



## 10. INCIDENCIA Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS COMPLICACIONES MECÁNICAS DEL INFARTO EN LA ERA ACTUAL

Daniel Alejandro Bracho Bracchitta<sup>1</sup>, Alfredo Barrio Rodríguez<sup>1</sup>, Marta Alonso Fernández de Gatta<sup>1</sup>, Olga Cabañas Tendero<sup>1</sup>, Lizbel Esteban Milla<sup>1</sup>, Francisco Javier López Rodríguez<sup>2</sup>, Juan Diego Oviedo Rodríguez<sup>1</sup>, Juan Diego Oviedo Rodríguez<sup>1</sup>, Beatriz de Tapia Majado<sup>1</sup>, Laura de la Fuente Blanco<sup>1</sup>, Lucía Moreno de Redrojo Cortes<sup>1</sup>, Cristina Álvarez Martínez<sup>1</sup>, Francisco Martín Herrero<sup>1</sup> y Pedro Luis Sánchez Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España y <sup>2</sup>Cirugía Cardíaca. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En los últimos años se han producido importantes avances en el manejo del síndrome coronario agudo (SCA), instaurándose redes de atención al infarto que han mejorado de forma significativa su pronóstico. Sin embargo, las complicaciones mecánicas (CM) siguen representando uno de los escenarios más graves, asociando alta mortalidad precoz. Se propone revisar las características de los pacientes que presentaron CM en el seno de un SCA en un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio transversal y retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes ingresados en un Servicio de Cardiología con diagnóstico de SCA, entre enero de 2018 y diciembre de 2022. Se clasificaron las CM en: Rotura de pared libre ventricular (RPL), insuficiencia mitral aguda por rotura de músculo papilar (IMRP) y comunicación interventricular (CIV). Se recogieron variables clínicas y características del manejo terapéutico inicial y avanzado, describiéndose el tratamiento específico y su evolución final. Se empleó la prueba de  $\chi^2$  para la comparación de variables.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 38 pacientes, con una edad media de 77 años, siendo el 78% varones. El 86% de los ingresados se diagnosticaron de SCA con elevación del ST (SCACEST), y la localización más frecuente fue inferior (42,1%). La mediana de tiempo desde inicio de síntomas hasta la coronariografía diagnóstica fue de 21 horas (IQR 6,7-72). Se presentaron 15 casos de RPL (39,4%), 12 CIV y 12 IMRP (31,5%, respectivamente), implantándose algún tipo de soporte ventricular o circulatorio en el 42% de los pacientes. En el 57% de la cohorte se optó por tratamiento quirúrgico, y la mortalidad global fue del 55% (21). Estratificando por manejo terapéutico, el 87,5% de los no operados fallecieron, en comparación al 31,81% de pacientes sometidos a cirugía (p 0,001).

### Características de la población

Edad (años) 77,34

Sexo

Masculino

Femenino

30 (78%)			8 (21%)			
FRCV	HTA	DM	Dislipemia	Fumador	Obesidad	Antecedentes familiares
	22 (57,9%)	10 (26,3%)	14 (36,8%)	7 (18,4%)	8 (21,1%)	2 (13,15%)
Tipo de SCA	SCACEST			SCASEST		
	33 (86,8%)			5 (13,2%)		
Localización del SCA	Anterior	Inferior	Inferolateral	Anterolateral		Lateral
	11 (28,5%)	16 (42,1)	2 (5,3%)	2 (5,3%)		1 (2,6%)
ARI	DA		Cx	CD	No determinada	
	12 (31,6%)		7 (18,4%)	14 (36,8%)	5 (13,2%)	
Killip-Kimball	I	II	III		IV	
	5 (13,2%)	18 (47,3%)	4 (10,5%)		11 (28,9%)	
Tipo de complicación	Rotura de pared libre		CIV		IM aguda	
	15 (39,5%)		12 (31,6%)		12 (31,6%)	
Tipo de soporte	BCPIAo		ECMO		ECMO + BCPIAo	
	9 (23,7%)		2 (5,3%)		5 (12,2%)	
Cirugía	Sí			No		
	22 (57,9%)			16 (42,1%)		

FEVI  
promedio (%) 40,80%

	Sí	No
Muerte	21 (55,3%)	17 (44,7%)

FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; SCA: síndrome coronario agudo; SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST; SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST; ARI: arteria responsable del infarto; DA: descendente anterior; Cx: circunfleja; CD: coronaria derecha; BCPIAo: balón de contrapulsación intraórtico; ECMO: oxigenación por membrana extracorpórea; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

**Conclusiones:** Las CM suponen una patología poco frecuente, pero con alta mortalidad. Al igual que en otras series, la RPL es la complicación más frecuente. Se debe mantener un grado alto de sospecha clínica para asegurar un diagnóstico precoz y establecer un manejo terapéutico adecuado, siendo el soporte circulatorio una pieza elemental. En la cohorte presentada, el tratamiento quirúrgico, demostró ser la mejor alternativa terapéutica, con las limitaciones de ser un estudio retrospectivo, transversal y unicéntrico.