



6017-284. ESTIMULACIÓN TEMPORAL POR MARCAPASOS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST: INCIDENCIA, IMPACTO PRONÓSTICO Y FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD

Luis Eduardo Enríquez Rodríguez¹, Carlos Ferrera Durán², Ana Viana Tejedor², Francisco Javier Noriega Sanz², Pilar Jiménez Quevedo², Luis Borrego Bernabé³, Julián Pérez Villacastín³ y Antonio Fernández Ortiz² del ¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, CIBER de Enfermedades Cardiovasculares, ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid, y ³Hospital Clínico San Carlos, Madrid, CIBER de Enfermedades Cardiovasculares.

Resumen

Introducción y objetivos: El bloqueo auriculoventricular de alto grado (BAV) que requiere estimulación temporal por marcapasos en pacientes con IAMCEST puede representar una situación reversible tras la revascularización percutánea, o tener un significado catastrófico asociado con un alta mortalidad. El objetivo del presente estudio es evaluar la incidencia, impacto pronóstico y factores predictores de mortalidad en este grupo de pacientes.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas, ecocardiogramas y coronariografías de pacientes con IAMCEST que requirieron estimulación temporal con marcapasos durante la angioplastia primaria, y se realizó un seguimiento clínico a 30 días. Se aplicó un análisis multivariable con regresión logística para evaluar los predictores de mortalidad durante este lapso de tiempo.

Resultados: Entre febrero de 2004 y abril de 2017 se realizaron 3.614 angioplastias primarias en un centro hospitalario con alerta de hemodinámica las 24 horas y servicio de Unidad Coronaria. Del total de pacientes, 112 (3,1%) requirió implante de marcapasos transitorio durante la angioplastia, falleciendo en los primeros 30 días 25/112 pacientes (22,3%). En el grupo de pacientes fallecidos se observó una mayor frecuencia de IAM anterior (40 frente a 4,9%, $p = 0,001$), enfermedad de 3 vasos (48 frente a 18,9%, $p = 0,009$), FEVI 40% (81,3 frente a 17,1%, $p = 0,001$), IAM Killip > 2 (96 frente a 38%, $p = 0,001$), y filtrado glomerular 60 ml/min (68 frente a 23%, $p = 0,001$). Aplicando un análisis multivariable se objetivó que el IAM anterior, IAM Killip > 2 y filtrado glomerular 60 ml/min se asociaron de forma independiente con una mayor mortalidad.



	Supervivientes (n = 87)	Fallecidos (n = 25)	
Edad (años)	67,7 ± 13,4	69,3 ± 16	0,632

% mujeres	31	28	1
HTA (%)	63	54	0,48
DM2 (%)	34	29	0,8
Dislipemia (%)	47	54	0,643
Tabaquismo	46	41	0,817
Insuficiencia renal	23	68	0,001
IAM previo (%)	6,2	16	0,205
Fibrilación auricular (%)	11	20	0,302
IAM anterior (%)	4,9	40	0,001
Enfermedad de 3 vasos (%)	19,8	48	0,009
Killip >2 (%)	38	96	0,001
FEVI 40% (%)	81	17	0,001
IAM del VD	40	52	0,439
ACTP fallida o no <i>reflow</i> (%)	24	44	0,08
BRI (%)	5	8	0,618
Tiempo dolor-ACTP (min)	265 ± 308	251 ± 335	0,838

Conclusiones: El BAV de alto grado que requiere estimulación por marcapasos en el contexto de IAMCEST es una situación poco frecuente que se asocia a una alta mortalidad en pacientes con IAM anterior, Killip > 2 o filtrado glomerular 60 ml/min.