



## 6017-288. IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPORAL CON MARCAPASOS TRANSITORIO EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST DE ACUERDO A LA LOCALIZACIÓN DEL INFARTO

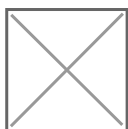
Luis Eduardo Enríquez Rodríguez<sup>1</sup>, Carlos Ferrera Durán<sup>2</sup>, Ana Viana Tejedor<sup>2</sup>, Francisco Javier Noriega Sanz<sup>2</sup>, Juan José González Ferrer<sup>1</sup>, Pilar Jiménez Quevedo<sup>2</sup>, Julián Pérez Villacastín<sup>3</sup> y Antonio Fernández Ortiz<sup>2</sup> del <sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, CIBER de Enfermedades Cardiovasculares, <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, y <sup>3</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, CIBER, UCM.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La presencia de bloqueo auriculoventricular de alto grado (BAV) que requiere estimulación por marcapasos transitorio en pacientes IAMCEST, puede tener un impacto clínico diferente dependiendo de la localización del infarto. El objetivo del presente trabajo es comparar el impacto clínico y pronóstico de la estimulación temporal con marcapasos en pacientes con IAMCEST anterior e inferior.

**Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes con IAMCEST que requirieron estimulación temporal con marcapasos durante la angioplastia primaria desde febrero-2004 hasta abril-2017, y se realizó un seguimiento clínico a un año. Se dividieron los pacientes de acuerdo al tipo de infarto en IAMCEST anterior y IAMCEST inferior, y se compararon respecto al objetivo primario combinado de muerte, ictus, reinfarto e ingreso por insuficiencia cardíaca.

**Resultados:** Se realizaron 3.614 angioplastias primarias durante el periodo de estudio en un centro hospitalario con alerta de hemodinámica las 24 horas. Del total de pacientes, 112 (3,1%) requirió implante de marcapasos transitorio durante la angioplastia. De estos, en 14 pacientes (12,5%) se diagnosticó un IAM anterior y en 98 (78,5%) un IAM inferior. No se observaron diferencias entre grupos respecto a las características clínicas basales ni en la medicación administrada previo al infarto. Los pacientes con IAM anterior presentaron una mayor frecuencia del objetivo primario combinado (85 frente a 34%,  $p = 0,001$ ), así como una mayor mortalidad al ingreso (71 frente a 15%,  $p = 0,001$ ) y a 1 año (71 frente a 23%,  $p = 0,001$ ), en comparación con el grupo de pacientes con IAM inferior. En el grupo de pacientes con IAM anterior se observó una mayor frecuencia de enfermedad de 3 vasos (50 frente a 21%,  $p = 0,042$ ), Killip  $> 2$  (92 frente a 44%,  $p = 0,004$ ), FEVI 40% (100 frente a 17%,  $p = 0,001$ ) y BRI (31 frente a 2%,  $p = 0,002$ ); mientras que el grupo con IAM inferior presentó mayor frecuencia de IAM del ventrículo derecho (44 frente a 9%  $p = 0,025$ ).



*Objetivo combinado a 1 año en pacientes con IAM anterior frente a IAM inferior.*

	IAM anterior n = 14	IAM inferior n = 98	p
Edad (años)	67,3 ± 16	68,4 ± 13,8	0,184
% mujeres	21	32	0,543
HTA (%)	35	63	0,076
DM2 (%)	21	34	0,543
Dislipemia (%)	42	49	0,777
Tabaquismo	57	44	0,403
Insuficiencia renal	46	30	0,341
IAM previo (%)	7	10	1
Fibrilación auricular (%)	21	13	0,422
Enfermedad de 3 vasos (%)	50	21	0,042
Killip >2 (%)	92	44	0,004
FEVI 40% (%)	100	17	0,001
IAM del VD (%)	9	44	0,025
ACTP fallida o no <i>reflow</i> (%)	42	26	0,219
BRI (%)	31	2	0,002
Tiempo dolor-ACTP (min)	211 ± 138	266 ± 323	0,427
Mortalidad ingreso (%)	71	15	0,001

Mortalidad a un año (%)	71	23	0,001
Objetivo combinado un año	85	34	0,001

**Conclusiones:** Los pacientes con IAM anterior y BAV subsidiarios de marcapasos temporal presentan una mayor mortalidad y un peor pronóstico en comparación con los pacientes con IAM inferior; mientras que en el grupo de IAM inferior se observa una mayor frecuencia de infarto del ventrículo derecho.