



Revista Española de Cardiología



6032-331. PERFIL CLÍNICO, ANGIOGRÁFICO Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL ST CON ARTERIA RESPONSABLE OCLUIDA

Sara Carmen Río Sánchez, Octavio Raul Jiménez Melo, Daniel Meseguer González, Jorge Melero Polo, Paula Morlanes Gracia, Adrián Riaño Ondiviela, Pablo Revilla Martí y José Ramón Ruiz Arroyo

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: Entre una quinta y una tercera parte de los pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) presentan la arteria responsable del infarto (ARI) ocluida de forma aguda. Existen discrepancias en los estudios hasta la fecha acerca de su impacto en el pronóstico a largo plazo. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y angiográficas de estos pacientes, así como su pronóstico a un mes y a un año del evento.

Métodos: Análisis retrospectivo de los casos de IAMSEST con ARI con flujo TIMI 0/0-1 cuya coronariografía se realizó en un hospital terciario entre enero de 2018 y mayo de 2019. Se incluyeron variables clínicas, angiográficas y eventos (muerte, re-infarto, ictus, sangrado, fracaso renal agudo [FRA]). El seguimiento mínimo fue de 12 meses (mediana 22 meses).

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con edad media de 67,42 años. El resto de características basales se recogen en la tabla. La mediana de ingreso fue de 7 días y la de tiempo hasta coronariografía de 1 día, realizándose el 78% (38) en las primeras 48h del contacto médico. El patrón electrocardiográfico (ECG) predominante fue el descenso del segmento ST (52%; 26), seguido del ascenso de ST que no cumplía los criterios diagnósticos de elevación del ST (18%; 9). El resto de cambios ECG y ARI se reflejan en la imagen. En el 50% (25) de los casos la lesión responsable se encontró en la arteria a nivel proximal, en el 30% (15) a nivel medio y en el 20% (10) a nivel distal. Un 48% (24) presentaban circulación colateral. Se realizó intervencionismo coronario percutáneo en el 98% (49) de los casos, con éxito en todos (flujo TIMI 3; sin complicaciones). La mediana de troponina T ultrasensible máxima fue de 1.290,50 ng/dL y la media de fracción de eyección del ventrículo izquierdo al alta fue de 55,71%. En el primer mes tras el evento, hubo un exitus (shock cardiogénico) y un episodio de FRA. Durante el seguimiento posterior, hubo un 4% (2) de eventos adversos (un sangrado que requirió ingreso y un re-infarto).

Características clínicas basales de los pacientes y tratamiento al alta

Características basales

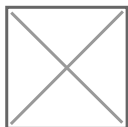
n (%)

Varón	42 (84%)
Hipertensión arterial	36 (72%)
Diabetes mellitus	33 (66%)
Dislipemia	18 (36%)
Tabaquismo activo	18 (36%)
Sobrepeso u obesidad	34 (75,6%)
Cardiopatía isquémica previa	21 (42%)
ICP previo	14 (28%)
ERC (FG 60 ml/min/1,73 m ²)	13 (26%)
Clase Killip I-II	48 (96%)
Tratamiento al alta	n (%)
AAS	49 (100%)
Ticagrelor	36 (73,5%)
Clopidogrel	12 (24,5%)
Prasugrel	1 (2%)
Beta-bloqueante	40 (81,6%)
IECA o ARA II	33 (67,3%)
Estatina alta potencia	49 (100%)

Ezetimiba

7 (14,3%)

ICP: intervencionismo coronario percutáneo; ERC: enfermedad renal crónica; FG: filtrado glomerular; AAS: ácido acetilsalicílico; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; ARA II: antagonista de los receptores de angiotensina II.



Conclusiones: La sospecha clínica y ECG de la ARI ocluida en pacientes con IAMSEST, permite el diagnóstico precoz y la reperfusión en las primeras 24-48 horas, consiguiéndose así tasas bajas de eventos adversos en el seguimiento.