



## 7000-6. ANGIOPLASTIA PRIMARIA FALLIDA: ¿CUÁL ES SU IMPACTO PRONÓSTICO REAL? RESULTADOS DEL REGISTRO BIHOTZEZ

Javier Rekondo Olaetxea<sup>1</sup>, Jessica Vaquero Luna<sup>1</sup>, Lucas Tojal Sierra<sup>1</sup>, Susana Gómez Varela<sup>2</sup>, Ainhoa Rubio Ereño<sup>3</sup>, Karlos Ibarguren Olalde<sup>1</sup>, Pedro Morondo Valdeolmillos<sup>1</sup> y Ángel Loma-Osorio Montes<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria (Álava), <sup>2</sup>Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya) y <sup>3</sup>Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** A pesar de que en la actualidad la angioplastia percutánea coronaria (ACTP) primaria es considerada el tratamiento de elección en el infarto de miocardio con elevación del ST (IAMCEST), el fracaso de dicha técnica en la obtención de una reperusión eficaz en el vaso tratado no ha sido profusamente estudiada. A través de este estudio pretendemos conocer la incidencia, impacto pronóstico y factores predictores de la ACTP primaria fallida en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo donde se incluyen todos los pacientes consecutivos atendidos por IAMCEST y sometidos a ACTP primaria en la comunidad autónoma vasca (CAPV) durante el periodo 2012-2017. Se seleccionan aquellos con ACTP primaria fallida definida como flujo TIMI 1 o 0 al finalizar el procedimiento; se recogen sus características basales, forma de presentación del IAMCEST, algunas variables angiográficas, y la tasa de mortalidad hospitalaria.

**Resultados:** Se incluyen 3.359 pacientes sometidos a ACTP primaria durante el periodo analizado; la tasa de ACTP primaria fallida es del 2,5% (87 pacientes) encontrándose una diferencia significativa en la tasa de mortalidad hospitalaria entre los pacientes con ACTP primaria fallida frente a exitosa (35 frente a 6%, respectivamente, p 0,001). Respecto a las diferentes características basales analizadas, en un modelo de regresión logística se documentaron como factores predictores de fracaso en ACTP primaria los siguientes: edad, sexo mujer, Killip al ingreso IV, abordaje femoral, y flujo basal TIMI 0 o 1; no se encontraron diferencias significativas en la arteria responsable del IAMCEST ni en la mediana del tiempo entre síntomas y primer contacto médico (tabla). En un modelo de regresión logística que incluye las variables mencionadas, la presencia de ACTP primaria fallida continúa siendo un factor fuertemente relacionado de manera independiente con la mortalidad hospitalaria con OR: 5,4 (2,9-9,7).

|             | ACTP primaria fallida (n 87) | ACTP primaria exitosa (n 3.272) | p     |
|-------------|------------------------------|---------------------------------|-------|
| Edad (años) | 70,8 ± 14                    | 63,4 ± 18                       | 0,001 |
| Mujeres     | 41                           | 795                             | 0,001 |

|                               |     |      |       |
|-------------------------------|-----|------|-------|
| Tiempo sin-contacto (minutos) | 105 | 84   | ns    |
| Killip IV al ingreso          | 23  | 230  | 0,001 |
| Abordaje femoral              | 29  | 563  | 0,001 |
| TIMI basal 0-1                | 80  | 2490 | 0,005 |
| DA responsable                | 28  | 1337 | ns    |

**Conclusiones:** La ACTP primaria fallida, con incidencia en nuestro medio baja, tiene impacto pronóstico negativo relacionándose de manera independiente con una elevada tasa de mortalidad hospitalaria. Son predictores independientes de fracaso en ACTP primaria las siguientes variables: edad, sexo mujer, abordaje femoral, Killip al ingreso IV, flujo basal TIMI 0-1.