

Temas Libres

7. *Cardiopatía Isquémica, Síndromes Coronarios Agudos, Cuidados Cardíacos Agudos*

CNC2017-163

VISION CONTEMPORANEA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL INFARTO DE MIOCARDIO EN ARGENTINA: ALTO RIESGO Y TRATAMIENTO SUBOPTIMO. ENCUESTA ARGENT-IAM-ST

Eduardo Perna¹, Juan Gagliardi², Stella Macin³, Adrian Charask², Gerardo Zapata⁴, Heraldo D' Imperio², Julio Bono⁵, Carlos Tajer², Diego Echazarreta⁶, Gustavo Cerezo⁷ and Investigadores del Registro Nacional de Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST (ARGEN-IAM-ST).

¹Federación Argentina de Cardiología, Corrientes, ²Sociedad Argentina de Cardiología, Buenos Aires, ³Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, ⁴Federación Argentina de Cardiología, Rosario, ⁵Federación Argentina de Cardiología, Córdoba, ⁶Federación Argentina de Cardiología, La Plata, ⁷Federación Argentina de Cardiología, Buenos Aires, Argentina

Tópicos: Investigación Clínica

Objetivo: La insuficiencia cardíaca (IC) es una complicación frecuente del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). El objetivo de este trabajo fue evaluar incidencia, factores asociados, relación con estrategias de reperfusión y evolución de la IC que complica un IAMCEST.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico realizado en 247 centros de CABA y todas las provincias argentinas, donde se incluyeron 1759 pacientes con diagnóstico de IAMCEST admitidos dentro de las 36 horas de evolución, durante el periodo marzo a diciembre de 2015. IC se definió por la presencia de Killip-Kimbal al ingreso ≥ 2 o el desarrollo de signos y síntomas de IC o shock durante la internación.

Resultados: La IC se presentó en 491 (27,9%) de los pacientes, 446 fueron diagnosticados al ingreso y 159 (9%) reunieron criterios de shock cardiogénico. En el análisis multivariado, los pacientes con y sin IC fueron diferentes a la admisión en edad (64,3 vs 60 años, $p < 0,0001$), ritmo no sinusal en ECG de ingreso (16,3 vs 5,8%, $p = 0,003$), infarto anterior (56,5 vs 43,3%, $p = 0,002$), tensión arterial sistólica (120 vs 137 mmHg, $p < 0,0001$), frecuencia cardíaca 86 vs 77 lxm, $p < 0,0001$), glucemia (191 vs 151 mg/dl, $p < 0,0001$) y creatinina (1,40 vs 1,22 mg/dl, $p = 0,008$). El uso de estrategias de reperfusión (83,5%), angioplastia primaria (65,4%), trombolíticos (18,1%) así como los intervalos de tiempo evaluados con cada una de ellas fueron similares en ambos grupos. El tratamiento al ingreso y alta fue: aspirina 98 y 99%; clopidogrel 83 y 63%; ticagrelor 14 y 11; IECA 43 y 61%, BRA II 3,2 y 7,7%; betabloqueantes 41 y 72%; antagonistas aldosterona 20 y 33% y estatinas 83 y 81%, respectivamente. La mortalidad intrahospitalaria en el grupo con IC fue 27,5% comparado con 1,6% en ausencia de IC, con un riesgo relativo no ajustado de 29,2 (IC95% 14,5-58,9; $p < 0,0001$) y ajustado para las diferencias basales de 18,5 (IC95% 8,8-38,9; $p < 0,0001$).

Conclusiones: Al menos uno de cuatro IAMCEST desarrollaron IC en la internación, lo cual no estuvo influenciado por el elevado uso de estrategias de reperfusión, ni por las demoras en su implementación. Indicadores sencillos obtenidos en la evaluación inicial identifican pacientes con probabilidad de tener IC, y este diagnóstico conlleva un riesgo muy elevado de mortalidad. El uso de drogas es subóptimo en este grupo, especialmente al momento del alta, sugiriendo la necesidad de implementar estrategias correctivas.

Residente: NO