



6015-241. IMPLICACIONES DEL IMPLANTE DE MARCAPASOS TEMPORAL EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST Y BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE ALTO GRADO

Jesús Velásquez Rodríguez, Manuel Martínez-Sellés, Lourdes Vicent, Felipe Díez-Delhoyo, María Jesús Valero Masa, Vanesa Bruña, Iago Sousa-Casasnovas, Miriam Juárez y Francisco Fernández-Avilés, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El bloqueo auriculoventricular (BAV) de alto grado en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) continúa siendo una complicación relativamente frecuente y los datos sobre las diferencias entre los pacientes que requirieron estimulación temporal y los que no son muy escasos.

Métodos: Se incluyeron consecutivamente a pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos entre enero de 2010 y abril de 2015 con IAMCEST. Se compararon las características clínicas, tratamiento y evolución entre los pacientes con BAV de alto grado que requirieron marcapasos temporal y los que no.

Resultados: De 1.109 pacientes incluidos, 95 (8,7%) tuvieron BAV de alto grado al ingreso. Los predictores independientes de BAV de alto grado fueron: sexo masculino (*odds ratio* [OR] 1,9, intervalo de confianza [IC] del 95% [1,2-2,9]), edad (OR 1,03, IC95% 1,01-1,05), afección de la arteria coronaria derecha (OR 12,4, IC95% 7,6-20,2) y creatinina al ingreso (OR 1,5, IC95% 1,1-2,0). Se implantó un marcapasos temporal a 37 pacientes con BAV (38,9%), los cuales tenían un perfil de mayor riesgo (tabla). Los pacientes que requirieron estimulación temporal tuvieron más demora en recibir el tratamiento de reperfusión y no tuvieron complicaciones significativas inherentes al implante. De 4 pacientes con BAV con afección de la arteria descendente anterior, 3 requirieron marcapasos temporal (75,0%), en comparación con 34 pacientes de 84 (40,4%) en los que la arteria coronaria derecha era el vaso culpable (p 0,001). Sin embargo la totalidad de los pacientes que se fueron al alta con un marcapasos permanente (3, 8,1%) tuvieron afección de la coronaria derecha. Los pacientes que tuvieron como vaso culpable a la arteria circunfleja no requirieron ningún tipo de estimulación. Los pacientes con marcapasos temporal tuvieron una mayor mortalidad hospitalaria.



Supervivencia acumulada según el implante de marcapasos temporal.

Características según el implante de marcapasos temporal

	Sin marcapasos temporal (n = 58)	Con marcapasos temporal (n = 37)	p
Edad (años, DE)	68,9 ± 13,5	74,8 ± 14,3	0,04
Sexo femenino	16 (27,6%)	17 (45,9%)	0,05
Hipertensión arterial	30 (51,7%)	28 (75,7%)	0,001
Tiempo de evolución del dolor (horas)	3,6 ± 2,2	6,1 ± 5,6	0,001
FEVI	47,8%	44,9%	0,10
Killip ? II	21 (36,2%)	24 (64,9%)	0,006
Derrame pericárdico significativo	1 (1,7%)	1 (2,7%)	0,64
Infección	6 (1,3%)	7 (18,9%)	0,20
Sangrado mayor	3 (5,2%)	4 (10,8%)	0,26
Fibrinólisis	5 (8,6%)	2 (5,4%)	0,44
Stent recubierto	31 (52,5%)	8 (21,6%)	0,003
Bloqueador beta al alta	36 (62,1%)	16 (43,2%)	0,29
Muerte hospitalaria	4 (6,9%)	11 (29,7%)	0,004

DE: desviación estándar; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda.

Conclusiones: Dado la potencial reversibilidad del BAV de alto grado en el IAMCEST, la angioplastia primaria podría ser la prioridad en lugar de tratar a los pacientes inicialmente con un marcapasos temporal, para así evitar retrasos en el tratamiento de reperfusión. El aumento de la mortalidad en los pacientes que requieren estimulación podría estar asociada a lesiones miocárdicas más extensas.