

48° CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGIA

ARGEN-IAM-ST

0398 - UTILIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA FÁRMACOINVASIVA EN ARGENTINA, ANÁLISIS DEL REGISTRO ARGEN-IAM ST

Modalidad: Tema Libre

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

Mauro ROSSI PRAT (1) | Heraldo D' IMPERIO(2) | Adrian CHARASK(1) | Juan GAGLIARDI(1) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(2) | César Rodrigo ZONI(3) | Alejandro MEIRIÑO(3) | Carlos Daniel TAJER(1)

GRUPO ARGEN IAM ST (1); Áreas SAC: Área de Investigación (2); FAC - Federación Argentina de Cardiología (3)

Introducción: La angioplastia primaria (ATCp) es el tratamiento de elección en la atención del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Sin embargo, en un país de tanta extensión territorial la estrategia fármaco-invasiva (FINV) resulta ser una muy buena opción, realizando tratamiento fibrinolítico (FL) seguido de angioplastia (ATC) en las primeras 24 horas de comenzado los síntomas en el grupo de pacientes con criterios positivos de reperfusión.

Objetivos: Explorar las características de la población que recibe estrategia FINV en comparación con los FL y con los que reciben ATCp y evaluar la eficacia y seguridad de estas estrategias en el grupo de IAM de alto riesgo propuesto por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC).

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de los casos ingresados en el registro continuo ARGEN IAM-ST. Se excluyeron los pacientes no reperfundidos y con ATC de rescate, y se analizó los grupos de FINV, FL con criterios positivos de reperfusión y ATCp. En segunda instancia se analizó el subgrupo con IAM considerado de alto riesgo (Uno o más de los siguientes: IAM extenso, BCRI, IAM de VD, TA \leq 100 mmHg, FC \geq 100 lpm, KK \geq 2, IAM previo, FEY \leq 35%) pasible de estrategia FINV según el consenso de la SAC.

Resultados: Se analizaron 4788 pacientes con IAMCEST, de los cuales 4240 pacientes (88.5%) se realizaron ATCp, 405 pacientes (8.45%) trombolíticos con reperfusión positiva y 143 pacientes (2.98%) FINV. La edad en los grupos fue en FINV 58 ± 11 años, FL 58 ± 10 y el grupo ATCp 61 ± 12 años, ($p= 0,001$), hubo mayor proporción de sexo masculino en el grupo FINV con 73%, 55% en grupo FL y 65% en el grupo ATCp, ($p= <0,001$). La hipertensión arterial fue de 52% en el grupo FINV, en el grupo FL 57% y en la ATCp 58%, ($p= 0,007$), la diabetes fue en FINV 20%, en FL 17% y en ATCp 23% ($p= 0,002$). Hubo antecedentes de ATC previa en un 33% del grupo FINV, en el grupo FL un 19% y en ATCp un 29% ($p= 0,017$). Respecto a la proporción de pacientes que pudieron ser derivados, en el grupo FINV fueron 76%, en el grupo FL 56% y en la ATCp un 38% ($p= <0,001$). En cuanto al tiempo total de isquemia, se evidenció un tiempo menor en aquellos pacientes que recibieron trombolíticos (165 min – RIC 100-269) y que fueron a FINV (191 min – RIC 100-330) respecto a aquellos que fueron a angioplastia primaria (mediana 280 min, RIC 179-520). Sin embargo, no existieron diferencias en cuanto a mortalidad, siendo para el grupo FINV de 4,9%, 5,2% para el grupo FL y para el grupo ATCp de 7,8% ($p= 0,081$). Con respecto al sangrado mayor se observó una incidencia del 1% en el grupo FINV, 1,5% en FL y 1% en el grupo de ATC. ($p= 0,45$). Analizando el subgrupo de pacientes de alto riesgo, se observó que un 57% de los pacientes trombolizados con criterios positivos cumplían características de alto riesgo y no recibieron estrategia fármaco-invasiva acorde a lo recomendado. La mortalidad de los pacientes de alto riesgo no tuvo diferencias significativas respecto a si recibieron angioplastia primaria, trombolíticos, o angioplastia farmacoinvasiva ($p: 0.126$).

Conclusiones: Solo 3 de cada 100 pts. que se reperfunden reciben estrategia farmacoinvasiva. Su implementación no está ligada en forma sistemática a pacientes de alto riesgo, dado que más de la mitad de los pacientes que recibieron FL no fueron a tratamiento farmacoinvasivo pese a haber sido derivado a otras instituciones y a pertenecer al grupo de alto riesgo. Pese a esta subutilización, al presentar un menor tiempo total de isquemia que la angioplastia primaria, persiste como una opción a considerar en nuestra realidad, sin un aumento en los sangrados clínicamente relevantes.