0,05
MACE isquémico (%)	17,4	7,4	0,09
Hemorragia mayor (%)	8,7	4,2	0,27

Conclusiones: En p. seleccionados con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria, el tratamiento diferido de la arteria responsable es similar en cuanto a eficacia (MACE isquémico) y seguridad (hemorragias) a la población global de angioplastias primarias en las que se implanta *stent* de forma inmediata, existiendo tendencia al menor daño enzimático.