



6032-305. LA REVASCULARIZACIÓN PRECOZ DE LAS LESIONES NO RESPONSABLES DEL INFARTO DE MIOCARDIO (AL DÍA SIGUIENTE DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA) ES SEGURA Y EFICAZ, PERMITIENDO REDUCIR EL INGRESO HOSPITALARIO

Antonia Pomares Varó¹, Ramón López-Palop², M. Pilar Carrillo Sáez¹, Alfonso Freites Esteves¹, M^a Araceli Frutos García¹, Maria Juskova¹, Francisco Ribes Tur¹ y Diego Cazorla¹

¹Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante (Alicante). ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: En el infarto de miocardio con elevación del ST (IAMEST), las actuales guías de práctica clínica recomiendan la revascularización de las lesiones significativas no culpables (LSNC). El momento idóneo de su realización no está establecido. Presentamos los resultados en términos de seguridad y eficacia de un protocolo asistencial que establece la revascularización de las LSNC en la primera jornada laboral tras 24 horas de la angioplastia primaria, programada a la finalización de la misma.

Métodos: Entre 2013 y 2017, se incluyeron, consecutivamente, en un solo centro, los pacientes tratados con angioplastia primaria y LSNC. Se compararon las complicaciones y la mortalidad hospitalarias con los pacientes con enfermedad monovaso tratada con angioplastia primaria en el mismo periodo. Se excluyeron los pacientes con shock cardiogénico al ingreso.

Resultados: Se analizaron 917 pacientes, 806 sin shock cardiogénico, 384 (47,6%) con enfermedad multivaso. En 284 pacientes (35,2%) se consideró indicada la revascularización de las LSNC en un segundo tiempo. 422 pacientes presentaron enfermedad monovaso. La revascularización de las LSNC se realizó en una mediana de 1,8 días (1,0-2,9), 66% en las primeras 48 horas del ingreso. Los pacientes multivaso presentaron un peor perfil clínico (tabla). No se observaron diferencias significativas entre los pacientes con enfermedad multi y monovaso en mortalidad hospitalaria (1,8 vs 2,9 p = 0,3), reinfarto (1,1 vs 1,7 p = 0,5), hemorragia (1,5 vs 1,8 p = 0,8), insuficiencia renal (5,7 vs 6,1 p = 0,81), o complicaciones vasculares (0,2, vs 0,7 p = 0,36). La estancia media fue de 4,9 (DE: 4,3) vs 5,9 (DE: 3,1), p = 0,001, un día más en los pacientes multivaso.

Perfil clínico según la presencia de enfermedad multivaso

	Monovaso	Multivaso	p
Edad (años)	61,7(DE: 13,5)	63,1(DE: 11,8)	0,16

Sexo (mujer)	109 (25,8%)	45 (15,8%)	0,002
Hipertensión	202 (47,9%)	160 (56,3%)	0,027
Diabetes	83 (19,7%)	77 (27,1%)	0,021
Killip > 1	19 (4,5%)	18 (6,3%)	0,283
Síntomas-apertura (min)	277 (DE: 253,6)	338 (DE: 403,7)	0,026
Localización anterior	195 (47,4%)	101 (36,7%)	0,005

DE: desviación estándar.

Conclusiones: Una estrategia precoz (primera jornada laboral tras la angioplastia primaria) de revascularización de las LSNC en los pacientes con enfermedad multivaso es segura permitiendo unos resultados hospitalarios similares a los de los pacientes con enfermedad monovaso, con ingresos hospitalarios reducidos.